

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SİYASET BİLİMİ ve KAMU YÖNETİMİ
(YÖNETİM BİLİMLERİ) ANABİLİM DALI

DÜNYA BANKASI'NIN TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKALARINA ETKİSİ:
SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

Doktora Tezi

Recep FEDAI

Ankara-2017

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SİYASET BİLİMİ ve KAMU YÖNETİMİ
(YÖNETİM BİLİMLERİ) ANABİLİM DALI

DÜNYA BANKASI'NIN TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKALARINA ETKİSİ:
SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

Doktora Tezi

Recep FEDAİ

Tez Danışmanı:
Doç. Dr. Can Umut ÇİNER

Ankara- 2017

T.C.

ANKARA ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

SİYASET BİLİMİ ve KAMU YÖNETİMİ

YÖNETİM BİLİMLERİ ANABİLİM DALI

Recep FEDAI

DÜNYA BANKASI'NIN TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKALARINA ETKİSİ:
SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

Doktora Tezi

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Can Umut ÇİNER

Tez Jürisi Üyeleri

Adı ve Soyadı

Prof. Dr. Argun Akdoğan

Doç. Dr. Can Umut Çiner

Doç. Dr. Barış Övgün

Yrd. Doç. Dr. Tekin Avaner

Yrd. Doç. Dr. Ozan Zengin

İmzası



Tez Sınavı Tarihi: 20 Temmuz 2017

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Bu belge ile bu tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik davranış ilkelerine uygun olarak toplanıp sunulduğunu beyan ederim. Bu kural ve ilkelerin gereği olarak, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları andığımı ve kaynağını gösterdiğimi ayrıca beyan ederim.(...../...../20...)

Recep FEDAI

KISALTMALAR

<i>a.g.e.</i>	: Adı geçen eser
<i>a.g.m.</i>	: Adı geçen makale
<i>a.k.</i>	: Aynı kaynak
<i>AB</i>	: Avrupa Birliği
<i>ABD</i>	: Amerika Birleşik Devletleri
<i>Bkz</i>	: Bakınız
<i>BAĞ-KUR</i>	: Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
<i>BKK</i>	: Bakanlar Kurulu Kararı
<i>BM</i>	: Birleşmiş Milletler
<i>CEO</i>	: Chief Executive Officer
<i>ÇKYS</i>	: Çekirdek Kaynak Yönetimi sistemi
<i>DB</i>	: Dünya Bankası
<i>DPT</i>	: Devlet Planlama Teşkilatı
<i>DSÖ</i>	: Dünya Sağlık Örgütü
<i>EKSHS</i>	: Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi
<i>GATS</i>	: Hizmet Ticareti Genel Anlaşması (The General Agreement on Trade in Services)
<i>GSS</i>	: Genel Sağlık Sigortası
<i>GSYH</i>	: Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
<i>IBRD</i>	: Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası (International Bank for Reconstruction and Development)
<i>ICSD</i>	: Uluslararası Yatırım Anlaşmazlıklarının Çözüm Merkezi (International Centre for the Settlement of Investment Disputes)
<i>IDA</i>	: Uluslararası Kalkınma Birliği (International Development Association)
<i>IFC</i>	: Uluslararası Finansman Kurumu (International Finance Corporation)
<i>IMF</i>	: Uluslararası Para Fonu (International Money Found)
<i>İBBS</i>	: İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması
<i>KHK</i>	: Kanun Hükmünde Kararname
<i>KİT</i>	: Kamu İktisadi Teşekkülü

<i>KÖİ</i>	: Kamu Özel İşbirliği
<i>KÖO</i>	: Kamu Özel Ortaklığı
<i>MEDULA</i>	: Medikal Ulak
<i>MIGA</i>	: Çok Taraflı Yatırım Garanti Ajansı (Multilateral Guarantee Agency)
<i>MKYS</i>	: Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi
<i>NAFTA</i>	: Kuzey Amerika Ülkeleri Serbest Ticaret Anlaşması (The North American Free Trade Agreement)
<i>NBER</i>	: Ulusal Ekonomik Araştırmalar Bürosu (National Bureau of Economic Research)
<i>NHS</i>	: Ulusal Sağlık Sistemi (National Health Service)
<i>OECD</i>	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (Organisation for Economic Co-operation and Development)
<i>OIHP</i>	: Uluslararası Halk Sağlığı Ofisi (Office International d'Hygiène Publique)
<i>PPP</i>	: Kamu Özel İşbirliği (Public Private Participation)
<i>RG</i>	: Resmi Gazete
<i>SB</i>	: Sağlık Bakanlığı
<i>SDP</i>	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
<i>SES</i>	: Sağlık Enformasyon Sistemi
<i>SGK</i>	: Sosyal Güvenlik Kurumu
<i>SKYS</i>	: Özel Sağlık Kuruluşları Yönetim Sistemi
<i>SSK</i>	: Sosyal Sigortalar Kurumu
<i>SSYB</i>	: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı
<i>SUT</i>	: Sağlık Uygulama Tebliği
<i>TBBM</i>	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
<i>THSK</i>	: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
<i>TİTUBB</i>	: Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası
<i>TSH</i>	: Temel Sağlık Hizmetleri
<i>TSHM</i>	: Temel Sağlık Hizmetleri Modülü
<i>TKHK</i>	: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
<i>TNSA</i>	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
<i>TOKİ</i>	: Toplu Konut İdaresi

<i>TTB</i>	: Türk Tabipler Birliği
<i>TÜİK</i>	: Türkiye İstatistik Kurumu
<i>TÜSEB</i>	: Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı
<i>TÜSİAD</i>	: Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği
<i>UN</i>	: Birleşmiş Milletler (United Nations)
<i>UNDP</i>	: Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (United Nations Development Programme)
<i>UNICEF</i>	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (United Nations International Children's Emergency Fund)
<i>VFM</i>	: Harcama Değeri (Value For Money)
<i>WB</i>	: Dünya Bankası (World Bank)
<i>WHO</i>	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
<i>YTS</i>	: Yatırım Takip Sistemi

TABLolar

Tablo 1: Sağlık Hizmetlerine Hükümet Müdahalesinde Verimlilik Kriterleri.....	34
Tablo 2: Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm Öncesi ve Sonrası	73
Tablo 3: Hastane ve Hasta Yatak Sayıları	108
Tablo 4: 2002 Yılı İtibariyle Kurumlara Göre Yatak Sayısı	109
Tablo 5: Sağlıkta Politika Formülasyonu: 2003 Öncesi ve Sonrası Karşılaştırma	126
Tablo 6: Finansman Kaynağına Göre Yapılan Sağlık Harcamaları	141
Tablo 7: Sağlık Bakanlığı Harcamalarının Kaynaklara Göre Dağılımı	142
Tablo 8: 1990-1999 Yılları Arasında OECD Ülkelerinde Yapılan Sağlık Harcamaları	143
Tablo 9: Türkiye’de Kişi Başı Sağlık Harcaması (TL)	144
Tablo 10: Toplam Sağlık Harcamaları 2002-2015 (Milyon TL).....	145
Tablo 11: SSK’nin Mal ve Hizmet Alım Akışı	151
Tablo 12: Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Sağlık Giderleri (2002-2010 Yılları Arası Harcama Kalemlerine Göre).....	152
Tablo 13: SGK’nin Sağlık Giderleri 2014-2016 (Milyar TL).....	153
Tablo 14: SGK’ye Faturalandırılan Tutarlar	154
Tablo 15: Tesis Türüne Göre SGK’ye Gönderilen Faturaların Ortalama Maliyeti.....	154
Tablo 16: 1997 Yılı İtibariyle SSK’nin Sağlık Giderleri	156
Tablo 17: Perakende İlaç Harcamaları 2002-2015 (Kamu ve Cepten)	157
Tablo 18: 2003-2015 Yılları Arasında Tüketilen İlaç Sayısı (Milyon Kutu).....	158
Tablo 19: Sosyal Güvenlik Kuruluşlarına Yapılan Transferler.....	160
Tablo 20: Sağlık Bakanlığı Yatak ve Tedavi Cihazı Sayısı	167
Tablo 21: Kamu Hastanelerinde Yapılan Ameliyat Sayısı (Milyon)	168
Tablo 22: SGK’nin Hastane Hizmetlerine (Kamu ve Özel) Yaptığı Harcamalar	170
Tablo 23: Sağlık Bakanlığı ve Döner Sermaye Bütçesi 1993-2003 (Milyar TL)	179
Tablo 24: Sağlık Bakanlığı ve Döner Sermaye Bütçesi 2014-2015 (Milyon TL).....	179
Tablo 25: Sağlık Bakanlığı Ödenekleri ve 2015 yılı Bütçe Gerçekleşmesi (Milyon TL)	180
Tablo 26: 2002-2015 Yılları Arasında Sağlık Harcamalarının (Cari+Yatırım) Dağılımı ve GSYH’ye Oranı	180
Tablo 27: Özel Hastane ve Yatak Sayıları.....	181
Tablo 28: Yıllara Göre Kamu ve Özel Hastane Sayısı	182
Tablo 29: Özel Hastanelerin Sağlık Hizmeti Kullanım Durumları	184
Tablo 30: Özel Hastanelere Müracaat Sayıları.....	185
Tablo 31: Özel Hastanelerde Yatan Hasta Sayısı	185
Tablo 32: Özel Hastanelerde Yapılan Ameliyat Sayısı (Milyon).....	187
Tablo 33: Sağlık Göstergelerindeki Gelişmeler 1995-2005	189
Tablo 34: Sağlık Göstergelerindeki Gelişmeler 2001-2004	189
Tablo 35: Temel Sağlık Göstergelerinin AB-15 Ortalaması İle Karşılaştırılması 1990-2003	190
Tablo 36: Sağlık Göstergelerindeki Gelişmeler 2004-2006	191
Tablo 37: Sağlıkta Fiziki Mekân Göstergeleri 2005-2008	192
Tablo 38: Sağlık Gösterge ve Hedefleri 2006-2018.....	193

Tablo 39: Sağlık Kuruluşlarının Durumu ve Hizmet Değerlendirmeleri	194
Tablo 40: Yıllar İtibariyle Toplam Hasta Yatağı Sayısı ve Doluluk Oranları.....	195
Tablo 41: Koruyucu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Oranı	200
Tablo 42: Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetlerine Ayrılan Bütçe (Milyon TL).....	201
Tablo 43: Sağlık Göstergelerindeki Gelişmeler	201
Tablo 44: Kamu Sağlık Kuruluşlarında Hekime Müracaat Sayıları (Milyon)	208
Tablo 45: Hasta Sevk Basamaklarına Başvuru Oranı	208
Tablo 46: 2002-2015 Yılları Arasında Bir Kişinin Yıllık Doktora Başvuru Sayısı	210
Tablo 47: Yıllara Göre Kamu Hastanelerine Yapılan Müracaat Sayısı (Bin).....	210
Tablo 48: Sağlık Kuruluşlarının Durumu ve Hizmet Değerlendirmeleri	212
Tablo 49: Sağlık Harcamaları İçin SGK'ye Ayrılan Transfer Miktarı (2002-2015)....	217
Tablo 50: Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları (Milyon TL)	220
Tablo 51: Özel Sağlık Sigortası Yaptıran Kişi Sayısı (Bin).....	222
Tablo 52: Sağlık Kuruluşlarının Durumu ve Hizmet Değerlendirmeleri, 2011	244
Tablo 53: Sağlık Kuruluşlarının Durumu ve Hizmet Değerlendirmeleri, 2015	246
Tablo 54: Türkiye'nin Sağlık Reformunda Farklılaşan Yönler	267

ŞEKİLLER

Şekil 1: Kamu İlaç Harcamaları	159
Şekil 2: SGK'ye Yapılan Bütçe Transferleri	161
Şekil 3: Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı (Kamu ve Özel)	186
Şekil 4: Toplam Sağlık Harcamaları 2000-2009 (İlaç ve Tedavi).....	199
Şekil 5: Kamu Tedavi Ödemeleri	216
Şekil 6: Kamu Özel Ortaklığı Modeline Göre Risk Paylaşımı.....	228
Şekil 7: Sağlık Hizmetlerinde Bölge Planlaması.....	250



İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR.....	V
TABLOLAR LİSTESİ.....	VIII
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	X
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM: SAĞLIK HİZMETLERİNİN DÖNÜŞÜMÜNE İLİŞKİN KAVRAMSAL VE TEORİK ÇERÇEVE.....	15
I. SAĞLIK HİZMETİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN DÖNÜŞÜMÜ.....	15
A. SAĞLIK HİZMETLERİNE YÖNELİK KULLANILAN KAVRAMLAR.....	15
1. Sağlık Hizmetlerine İlişkin Temel Kavramlar	16
2. Sağlık Hizmetlerinin Gelişiminde Devletin Rolü	20
B. SAĞLIK HİZMETLERİNİN HARCAMA DEĞERİ HALİNE GELMESİ.....	25
1. Sağlık Hizmetlerinde Reform: Sağlık Hizmetlerinin Piyasa İlişkileri Çerçevesinde Dönüşümü.....	25
2. Küresel Kamusal Mal Olarak Sağlık.....	35
3. Harcama Değeri Olarak Sağlık (Value for Money)	38
C. SAĞLIK HİZMETLERİNİN DÖNÜŞÜMÜNE İLİŞKİN TEORİK ÇERÇEVE .	41
1. Kamu Kaynaklarının Sınırlı Olması: Kamu Tercihi Teorisi.....	42
2. Sağlık Reformlarında Kurumların Kolaylaştırıcılığı: Yeni Kurumcu İktisat Teorisi.....	46
3. Kamu ve Özel Sektör Arasındaki İlişkinin Yeniden Düzenlenmesi: İşlem Maliyetleri Teorisi.....	50
II. DÜNYA BANKASI'NIN SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM POLİTİKASI.....	59
A. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM: TEDAVİ EDİCİ HİZMETLERİN HARCAMA DEĞERİNE DÖNÜŞÜMÜ	60
1. Dünya Bankası Sağlık Politikalarının Yürütücüsü Olarak Dünya Sağlık Örgütü	64
2. Sağlık Reformunun Taşıyıcısı Olarak Dünya Bankası	68
B. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM POLİTİKASI ÇERÇEVESİNDE KULLANILAN ARAÇLAR	74
1. Sağlık Hizmetlerinde Yerelleşme: Harcama Alanının Belirlenmesi.....	77
2. Yerelleşme Uygulaması Olarak Sağlık Hizmetlerine Kaynak Sağlama	80
3. Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Çalışmaları: Bilgi/Veri Sağlama.....	83
4. Sağlık Hizmetlerinin Özel Sektörden Temin Edilmesi: Sözleşmecilik	84
Bölüm Değerlendirmesi.....	87

İKİNCİ BÖLÜM: TÜRKİYE’DE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI UYGULAMALARI	89
I. SAĞLIK HİZMETLERİNDE YAŞANAN DÖNÜŞÜM	89
A. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ.....	89
1. Sağlığın ve Ulusal Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi	90
2. Sağlık Hakkı ve Türkiye’de Devletin Sorumluluğu.....	95
3. Ulusal Sağlık Yatırımlarının Gelişimi	98
B. UYGULAMANIN GÜCÜ: YENİ SAĞLIK PROJELERİ	110
1. I. Sağlık Projesi, II. Sağlık Projesi ve Temel Sağlık Hizmetleri Projesi.....	111
2. Projelerin Sağlık Hizmetlerine Etkisi: Sağlık Bilgi Sistemleri	117
C. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI: PROJE Mİ PROGRAM MI?	121
1. Sağlıkta Dönüşüm Politikası	123
2. Sağlıkta Dönüşüm Programı I. ve II. Faz.....	127
3. Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Fiyatlandırması	132
II. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI’NDA YAŞANAN SAPMALAR: SAĞLIK HİZMETLERİNİN KULLANIMI VE SAĞLIK HARCAMALARI...	139
A. BİR FİNANSMAN BİRİMİ OLARAK SOSYAL GÜVENLİK KURUMU.....	146
1. SGK’nin Yapısal ve İşlevsel Dönüşümü.....	147
2. SGK’ye Yapılan Transfer Harcamaları.....	159
B. HARCAMA BİRİMİ OLARAK HASTANELER.....	162
1. Bütçe Dışı Araç Olarak Döner Sermaye Uygulaması	164
2. Döner Sermaye Üzerinden Hastanelerin Mal ve Hizmet Alımı.....	170
C. SAĞLIK HİZMETLERİNİN HARCAMA DEĞERİ HALİNE GELMESİ.....	181
1. Sağlık Yatırımlarında ve Sağlık Göstergelerinde Yaşanan Dönüşüm	187
2. Sağlık Göstergelerinin Çözümlemesi.....	194
Bölüm Değerlendirmesi.....	196

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI'NIN SORUNLARINA İLİŞKİN ÇÖZÜM ÖNERİLERİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELECEĞİ

.....	198
I. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI'NIN SORUNLARINA YÖNELİK ÇÖZÜM ÖNERİLERİ	198
A. KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞTİRİLMESİ	199
1. Sağlık Harcamalarının Kontrolü İçin Bir Anahtar: Hasta Sevk Sistemi.....	202
2. Hasta Sevk Sisteminin Hastaneler Üzerindeki Etkisi	210
B. ERİŞİMİ ARTIRICI UNSUR OLARAK GENEL SAĞLIK SİGORTASI	214
1. GSS'nin Sağlık Harcamalarına Etkileri	215
2. GSS'nin Özel Sağlık Sektörüne Etkileri	219
II. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELECEĞİNE YÖNELİK ATILAN ADIMLAR	223
A. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ	225
1. Sağlık Alanında Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Gelişimi.....	226
2. Özel Sektör Teşvikleri: Mülkiyet ve Üst Hakkı Tesisi	231
B. ŞEHİR HASTANELERİ	236
1. Şehir Hastanelerine Giden Yol: Sağlık Bakanlığı'nın İşlevsel Dönüşümü.....	239
2. Devlet Hastanelerinden Şehir Hastanelerine Geçiş: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu.....	242
3. Şehir Hastanelerinin Geleceği: Sağlık Hizmetlerinde Bölge Planlaması.....	247
C. SAĞLIK YATIRIMLARININ GELECEĞİ	254
1. Sağlık Yatırımlarına Yönelik Hedefler	254
2. Sağlık Turizmi ve Sağlık Serbest Bölgeleri	257
Bölüm Değerlendirmesi	260
SONUÇ	263
EK 1: TEZ KAPSAMINDA YAPILAN YÜZYÜZE GÖRÜŞMELER	274
EK 2: RESMİ GAZETE TARAMASI (SAĞLIK ALANINA İLİŞKİN YAPILAN ARAŞTIRMALAR SONUCU ELDE EDİLEN BİLGİLER)	276
KAYNAKÇA	318
ÖZET	352
ABSTRACT	353

GİRİŞ

2003 yılında 58. Hükümet tarafından hazırlanan Acil Eylem Planı'nda özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesini içeren reform başlıklarına yer verilmiştir. Planda yer alan sağlık reformları aynı yıl Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) adıyla açıklanmıştır. SDP'nin temel amacı ise sağlık hizmetlerine erişimin artırılması ve sağlık harcamalarında maliyet artışının önüne geçilmesidir.¹ Devletin koruyucu sağlık hizmetlerinde aktif olması, tedavi edici hizmetlerde ise özel sektörü teşvik edici politikalara geçmesi² gerektiği SDP çerçevesinde uygulanan sağlık reformunun ana fikrini oluşturmaktadır. SDP ile birlikte sağlık hizmetlerinin özel sektör için bir yatırım alanı olması bu tezin konusunu oluşturmaktadır.

1990'lı yıllarda Türkiye için projelendirilen sağlık reformları Dünya Bankası'nın (DB) desteği ile uygulanmaya çalışılmış ancak gerek iç gerekse dış nedenler sağlık reformlarının uygulanmasını geciktirmiştir. Sağlık reformları 2003 yılından itibaren ise SDP ile yeniden gündeme gelmiş ve kesintiye uğramadan uygulanmıştır. SDP'nin temel bileşenlerinden biri olan Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulanmış; maliyeti azaltacak olan hasta sevk sistemi³ ise uygulanamamıştır. Bu durum kamu sağlık harcamalarının artmasına neden olmuştur.⁴ Çünkü sağlık reformu; hizmetlerin geliştirilmesi için özel sektörden yararlanılmasını, devletin özel sektörden mal ve hizmet satın almasını gerektirmektedir.

Sağlık reformu, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için DB'nin hazırladığı birtakım projeler çerçevesinde uygulanmaktadır. DB'ye göre sağlığa özel sektörün yatırım yapması halinde sağlık hizmetleri gelişecektir.⁵ Erişimi artırmak için sağlık sigortasının yaygınlaştırılması, hizmetlerde maliyetleri azaltmak için ise devletin koruyucu hizmetlerle sınırlandırılması DB'nin geliştirdiği sağlık reformunun en önemli

¹ Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Dönüşüm*, Ankara, 2003.

² Frederick Golladay, F. Liese, *Health Problems And Policies In The Developing Countries*, Staff Working Paper No: 412, World Bank. Washington, D.C. 1980, s.47.

³ Kavram literatürde hasta sevk sistemi veya sevk zinciri sistemi olarak da kullanılmaktadır. Hastalıklar daha ortaya çıkmadan koruyucu sağlık hizmetleri ile önlenilmekte; hasta sevk sisteminin basamaklar arası geçiş zinciri ile hastanelerdeki yığılmalar ve gereksiz başvurular engellenmektedir.

⁴ SDP, sağlık sigortası ile sağlık hizmetlerinden yararlanmaya yönelik talebi artırmakta sigorta güvencesinin verdiği gereksiz kullanım engellenememektedir. Örneğin, SDP'nin uygulanması ile bir kişinin yıllık sağlık hizmet kullanımı 2003 yılında 3 iken; 2015 yılı itibarıyla bu rakam 8,4'e çıkmıştır. Sağlık hizmeti kullanımının artması, özel sektörün alandaki yatırımlarına doğrudan etki ettiği için önemli görülmektedir. 2003 yılında Türkiye nüfusu 66 milyon iken; sağlık hizmeti başvuru sayısı yaklaşık 198 milyondur. 2015 yılında ise Türkiye nüfusu 78 milyon iken sağlık hizmeti başvurusu 600 milyonu geçmiştir. Sağlık Bakanlığı, *2014 Sağlık İstatistikleri Yıllığı*, 2015.

⁵ World Bank, *Strengthening Health Services in Developing Countries Through the Private Sector*, [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer, \(04.05.2015\)](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer, (04.05.2015)).

araçlarıdır.⁶ DB uzmanları sağlık hizmetlerinin teknik bir konu olduğunu dolayısıyla sağlığın kamu hizmeti sınıflandırmasından çıkarılması gerektiğini ileri sürmüştür.⁷ Bu durum aynı zamanda kamusal olan sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı konusunda bir dönüşüm yaşanmasına neden olmuştur.

Kamu yönetimi ve sağlık hizmetleri arasında nasıl bir ilişki vardır? Sağlık hizmetlerinde reform olgusunun kamu yönetimi açısından önemi nedir soruları tez konusunun seçimi açısından önem taşımaktadır. Çünkü Sağlık Bakanlığı, kamu yönetiminin genelinde yapılacak reformlar için sağlığı önemli bir sıçrama alanı⁸ olarak göstermektedir. Başka bir ifadeyle sağlık alanında yapılacak reformlar diğer hizmet alanları için bir model teşkil edecektir. Dolayısıyla sağlık reformlarının kamu yönetimi bağlamında çözümlenmesi devletin genelinde yaşanan reformları anlamak açısından önemlidir. Sağlık hizmetlerinin devlet tarafından sunulması (sağlık hizmetlerinin kamusalının hizmet üretimi, personel ve bütçe gibi önemli bileşenler üzerinden ölçülmesi) sağlık alanının kamu yönetiminin önemli bir parçası olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla SDP çerçevesinde uygulanan reformlar, sağlığın kamusal niteliğinin dönüşümünü anlama açısından önemli görülmektedir. Bu önem, sağlık hizmetlerinin devlet piyasa ilişkisi açısından ele alınmasını gerektirmektedir.

Devlete ilişkin gelişmeler belirli tarihsel koşullar içinde iktisadi ve toplumsal yapının dönüşümüne bağlı olarak gerçekleşmiştir. Örneğin devlet faaliyetlerini meşruluk, ortak iyilik ve toplumsal fayda doğrultusunda gerçekleştirmiştir. Ancak eğitim ve sağlık gibi hizmetlerin bir kısmını özel sektörün de sunmasıyla söz konusu alanlar gittikçe daralmıştır. Daralma aynı zamanda özel sektörün içinde bulunduğu kriz durumu ile paralel gitmiştir. Örneğin 1929 yılında yaşanan ekonomik kriz, Keynezyen politikaların uygulanması ile aşılmaya çalışılmış; buna ilişkin “piyasa başarısızlığı” kuramı ile devlet müdahalesinin haklılığı ortaya konulmuştur. Geleneksel kamu yönetiminin 1970'lere kadar devam eden müdahaleci yapısı iktisadi yapının toplumsal yapı üzerinde yarattığı baskı ile devam etmiş, sürekli bir kriz durumu yaşanmıştır.⁹

⁶ Joseph Brunet-Jailly, *Health Financing in the Poor Countries : Cost Recovery or Cost Reduction?*, <http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDS/IB/1991/05/01/>, (30.12.2015).

⁷ Frederick Golladay, F. Liese, *a.g.e.* DB tarafından sağlık hizmetlerinin teknik düzeye indirilmesi daha sonra ele alınacağı üzere sağlığın sosyal politika alanından çıkarılması girişimlerinin bir başlangıcı olarak yorumlanabilir.

⁸ Sağlık Bakanlığı, *a.g.e.*, 2003.

⁹ Devletin kamusal mal ve hizmet üretimini kamu yararı doğrultusunda gerçekleştirmesine neden olan toplumsal uzlaş, aynı zamanda devlet piyasa karşıtlığı kavramı üzerinden sürmüştür. Sağlık hizmeti gibi özel sektörün yerine getirmediği -aynı zamanda kâr elde edemeyeceği- alanlara giren devletin tarihsel koşullarla birlikte rol ve sorumlukları da değişmiştir. Devlet müdahalesinin maliyetinin ölçülememesi aynı zamanda özel sektör açısından birtakım dışsallıklar oluşturmuştur.

1970'lerin krizi ise fordist toplumsal yapının krizidir. Fordist üretimin talep sorunu yaşaması kârlılık krizine neden olurken; aynı zamanda ekonomik durgunluk ve işsizlik iktisadi yapının değişmesini gerektirmiştir. Krizden çıkışın çözümü ise üretimi çeşitlendirmek (post-fordizm) ve büyük ölçekli fabrikaları kapatarak az gelişmiş ülkelere taşımakta görülmüştür. Bununla birlikte vergi ve istihdam açısından daha avantajlı olarak kârlılığı azalan sanayi tipi üretimden çıkarak hizmet alanlarına yatırım da amaçlanmıştır. Sonuç olarak bu politikalar sermayenin refah devleti politikalarını terk etmesini istemesine ve küreselleşmesine -az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere gitmesine- neden olmuştur.

Özel sektör yatırımları üzerinden yabancı sermaye girişi, az gelişmiş ülkeler için yeterli olmamış; ekonomik bunalım karşısında kamu yönetimlerinin ve kamu politikalarının da reformdan geçirilmesi gerekmiştir. Söz konusu bunalım kamusal hizmet alanlarının serbest piyasa ekonomisine uyumlu hale getirilmesi ile aşılmaya çalışılmıştır. Az gelişmiş ülkeler için önerilen politikalar sermayeyi teşvik sistemleri ile donatılırken; hizmet alanlarındaki yatırımlar için belirli düzenlemelerin gerçekleştirilmesi gerekmiştir. Söz konusu düzenlemeler, kamu hizmet alanı olarak görülen ve özel sektörün yatırım için istekli olduğu alanlarda uygulanmıştır. Yapısal reform olarak adlandırılan ve kamu yönetimini örgütlenmeden işleyişe bir bütün olarak değişime zorlayan politikalar somut olarak sağlık, eğitim, su, enerji ve ulaşım gibi alanlarda uygulanmıştır. Devletin kamu harcamalarını kısmasına yönelik eylemlerini içeren reform paketleri, mali unsurlar üzerinden baskı aracı haline gelmiştir.

Gelişmiş ülkeler, az gelişmiş ülkelerde yoksulluğun azaltılması söylemi üzerinden yardım programları ve projeler ile kamu hizmeti olarak görülen alanlarda etkili olmuşlardır. Az gelişmiş ülkelerin sözde kalkınması için geliştirilen projeler birtakım finans araçları üzerinden hayata geçirilmiştir. Bununla birlikte dış yardıma dayalı kalkınma anlayışı, uluslararası örgütler aracılığı ile politika belirleyiciliğine dönüşmüştür. Söz konusu politikalar istikrar programları ve DB'nin yapısal uyarlama reformları ile şekillenmiştir.¹⁰

DB, sağlık üzerine yayınladığı raporlarda kalkınma sorununun sağlık alanına yatırım yaparak aşılacağını savunmaktadır. DB raporlarında, sağlık bileşenlerinin

¹⁰ Birgül Ayman Güler, *Yeni Sağ ve Devletin Değişimi Yapısal Uyarlama Politikaları*, (2. Baskı), İmge Kitabevi, Ankara, 2005.

ölçülmesine bağlı olarak sağlığın her halükarda bir tüketim ve yatırım alanı olduğu¹¹ varsayılmaktadır. Örneğin, *Sağlık Sektörü Politika Belgesi*¹² (Health Sector Policy Paper) adlı metin DB'nin 1970'li yıllardaki kalkınma politikasının resmiyete dökülmesine katkı sunmuştur. 1970 ve 1980'li yıllarda DB, kırk dört ülkeye yetmişden fazla proje için teknik yardım ve finansman desteği sunmuştur. Bununla birlikte DB'nin sağlıkta dönüşüme ilişkin politika değişikliği de bariz olarak kanıtlanmıştır.¹³ DB'nin politika değişikliği ekonomik gelişme endeksli kalkınma göstergelerinin yerine insan esaslı kalkınma ölçütlerine yer vermesi ve ülkelerin sağlık göstergelerinin önemine değinmesiyle belirginleşmiştir. DB, sağlık hizmetlerinin özel sektörden satın alınamaması ve kamu tarafından dağıtımını yoksulluğun yaygınlaşmasında önemli bir etmen olarak görmüştür.¹⁴ Ancak DB'nin bu girişimleri sağlık hizmetlerinin kamusal niteliğine yönelik tartışmaları da başlatmıştır.

1970'li yıllar ile birlikte az gelişmiş ülkelerde sağlık harcamaları devasa boyutlara ulaşmıştır. Söz konusu dönemde sağlık harcamalarının ancak %0,5'ini özel sektör ve gönüllü kuruluşlar yaparken;¹⁵ geri kalan kısım ise kamu tarafından tüketilmiştir. Bu doğrultuda sağlık ekonomisi uzmanları, sağlık hizmetlerinde piyasa ekonomisi ve istenilen refah düzeyi neden gerçekleşmemektedir; sağlık hizmetleri neden optimum değildir gibi sorular sormuştur. Buradan hareketle sağlıkta reform neden gerekli sorusuna karşılık bir optimizasyon sorunu olduğu anlaşılmaktadır. Ancak çözüm olarak DB'nin kavram setleri ve 'tek doğruların' olduğu politikalardan oluşan maliyet odaklı sağlık reformu¹⁶ sunulmaktadır.¹⁷

¹¹ Dov Chernichovsky, *The Economic Theory of the Household and Impact Measurement of Nutrition and Related Health Programs*, World Bank, 1978, s.1-9.

¹² Bu metin 1975 ve 1980 yılında iki defa basılmıştır. 1980 yılı baskısı DB yayınlamıştır. World Bank, *Health Sector Policy Paper*, (Second Edition), Washington D.C.,1980. <http://documents.worldbank.org/curated/en/1980/02/8609122/health-sector-policy-paper> (29.12.2015).

¹³ DB gelir ve sağlık arasındaki ilişkinin önemine dikkat çekmektedir. Sağlık harcamalarındaki talep elastiktir ve gelir artışına müsaittir. Sağlık bakımına ilişkin harcamalar o kadar fazladır ki geliri artıracak derecede önemlidir. Frederick Golloday and F. Liese, *a.g.e.*, s.26. Bireylerin sağlık hizmetlerine olan taleplerini gelirlerinin belirlediği iddia edilmektedir. John A. Nyman, "The Economics of Moral Hazard Revisited", *Journal of Health Economics*, 18:6, s. 811-824. Charles C. Griffin, *Strengthening Health Services In Developing Countries Through The Private Sector*, IFC, World Bank, 1989, s.1-2.

¹⁴ Yoksulluğun azaltılması politikası aynı zamanda bireylerin kendi üretkenliklerinin artırılması ile çözülmektedir. Bu kapsamda besin yetersizliğinin de çözülmüş olacağı iddia edilmiştir: "Beslenmeye ilişkin harcamaların artışı ile eğitim ve sağlık gelişecektir". 1978 yılında yazılan diğer bir rapor sağlık ile çevresel etkenlerin ölçülmesi sonucu eğitim ve iş deneyimine bağlı başarıların beslenme ve sağlık ile yakından ilişkili olduğu iddiasına dayanmaktadır. Dov Chernichovsky, *a.g.e.*, s.9-10.

¹⁵World Bank, *Health Sector Policy Paper*, (Second Edition), Washington D.C.,1980. <http://documents.worldbank.org/curated/en/1980/02/8609122/health-sector-policy-paper> (29.12.2015).

¹⁶ Mali sistemdeki reformun kurumsal ve idari çözümlerle olacağı varsayılmıştır. World Bank, *World Development Report 1978*, Washington D.C., 1978, s.26-34.

1980’li yıllar ile birlikte sağlığın kamusal niteliği üzerine yaşanan tartişmalar sağlık hizmetlerinin ayriřtirilmesine¹⁸ neden olmuştur. Bu tarihler aynı zamanda liberalizmin krize girdiği ve devletin kamu hizmet alanlarını özel sektöre açması gerektiği sylemleri ile kuşatılmıştır. Bu sylemler genel olarak temel sağlık hizmetlerinde devleti, tedavi edici hizmetlerde ise özel sektörü sorumlu tutan politikalar ile şekillenmiştir. Bu ve buna benzer çalışmalar genel olarak tedavi edici hizmetler için özel sektörün alanda yatırım yapabileceğine ancak devlet müdahalelerinin özel sektörün üzerinde olumsuz dışsallıklar oluşturduğuna dayanmaktadır. Nihayetinde müdahaleler sonucunda ortaya çıkan işlemlerin maliyetlerinin hesaplanması ve hükümetlere kurumsal düzenlemeler yapma görevi verilmesi gerekmiştir.

Sağlık reformlarına konu olan kurumsal düzenlemeler birtakım DB projeleri üzerinden uygulanmaya çalışılmıştır. Türkiye’de sağlıkta dönüşüm hareketi de ilk olarak DB’nin politikaları çerçevesinde sağlıkta kurumsallaşmaya yönelik olarak yasal ve idari düzenlemelerin başlatılması ile gerçekleşmiştir. Nihayetinde sağlık projeleri etrafında somutlaşan hareketler, politika alanı olan sağlığı dönüşüm için zorlamaya başlamıştır. Ancak DB’nin sağlık reformu için geliştirdiği model, Türkiye’de sağlıkta dönüşüm açısından bazı farklılıklar göstermektedir. Örneğin, yukarıda da yer verildiği üzere DB uzmanları devletin koruyucu sağlık hizmetleri ile sınırlandırılarak tedavi edici hizmetlerde özel sektörün desteklenmesi gerektiğini ifade etmektedir. Ancak Türkiye’de kamu sağlık harcamalarının %52’sini hastaneler yapmaktadır.¹⁹ Bu harcamaların %32’si ilaç harcamalarına; %11’i personel harcamalarına, geri kalan kısmı ise koruyucu hizmetlere yapılmaktadır. Söz konusu veriler işığında devletin neden tedavi edici hizmetlere koruyucu hizmetlerden daha çok harcama yaptığı sorusu önem taşımaktadır.

Farklılaşma yaşanan başka bir durum da Türkiye’de kamu sağlık harcamalarının kamu ve özel sektörü yatırımları üzerindeki etkisidir. Örneğin, 2002 yılı itibariyle Türkiye’de toplam sağlık harcamaları 18 milyar lira iken; bu rakam 2016 yılında 104 milyar lirayı aşmıştır. Aynı dönem toplam sağlık harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının oranı ise %68’den %78’e çıkmıştır. Diğer yandan 2003 ile 2016 yılları

¹⁷ rneğin, DB raporlarında düşük gelirli ve yoksul olan ülkelerin sağlık alanında yatırım yapamadıkları gerekçesiyle bu alanlarda yatırım yapılması önerilmektedir. DB uzmanlarına göre yoksul ülkelerin mali yardıma ihtiyaı vardır ve bu yardımlar ticari araçların kullanılması ile yapılabilir. *a.k.* s.54.

¹⁸ Daha sonra da ele alınacağı üzere ayriştırma; bütüncül sağlık hizmetlerinin parçalanarak özel sektörün kar ettiği kısmı, hastane hizmetlerinin piyasa ilke ve kuralları ile yeniden değerlendirilmesi anlamında kullanılmıştır. Koruyucu sağlık hizmetleri özel sektörün yatırım yapmaya istekli bir alan olmadığı için devletin sorumluluğuna bırakılacaktır. David de Ferranti, *Paying for Health Services in Developing Countries*, World Bank Staff Working Paper 721, Washington, D.C. 1985.

¹⁹Sađlık Bakanlığı, *OECD Sağlık İstatistikleri 2015 Türkiye*, <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/10b60745ac2a46c99643bb2a120674c0.pdf>, (19.05.2017).

arasında özel sektör sağlık harcamaları ise %32'den %22'ye kadar gerilemiştir. Bu verilerden hareketle sağlık harcamalarının sağlık yatırımları üzerinde nasıl bir etkiye sahip olduğu da analiz edilebilir. Örneğin 2002-2016 yılları arasında açılan kamu hastanesi sayısı %13 artarken; özel hastane sayısı ise %117 artış göstermiştir.²⁰ Bu çerçevede kamu sağlık harcamalarının artması özel sektör sağlık harcamalarının azaldığı anlamına mı gelmektedir? Bu gerileme -yukarıdaki veriler dikkate alındığında- devletin özel sektör sağlık harcamalarını da finanse etmesi olarak yorumlanabilir mi? Söz konusu sorular kamu sağlık harcamalarının etkilerini değerlendirmeye yardımcı olmaktadır. Ancak diğer taraftan söz konusu harcamaların toplumun sağlık göstergeleri üzerinde nasıl bir etkisinin olduğu da sorgulanmalıdır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) *Sağlık 2020* adlı politika belgesinde, sağlık harcamalarındaki artışın sağlık göstergelerini artırdığına dair bir bulguya rastlanmadığı²¹ yönünde bir tespit yapılmıştır. Bu durumda Türkiye'de sağlık harcamalarının artışı ile sağlık göstergelerinin değişimi arasında bir bağlantı kurulabilir mi? Başka bir ifadeyle kamunun tedavi edici hizmetlere daha fazla harcama yapması sağlık hizmetlerinin gelişimine nasıl bir etkide bulunacaktır?

Bu tez, SDP ile sağlığın özel sektör için bir yatırım alanı olması girişimlerini konu edinmektedir. Tezin iddiası DB'nin sağlıkta dönüşüm politikası çerçevesinde Türkiye'de uygulanan SDP'nin DB reformlarından farklılaştığıdır. Bu iddia çerçevesinde (2003-2017)²² on beş yıllık dönem SDP açısından incelenecektir. Sağlık alanında daha önce çalışılmış konuları tasnif ederek çalışmaya yön vermek gerekmiştir. Yapılan araştırmalar sonucunda konuya ilişkin çeşitli kitap, makale ve tezlere rastlanmıştır.²³ Tez taramalarında sağlık yönetimi, iktisat, maliye ve kamu yönetimi

²⁰ 2003-2016 yılları arasında kamu hastanelerinde (üniversite hastaneleri dâhil) yatak sayısı 133.000'den 160.000'e çıkarak yaklaşık %20 oranında artış gösterirken; özel hastanelerin sahip olduğu yatak sayısı 13.000'den 44.000'e çıkarak %300'den fazla artmıştır. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yılığ 2015*, Ankara, 2016, s.93.

²¹ WHO, *Sağlık 2020: Yönetimler ve Toplum Arasında Sağlık ve Esenliğe Yönelik Eylemleri Destekleyen Avrupa Politika Çerçevesi*, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>, (17.06.2016).

²² 2016 yılına ait resmi veriler (SGK, TÜİK, Sağlık Bakanlığı) 2017 yılı Aralık ayında yayınlanacaktır. Ancak tezde güncel gelişmelerin yanı sıra 2016 ve 2017 yılına dair elde edilen veriler de yer almıştır.

²³ Yükseköğretim Kurumu'nun tez tarama sisteminde tez başlığında sağlık ifadesi geçen üç binden fazla çalışma bulunmaktadır. Hâlihazırda sağlık alanına ilişkin tez çalışmaları devam etmektedir. Sağlık harcamalarına ilişkin kırk dokuz, sağlık reformu konusunda ise otuz dört adet tez bulunmaktadır. Sağlık harcamaları hakkında yazılan tezlerin beşi doktora, dört tanesi tıpta uzmanlık diğerleri ise yüksek lisans tezleridir. Bkz: H. İbrahim Keskin, *Sağlıkta Dönüşüm Programı Altında, Türkiye'deki Sağlık Kurumlarının Etkinliğinin Değerlendirilmesi*, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Ekonometri Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2017. Saide Yamaç, *Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrası Değerlendirilmesi ve OECD Ülkeleri İle Karşılaştırılması*, İstanbul Bilim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı,

bölümlerinde yer alan çalışmalar ile karşılaşılmıştır. Bu çalışmalarda geçmiş dönem sağlık politikalarına atıf yapılmış ve aynı dönemlendirme kullanılmıştır. Çalışmalar genel olarak SDP'nin bileşenleri üzerine odaklanmaktadır.

Söz konusu tezlerin önemli bir kısmında sağlık reformunun genel gerekçeleri SDP'nin içeriğinde yer aldığı gibi kalite ve verimlilik gerekçeleri doğrultusunda ele alınmıştır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda karşılaşılan sorunların çözüm yolu ise tek tek sıralanan reformlar olmuştur. SDP'ye yönelik sağlık hedefleri söz konusu tezlerde ayrı ayrı ele alınmakta ve SDP'nin mantığı anlaşılmaya çalışılmaktadır. SDP'nin on yıllık bir reform olduğu fikri baskın olan çalışmalar, GSS ve Aile Hekimliği modeli ile reformun tamamlandığını; ancak etkilerinin ölçülmesi açısından araştırmaların yapılması gerektiği görüşünü taşımaktadır. Özellikle sağlık politikalarının işletme disiplini açısından çalışılması alanın etkinlik, verimlilik ve kalite söylemleri çerçevesinde incelenmesinde yeterli görülmektedir. Ayrıca literatür taramasında sağlık alanına ilişkin resmi gazete taramasına rastlanmazken; ikincil kaynakların kullanıldığı görülmektedir. Yapılan incelemelerde sağlık sistemi, sağlık politikaları ve sağlığın ekonomi politiğine yönelik yayınlara da ulaşılmıştır. Türk Tabipleri Birliği'nin yayın organı olan Toplum ve Hekim dergisi alana ilişkin önemli bir kaynaktır.

Bu tez, 2003 yılında açıklanan SDP'ye yönelik kapsamlı bir araştırma olup sağlık reformlarının kamu sağlık harcamalarının artışına doğrudan etkisinin bulunmasını da yansıtarak alana akademik bir katkı sağlamayı hedeflemektedir. Sağlık reformu özellikle DB raporları doğrultusunda Türkiye'deki iç dinamikler de incelemeye dâhil edilerek analiz edilecektir. DB'nin sağlık reformları doğrultusunda açıklanan SDP, bu tezde Türkiye'de devlet ve özel sektör arasında yeni ilişki biçimlerinin kurumsallaşmasına bağlı olarak harcama değeri kavramı üzerine oturtulacaktır. Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) modeli üzerinden sürdürülen ilişkide devlet sağlık hizmeti sunan özel sektöre belirli teşvikler sağlamaktadır. Harcama değeri kavramı ile tez, diğer sağlık çalışmalarından farklı olarak sağlık reformlarını yeni bir perspektiften sunmayı hedeflemektedir. Sağlıkta dönüşümün anlaşılabilmesi için dönüşümün gerekçeleri etki

Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2016. Leyla Gür, 1980 Sonrası Sağlık Harcamalarının Gelişimi: Türkiye-OECD Ülkeleri Üzerine Bir Karşılaştırma, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2015. Duygu İşlek, Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Polikliniği'ne Başvuran Hastalarda Cepten Sağlık Harcamaları, Dokuz Eylül Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2016. Rümeyza Koca, Türkiye'de Son Dönem Sağlık Harcamalarının Dağılımı ve Temel Sağlık Göstergeleri İle İlişkisi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2015. Şule Çalınkoğlu, Sağlık Politikası Kapsamında Türkiye'deki Bebek Ölümleri Konusunda Bir Çalışma, Bilkent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2001. Yelda Özen, Türkiye'de Sağlık Politikası, Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı, 2000.

ettiği unsurlarla birlikte ortaya koyulmalıdır. Dönüşüm öncesi ve sonrası olmak üzere sağlık alanında değişen ilişki biçimleri bunun yarattığı hukuki ve kurumsal düzenlemeler ele alınmalı ve dönüşüm tüm ayrıntılarıyla analiz edilmelidir. Çünkü SDP bir yandan sağlık finansmanını bir yandan da sağlığın örgütsel yapısını dönüştürmektedir.

Bu tez, SDP ile kamu sağlık harcamalarının özel sektör lehine artış göstermesinin çözümlemesi doğrultusunda alana önemli bir katkı sunacaktır. Ayrıca sağlıkta dönüşümün gelişimini tek bir kaynaktan alan çalışmalardan²⁴ farklı olarak bu tezde; özel sektör temsilcilerinin de görüşlerine yer verilerek bunların sentezi yapılacaktır.

Bu çerçevede tezde Türkiye’de sağlıkta dönüşüm uygulamalarının temel kırılma noktalarını belirlemek adına:

-2003 yılında açıklanan SDP,

-2005 yılında çıkarılan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na eklenen KÖO modeli,

-2007 yılına kadar sınırlı da olsa uygulanan daha sonra kaldırılan hasta sevk sistemi,

-2010 yılında -tam olarak- uygulamaya giren GSS önemli görülmektedir. Bu çerçevede tez, iki amaç etrafında toplanabilir:

I. Sağlık hizmetlerinde kullanılan erişim, maliyet ve harcama değeri gibi kavramların Türkiye’nin sağlık hizmetlerinin dönüşümü açısından anlaşılması,

II. SDP’nin kamu sağlık harcamalarına ve özel sektöre etkilerinin saptanması.

Bu iki amaç Türkiye’de SDP çerçevesinde uygulanan sağlık reformlarını DB’nin sağlıkta dönüşüm politikasından farklılaştıran nedenler çerçevesinde bir noktada birleştirmektedir.

²⁴ SDP hakkında kitaplar yazılmış, kongreler düzenlenmiş ve makaleler kaleme alınmıştır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı da SDP’ye ilişkin çıkardığı yayınlar ile sağlık çalışmalarına öncülük etmiştir. Bu çalışmalar daha çok SDP’nin uygulanması sonucu sağlık hizmetlerine yönelik verilerin hazırlanmasından oluşmaktadır. Sağlık ekonomisi, sağlık yönetimi, sağlık turizmi alanında yazılmış kitaplar da bulunmaktadır. Bkz: Cemil Sözen, *Sağlık Yönetimi*, Palme Yayınları, 2003. Ayşegül Yıldırım Kaptanoğlu, *Sağlık Yönetimi*, Beşir Kitapevi, 2011. Metin Ateş, *Sağlık Hizmetleri Yönetimi*, Beta Yayınları, 2012. Yusuf Çelik, *Sağlık Ekonomisi* (3. Baskı), Siyasal Kitapevi, Ankara, 2016. Coşkun Can Aktan, *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*, Aura Yayıncılık, 2007. Dilaver Tengilimoğlu, *Sağlık Turizmi*, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2013. Şevket Yirik, *Türkiye’de ve Dünyada Sağlık Turizmi*, Detay Yayıncılık, 2015.

Tezde bu temel amaçlar doğrultusunda ve onları tanımlayabilmek adına aşağıdaki varsayımlar sınanacaktır. Sağlık hizmetlerinde maliyetleri azaltma düşüncesi, finansman reformuna yönelik araçların hazırlanması ve reformun uygulanmasını sağlayacak yapıların kurulmasına neden olmuştur. Bu doğrultuda devlet, sözleşmeler ile özel sektöre hizmet alım garantisi vermekte; sağlık özel sektörün yatırım yapması için kârlı bir alan haline gelmekte, bunun için devlete birtakım sorumluluklar düşmektedir. Sağlık bilgi sistemlerinin kurulmasıyla başlayan ve sağlık hizmetlerine erişimin artışı mümkün kılan kurumsal düzenlemeler çerçevesinde söz konusu sorumlulukların aşağıdaki gibi olduğu varsayılmaktadır:

I. Sağlık bilgi sistemlerinin kurulması özel sektörün sağlık yatırımlarını teşvik etmiş ve toplanan sağlık verileri özel sektör ile paylaşılmıştır. İşlem Maliyetleri Teorisi'nde sınırlı rasyonalite olarak geçen durum devlet tarafından eksik bilginin tamamlanmasına yönelik çalışmalar ile sonuçlandırılmıştır. Toplanan istatistikler ile hastalık yükü çalışmaları yapılmış, hastanelere hangi alanlarda başvurulduğu ve hastalık çeşitleri belirlenmiştir. Dolayısıyla sağlıkta kurumsallaşmaya yönelik söz konusu gelişmeler sağlıkta dönüşümün de ilk adımı olmuştur.

II. SDP sağlık hizmetlerine erişimi artırmıştır. Ancak vatandaşların daha fazla sağlık hizmeti kullanmasına bağlı olarak sağlık harcamaları da artmaktadır. Hasta sevk sisteminin uygulanmaması ise kamu hastanelerinin gelirlerini artırıcı bir unsur olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlık harcamalarını azaltma girişimleri hasta sevk sisteminin uygulanması ile gerçekleşecektir.

III. GSS erişim ve eşitlik üzerinden herkese sağlık söylemi ile uygulanmaya başlamış; ancak özel sektör ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) arasında yapılan sözleşme ile GSS, özel hastanelere kaynak aktarmanın bir aracı haline gelmiştir.

IV. Sağlık hizmetlerinde finansmana yönelik reformlar sözleşme ve dış kaynak kullanımı gibi özel sektör tekniklerine dayalı modellerle piyasa ilişkilerinin sağlık alanına girmesinde etkili olmuştur. Dolayısıyla özel sektörden mal ve hizmet alımı konusu, devlet hastanelerini şehir hastanelerine dönüştüren unsurlar arasında yer almaktadır.

SDP'nin temel dinamiklerinden biri sayılan ve sağlık hizmetlerinde köklü dönüşümlerin planlandığı Türkiye-Güçlendirilmiş Erişim ve Verimlilik için Sağlık

Sektörü Reformu Raporu²⁵ 2003 yılında DB tarafından yayınlanmıştır. Tez, DB'nin Türkiye raporunda yer verdiği beş politika başlığı²⁶ ile sınırlandırılmıştır. SDP ile Türkiye'de uygulanan bu başlıklar, kamu sağlık harcamalarının artışına ve özel sektörden alınan mal ve hizmetlerin artmasına neden olduğu düşünüldüğü için ele alınmıştır. Söz konusu Rapor'da sağlık hizmetlerine erişimin ve sağlık hizmetlerinden faydalanmaya yönelik talebin artırılması gibi ifadeler yer almaktadır. Bu doğrultuda zorunlu bir sağlık sigortasının kurulması ve sağlık hizmetlerinin özel sektör aracılığı ile geliştirilmesi amaçlanmıştır. Ancak sağlık reformunun maliyet gerekçesiyle gerçekleştirilmesine karşın reformun içinde birtakım sorunlar barındırdığı görülmektedir. Bu nedenle tez, aşağıdaki sorular çerçevesinde ele alınmıştır:

-Özel sektörden mal ve hizmet temin edilmesi maliyet azaltıcı politikalar çerçevesinde uygulanabilmiş midir?

-SDP içeriğinde de yer alan hasta sevk sistemi maliyet azaltıcı bir unsur olarak neden uygulanamamaktadır?

-GSS uygulaması maliyet etkin politika olarak uygulanabilmiş midir? Sigortalı olmanın vereceği gereksiz kullanım ile başa çıkılabilmemiş midir?

-SGK'nin özel hastaneler ile sözleşme yapmasının sağlık hizmetleri kullanımına nasıl bir etkisi olmuştur?

-SGK'nin özel hastanelerden hizmet alımı özel hastane sayısındaki artışın da nedeni olarak görülebilir mi?

Bu sorular çerçevesinde aşağıda belirli başlıklar ele alınarak tezin iddiası çerçevesinde bir sınırlamaya gidilmiştir.

Tezin ilk bölümünde, tezin iddiası çerçevesinde kavramsal ve teorik açıklamalara ve sağlıkta dönüşüme ilişkin bilgilere yer verilecektir. İkinci bölümde tez, Türkiye'de sağlıkta dönüşüm başlığı ile dönüşümün özel sektöre kârlı bir alan yaratma

²⁵ World Bank, *Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency Report*, No. 24358-TU, Washington D.C., 2003.

²⁶ I. Kaynak tahsisi ve mobilizasyonu seferber edilmeli, II. Sağlık hizmetlerine erişim (access) geliştirilmeli, III. Sağlık hizmetlerinden faydalanmaya yönelik talep artırılmalı, IV. Sağlık hizmetlerinin sunumunda (delivery) ve üretiminde (production) verimlilik geliştirilmeli, V. Sağlık hizmetlerinde klinik etkisi (effectiveness) geliştirilmelidir. *a.k.* 1991 yılında Yoksul Ülkelerin Sağlık Finansmanı - Maliyet İyileştirme ya da Maliye Azaltma raporuyla DB, sağlık hizmetlerinde maliyet iyileştirmesi için üç öneri sunmuştur: I. İlaç ve tedavi edici hizmetlerde kullanıcıların ödediği sistem, II. Sağlık sigortasının gerekliliği (uzun vadede hükümetlerin de bütçe açığını gidermesi ve daha güvenilir olması açısından), III. Sağlık hizmetlerinin birbirinden ayrılması; hizmeti sunan ve finanse eden birimlerin birbirinden ayrılması gerektiği belirtilmiştir. Joseph Brunet-Jailly, *a.g.e.* Bu öneriler daha sonra DB'nin yayınladığı raporlarda da değişmeyen ilkeler olarak yer almıştır.

hedefine uygun araçlarla yapıldığı iddiası kapsamında ele alınacaktır. Birinci ve ikinci bölümde ele alınan başlıklar neden sonuç ilişkisi kurularak sağlıkta dönüşüm uygulamaları üzerinden çözümlenecektir. Üçüncü bölümde SDP'nin sorunlarına yönelik çözüm önerileri sıralanarak sağlık hizmetlerinin geleceğine yönelik atılan adımlar değerlendirilecektir.

Tezin ilk bölümünün birinci kısmında sağlık ve sağlık hizmetine ilişkin bilgilere yer verilerek sağlıkta dönüşüm modelini yayan kuruluşların kullandıkları kavramlar ele alınacaktır. Örneğin, *harcama değeri* (value for money) kavramı sağlıkta dönüşümün neden yapıldığını gösteren önemli bir kavramdır. Sağlık alanında yeni bir kavram olan harcama değeri; sağlığa harcanan paranın getirisi için kullanılmaktadır.²⁷ Sağlık hizmetlerinde sözleşme yönteminde kullanılan kavram, sağlık yatırımlarının girişimcilere ne kadar kazandıracağı anlamına gelmektedir. Kavram, kamu için özel sektörden mal ve hizmet alma durumunda ne kadar tasarruf yapılacağı anlamında da kullanılırken; özel sektör her durumda yatırım yapılan girişimin getirisi ile ilgilenmektedir. Harcama değeri kavramı yukarıdaki anlamları itibariyle üretkenlik ve verimlilik²⁸ bağlamında kullanılmaktadır.

Birinci bölümde ayrıca teze ilişkin teorik çerçeveye yer verilecektir. Bu kısımda özel sektör için sağlığın neden önemli olduğuna ve bu anlamda devletin rol ve sorumluluklarına yer verilerek tedavi edici hizmetlerin özel sektörün yatırım alanı haline getirilmesi ele alınacaktır. Kamu Tercih Teorisi, Yeni Kurumcu İktisat ve İşlem Maliyetleri Teorisi, DB'nin önerdiği sağlıkta dönüşüm modelini açıklayabilmek için tercih edilmiştir. Sağlık reformlarının teorik açıdan Türkiye ile ne derecede uyum gösterdiğinin analizi tezin sağlayacağı önemli katkılardan bir tanesi olacaktır. Yapılacak analiz aynı zamanda SDP ile DB reformları arasında farklılaşma olup olmadığını gösterecektir. Kamu Tercih Teorisi devletin kamusal hizmet iddiasıyla faaliyette bulunduğu alanlarda kamu kaynaklarının rasyonel kullanılmadığı fikrine dayanmaktadır. Yeni Kurumcu İktisat ise Kamu Tercih Teorisi'ni farklı bir noktaya taşıyarak sağlık reformunda kurumların kolaylaştırıcı etkisi üzerine yoğunlaşmıştır. Bu yaklaşım çerçevesinde devlet müdahalesinin dışsallık oluşturduğu, bu müdahalenin de

²⁷ OECD, *Achieving Better Value for Money in Health Care: Patterns of Health Care Spending Growth*, 2009.

²⁸ Productivity kavramı üretkenlik olarak çevrilmesine rağmen verimlilik şeklinde Türkçeleştirilmektedir. Productivity, bir mal ve hizmet üretiminde elde bulunan kıt kaynaklarla istenilen çıktıya ulaşma anlamına gelmektedir. Efficiency kavramı ise etkinlik olarak Türkçeleştirilse de etkinlik ve verimlilik olarak da kullanılmaktadır. Kavramların kullanımı hakkında ayrıntılı bilgi için bkz. Ozan Zengin, "Verimlilik Kavramı ve Olgusu Üzerine Genel Bir Değerlendirme" Prof. Dr. Kurthan Fişek için Yönetim Üzerine, 2010, Ankara.

piyasalarda bir işlem gibi değerlendirildiği ve maliyetinin ölçülmesi halinde özel sektörün de sağlık alanında rekabet edebileceği varsayımı ile hareket edilmektedir. Bu noktada sağlık reformları Yeni Kurumcu İktisat Teorisi kapsamında ele alınan İşlem Maliyetleri Teorisi'ne uyum göstermektedir.

Birinci bölümün ikinci kısmında ise DB'nin sağlıkta dönüşüm politikasının oluşumunda yer alan aktörlere yer verilecektir. Bu kısımda DB'nin erişim, maliyet ve verimlilik gibi kavramlar ile sağlık hizmetlerini bölünebilirlik üzerinden tartışmaya açmasıyla birlikte sağlığın kamusal niteliğinin dönüşümü ele alınacaktır. Bu kavramlar sağlığın piyasa ilişkileri açısından dönüşümünün anlaşılmasına yardımcı olurken aynı zamanda GSS'nin kurulma gerekçelerini de içinde barındırmaktadır.

İkinci bölümde, tezin kuramsal çerçevesi ışığında somut gelişmelerden yola çıkılarak ve neden sonuç ilişkisi kurularak sağlığın kârlı bir alan haline getirilmesine neden olan uygulamalar çerçevesinde Türkiye'de sağlık hizmetlerinin gelişiminden başlayarak sağlık hizmetlerinin dönüşümü ele alınacaktır. Bu doğrultuda Türkiye'de sağlık yatırımlarının gelişimi analiz edilecektir. Tezin kuramsal çerçevesi etrafında sağlıkta dönüşümün kurumsallaşmasına yönelik olarak Türkiye'de uygulanmaya çalışılan sağlık projeleri çözümlenecektir. Daha sonra tezin temel inceleme döneminde ortaya çıkan reformlara yer verilecektir. Kamu sağlık yatırımları sağlık verilerinde meydana gelen değişimler çerçevesinde ele alınarak sağlık hizmetlerinde piyasa fiyatlandırmasına yönelik düzenlemeler analiz edilecektir. Fiyatlandırma politikası çerçevesinde devletin özel sağlık girişimlerine yönelik teşvikleri ele alınarak özel hastanelere ilişkin birtakım veriler analiz edilecektir.

İkinci bölümün ikinci kısmında ise reformların sağlık hizmetinin kullanımına ve sağlık harcamalarına etkileri ele alınacaktır. Finansman birimi haline gelen SGK ve harcama birimi olarak hastaneler ele alınarak sağlığın özel sektör için harcama değeri haline gelmesi konusu değerlendirilecektir. Bu çerçevede SGK'nin özel sektöre ayırdığı kaynak değerlendirilecek, kamu hastanelerinin daha önce kurum içinde ürettiği hizmetleri özel sektörden temin etmesi ile ortaya çıkan sağlık harcamaları incelenecektir. Böylelikle sağlığın hizmet sunumu ve finansmanının birbirinden ayrılması reformu uygulamaların daha iyi anlaşılabilmesi adına burada netleştirilecektir.

Tezin üçüncü bölümünde SDP'nin sorunlarına ilişkin çözüm önerileri ve sağlık hizmetlerinin geleceğine yönelik girişimlere yer verilecektir. Bu çerçevede koruyucu sağlık hizmetleri, hasta sevk sistemi ve GSS incelenerek sağlık reformunun işleyiş

modeli olarak KÖO modeli ve şehir hastaneleri değerlendirilecektir. Yeni Kurumcu İktisat Teorisi'nin sözleşme, ihale, mülkiyet ve sınırlı rasyonalite gibi araçları sağlık hizmetlerinde uygulanan KÖO modelinde görülmektedir. Ancak hangi noktalarda Türkiye özelinde ampirik verilerin teorik çerçeve ile uyup uymadığı da tezde analiz edilmelidir. Bu doğrultuda devlet ve özel sektör arasındaki ilişki biçiminin kurumsallaşmasına neden olan gelişmeler, şehir hastaneleri üzerinden ele alınarak sağlık yatırımlarının geleceğine yönelik hedefler analiz edilecektir. Alanda yapılan görüşmelere ilişkin bilgiler ve sağlıkta yönetsel değişimi içeren kronolojik çalışmaya da tezin ek kısmında yer verilecektir.

Tezin araştırma alanı, kamu yönetimi ve sağlık olmakla birlikte tez Sağlık Bakanlığı'nın 2003 yılında açıkladığı SDP'ye odaklanmaktadır. Sağlıkta yaşanan reform sürecinin uzun vadeye yayılmış olması, şehir hastanelerinin bir kısmının faaliyete geçmesi, kamu ve özel sektör arasındaki işbirliğinin ticari sır/devlet sırrı olarak gösterilerek bilgi paylaşılmaması bu tezi sınırlamaktadır. Ayrıca alanda yapılan görüşmeler ampirik verilerle desteklenmediği sürece iddiadan öteye gidememekte bu durum tezi sınırlayan başka bir etmen olarak karşımıza çıkmaktadır.

Tezde DB'nin sağlıkta dönüşüm politikası çerçevesinde uygulanan SDP'nin DB reformlarından farklılaşan yönlerinin olduğu iddiasından hareketle sağlık hizmetlerinin koruyucu ve tedavi edici hizmetler olarak ikiye ayrılması, sağlık hizmet sunum ve finansmanın birbirinden ayrılması ele alınacaktır. Merkezi bütçede yer alan kuruluşların özerk birer harcama birimi haline getirilmesi, GSS ve hasta sevk sistemi üzerinden değerlendirilecektir. Tezde DB'nin sağlıkta dönüşüm politikası çerçevesinde idari ve mali olarak özerk finansman ve harcama birimlerinin kurulması, yerelleşme (decentralization) açısından ele alınacaktır. Banka raporlarında²⁹ *decentralization* kavramı merkezi idaredeki yetkilerin bir kısmının daha alt birimlere verilmesi bağlamında kullanılmıştır.³⁰ Örneğin, Türkiye'de Sosyal Sigortalar Kurumu'nun (SSK)

²⁹ 1990 yılında DB Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Özel Sektör Yoluyla Güçlendirilmesi (Strengthening Health Services in Developing Countries Through the Private Sector) adlı bir rapor yayımlayarak, gelişmekte olan ülkelerde devletin sağlık alanında yeterli olamayacağı ve özel sektörün bu alanda devreye girmesi gerektiğini bildirmiştir. Bu çerçevede Türkiye ile DB arasında yapılan anlaşmalarla sağlık projeleri oluşturulmuş ve devletin sağlık alanındaki işlevi DB'nin -dolayısıyla IMF'nin- mali yaptırımları doğrultusunda dönüşmeye başlamıştır. World Bank, *Strengthening Health Services in Developing Countries Through the Private Sector*, <http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer>, (04.05.2015).

³⁰ Sağlık hizmetlerinde ayrıştırma sağlık örgütlenmesi açısından iki önemli yapının ortaya çıkmasına neden olmuştur. Hizmet sunum ve finansman birimlerinin birbirinden ayrılması ile kamu sağlık hizmeti veren kuruluşlar özel sektörden kurum dışı hizmet adı altında hizmet tedarik etmeye başlamıştır. Diğer yandan hizmet finansmanı birimi ise (SGK) özel sağlık sektöründen alınan hizmetleri finanse etmeye başlamış devlet özel sağlık sektörünün finansmanın sağlayıcısı durumuna gelmiştir.

SGK'ye dönüşmesi ile hizmet üretimi sona ererken; SGK mal ve hizmet satın alma birimi haline gelmiştir. Sağlıkta dönüşüm hareketi sonucu sağlık hizmetleri sınırlı da olsa yerelleşmiş; hizmet üretim ve finansman birimleri birbirinden ayrılmıştır.

Tezde sağlık harcamalarındaki değişimi incelemek için Sağlık Bakanlığı, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), SGK, Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) gibi kurum ve kuruluşlardan elde edilen veriler kullanılmıştır. Söz konusu verilerin çeşitli kurumlar arasında farklılık göstermesinden dolayı güvenilir veriler toplama konusunda zorluk çekilmiştir. Ayrıca elde edilen verilerin nominal ve reel değerlerini elde etmek için de Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYH), nüfus vb. gibi karşılaştırma göstergeleri seçilmiştir. Tezin yazımında bilimsel araştırma tekniklerine uygun olarak alan yazın taraması yapılmıştır. Saha çalışması kapsamında sağlık alanında üretilen politika metinleri ele alınarak alanda çalışan kişilerle görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

Birinci Bölüm

SAĞLIK HİZMETLERİNİN DÖNÜŞÜMÜNE İLİŞKİN KAVRAMSAL VE TEORİK ÇERÇEVE

Türkiye’de sağlık hizmetlerinde yaşanan reformların anlaşılabilmesi için bu bölümde sağlıkta dönüşüm çerçevesinde kullanılan kavramlar ele alınacaktır. DB’nin sağlıkta dönüşüm politikası çerçevesinde uygulanan SDP’nin DB reformlarından farklılaşan yönlerinin olduğu iddiası bu bölümde birtakım kavramlar üzerinden çözümlenecektir. Sağlık konusunun neden önemli olduğundan hareketle sağlık ve sağlık hakkı nedir sorularının cevabı aranarak sağlıkta dönüşüm politikaları hakkında bilgilere yer verilecektir. Devletin ve özel sektörün sağlık hizmetlerindeki rolü DB’nin sağlık hizmetlerinin kârlı bir alan haline getirilmesi için kullandığı kavramalar üzerinden daha net anlaşılmaktadır. Söz konusu kavramlar üzerinden sağlık hizmetleri reforma uğramış; kamu hizmeti olan sağlık, küresel kamusal mal olarak sağlığa dönüşmüş daha sonra ise sağlık harcama değeri haline gelmiştir.

Sağlık hizmetlerinde reformun gerekçeleri sıralanırken maliyet, verimlilik gibi kavramların kullanıldığı görülmektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde erişim, eşitlik ve verimlilik kavramlarının reform çerçevesinde kullanılması sonucu sağlık hizmetlerinin dönüşümünün ele alınması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin dönüşümü ise tezde sağlık politikaları üzerinden incelenecek, teorik tartışmalardan sonra uluslararası örgütlerin raporları doğrultusunda sağlığın nasıl reform konusu haline geldiği analiz edilecektir. Bu bölümde yapılan çözümlenmelerle ikinci bölümde Türkiye’nin sağlık hizmetlerinin dönüşümünün öneminin ortaya konması amaçlanmaktadır.

I. SAĞLIK HİZMETİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN DÖNÜŞÜMÜ

A. SAĞLIK HİZMETLERİNE YÖNELİK KULLANILAN KAVRAMLAR

Bu başlıkta sağlık, sağlık hizmeti, temel ve tedavi edici sağlık hizmetleri gibi kavramlar ele alınacaktır. Söz konusu kavramlar sağlıkta dönüşüm politikası çerçevesinde erişim, maliyet ve verimlilik gibi kavramlar üzerinden uluslararası örgütler tarafından yeniden türetilmiştir. Uluslararası örgütlerin yukarıdaki kavramları yeniden türetmeleri sağlıkta dönüşümün başlangıç adımları olarak tez açısından önemli görülmektedir. Bu kavramların analiz edilmesi Türkiye’de uygulanan SDP’nin anlaşılması açısından önem arz etmektedir.

1. Sağlık Hizmetlerine İlişkin Temel Kavramlar

Sağlık, “bir canlının kendi hücresel çekirdeğinde şifreli bütünlüğünü ve kararlılığını korumak yolunda oluşmuş maddesel örgütlenişinin bir bozukluk olmaksızın çalışması ve aynı canlının daha üst düzeyde bir örgütlenişini başarabilmesi süreci” olarak tanımlanmaktadır.³¹ Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) göre sağlık, sadece hasta veya sakat olmama hali değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi olma halidir.³² Sağlık hizmetleri ise insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, beden ile ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetlerdir.³³

Sağlık hizmetleri koruyucu ve tedavi edici hizmetler olarak iki ayrı kategoride incelenmektedir.³⁴ Koruyucu sağlık hizmetleri hastalıklar daha ortaya çıkmadan önce onları önleyebilmeye yönelik hizmetlerdir. Tedavi edici hizmetler ise hastalanan kişilerin yeniden sağlıklarına kavuşabilmeleri için yapılan hizmetler olarak tanımlanabilir. Sağlık hizmetlerine yönelik kullanılan kavramlardan bir tanesi de hasta sevk sistemidir. Hasta sevk sistemi, koruyucu ve tedavi edici hizmetler arasında hastalıkların türüne göre başvurulması gereken kuruluşlar arasındaki geçiş sistemi olarak tanımlanabilir. Koruyucu sağlık hizmetlerine gereken önemin verilmesi için sağlık sisteminin kurtarıcısı olan hasta sevk sisteminin uygulanması gerekmektedir. Sevk sistemi, koruyucu ve tedavi edici hizmetler arasındaki bağın kurulması ve hizmetlerin gerektiği kadar kullanılması açısından önem taşımaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetleri, çevreye ve insana yönelik olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Çevreye yönelik koruyucu hizmetler, insanların çevresinde bulunan ve insan sağlığına tehdit olarak görülen unsurların yok edilmesidir. Su, hava ve konut sağlığı gibi unsurlar çevreye yönelik koruyucu tedbirlerin alınmasında etkilidir. Konut sağlığı ile endüstriyel ve tıbbi atıklarla mücadele bu kapsamda değerlendirilebilir. Toplumun geneline yönelik hastalıklardan korunma amaçlı girişimler ise erken teşhis ve

³¹ İlker Belek vd., *Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi*, Sorun Yayınları (2. Baskı), İstanbul, 1998, s.25.

³²WHO, “Constitution Of The World Health Organization”, http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf, (04.04.2015).

³³ 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu, RG: 12.01.1961, Sayı. 10705.

³⁴ Sağlık hizmetlerinin bu biçimde ayrıştırılması hizmetleri tanımlama açısından tercih edilmiştir. Ancak daha sonra yer verileceği üzere devletin ve özel sektörün sorumluluk alanının ayrıştırma üzerinden yeniden yorumlanması sağlıkta dönüşüm politikasının önemli bir özelliği olarak incelenecektir.

uygun tedavi ile sonuçlanmaktadır. İnsana yönelik sağlık hizmetleri³⁵ olarak da tanımlanabilen bu hizmetler aşı, ilaç, beslenme ve sağlık eğitimi gibi unsurların geliştirilmesi ile mümkün görünmektedir.

Sağlık hizmetleri ya kamu kurum ve kuruluşları tarafından doğrudan verilmekte ya da bunların denetiminde gerçekleştiği için sağlık, genellikle bir kamu hizmeti olarak değerlendirilmektedir. Kamu hizmeti, “...genelin ihtiyaçlarını sağlamak ve genelin çıkarlarını korumak için kamu gücüne ve uzmanlığına dayanan bir örgütle genele karşı yapılan sürekli ve düzenli hizmetlerdir. Kamu hizmetinin temel unsurları ise; kamu tüzel kişileri tarafından veya bunların gözetimi ve denetimi altında veya bunların katılımıyla kurulan ve işleyen bir girişim olması; kolektif ihtiyaçları karşılamak ve tatmin etmek ve kamu yararı sağlamak için kurulmuş, genele sunulmuş; sürekli ve düzenli bir şekilde işlemesi...” biçiminde tanımlanmaktadır.³⁶ Farklı bir tanıma göre kamu hizmeti, toplumsal yaşamın sürdürülebilmesi noktasında vazgeçilmez olan ihtiyaçların karşılanabilmesi işlevinin özel alana ait kurallardan belirli ölçülerde dışarıda tutularak devlet tarafından üstlenilmesidir. Sonuç olarak bir hizmetin kamu hizmeti olması, devleti yönetenler tarafından örgütlenmesi ve yönetenlerin kontrolünde işlemesi anlamına gelmektedir.³⁷

Yukarıda yer verilen kavramlar sağlık hizmetlerinin dönüşümü açısından birtakım tartışmaları da beraberinde getirmektedir. Örneğin sağlık hizmetlerinin kamusal olup olmadığı tartışması sağlığın harcama değeri haline gelmesinde önemli görülmektedir. Çünkü aşağıda da yer verildiği üzere temel ve tedavi edici hizmetlerin birbirinden ayrılarak tedavi edici hizmetlerin özel sektör için kârlı bir alan haline dönüşmesi sağlık hizmetlerinde reform konusunu gündeme getirmektedir. Reformun temel aldığı unsur ise sağlık hizmetlerinin kamusal niteliği olmuştur. Kamusal mal kavramı iktisatçı Paul A. Samuelson tarafından matematiksel ifadelerle açıklanmaya çalışılmış, neo-klasikler ise sağlığın fayda ve maliyet açısından yarı kamusal olduğunu ileri sürmüşlerdir. Samuelson’a göre, bir malın kamusal ya da özel olduğu ‘bölünebilirlik ya da bölünemezlik’ kavramı ile belirlenebilir.³⁸ Adalet ve savunma gibi hizmetler bölünemezken; ekmek, şarap gibi mallar toplumun tüm kesimine faydası ve maliyeti ile yayılabilir. Bu doğrultuda kişisel sağlık hizmetleri de özel mallar gibidir.

³⁵ Recep Akdur, *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması*, Ankara, 1999, s.5-6.

³⁶ Sıddık Sami Onar, *İdare Hukukunun Umumi Esasları*, Cilt I, Üçüncü Baskı, İstanbul, 1966, s.13-14.

³⁷ Onur Karahanoğulları, *Kamu Hizmeti Kavram ve Hukuksal Rejim*, Turhan Kitabevi, Ankara, 2004.

³⁸ Paul A. Samuelson, “The Pure Theory of Public Expenditure”, *The Review of Economics and Statistics*, Vol. 36, No. 4, 1954, s.387-389.

İnsanlar kişisel sağlık hizmeti satın almak için oldukça isteklidirler ve para öderler. Örneğin sağlık sigortası da bunlardan bir tanesidir.³⁹ Doğrudan piyasa şartlarına hitap ettiği öne sürülen sağlık hizmeti ileride ele alınacağı üzere Samuelson'un bölünebilirlik söylemi⁴⁰ üzerinden yerleşmiştir.⁴¹ Nihayetinde devletin daha düşük maliyetli (low cost) sağlık hizmeti vermesi ve sorumluluk alanının yeniden belirlenmesi kamu hizmeti olarak sağlığın bölünebilirliği üzerinden sağlıkta dönüşümün konusu olmuştur.

Sağlık hizmetlerinin piyasa ilişkileri doğrultusunda dönüşümü bir sonraki başlıkta yer verildiği üzere devlet ve özel sektörün rollerinin hizmetlerin ayrıştırılması üzerinden yeniden belirlenmesi anlayışına dayanmaktadır. Bu anlayış doğrultusunda temel ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin birtakım ayırt edici unsurları bulunmaktadır. Devlete bırakılan temel sağlık hizmetleri aile planlaması, önleyici faaliyetler, evrensel kapsama ve erişebilirlik, toplum sağlığı, geleneksel sağlık çalışanlarının bakımı ve sevk bakım destek sistemlerinin yer aldığı bir sistemin parçasıdır. Temel sağlık hizmetlerinin özellikleri ise şu şekilde sıralanabilir.⁴²

-Dışsallık (Externalities): Sağlık hizmetleri önemli bir dışsallık özelliği gösterir. Hastalıkların yayılması toplumu etkileyen bir tehdittir. Devlet, koruyucu sağlık hizmetleri yoluyla bu tür önlemleri almak durumundadır. Koruyucu hizmetler hastalıkların engellenmesinden, bağışıklığa, aşı programlarından sağlık eğitimine kadar uzanan geniş bir yapıdadır.

Dışsallık özelliğine sahip bir hizmet olarak sağlık iki açıdan tartışılabilir. İlk olarak koruyucu sağlık hizmetleri, bulaşıcı hastalıkların topluma yayılma riski açısından dışsallık özelliği gösterir. Diğer taraftan devlet sağlık hizmetlerine müdahale ettiği için bu müdahalelerin özel sektöre bir maliyeti bulunmaktadır. İki durumda da dışsallık yaşanmaktadır. Bu durum daha sonra yer verileceği üzere devletin neden sağlık hizmetlerini tamamen üstlendiği sorusunu da sormamıza neden olmaktadır. Ancak

³⁹ Charles C. Griffin, *a.g.e.*, s.4.

⁴⁰ Avrupa Birliği (AB) mevzuatına da girmiş olan Samuelson'un kamu malları tanımı şu şekilde ifade edilebilir: "Sosyal mallar /kamu hizmetleri her yurttaş için birlikte, eşit ve tamamı olan mal ve hizmetlerdir." Bu tanım DB uzmanlarınca kamusal, özel ve yarı kamusal mal kavramsallaştırması üzerinden kamu hizmeti alanını daraltmaya yönelik kullanılmıştır. Tarık Soydan, "Yeni Sağ Politikalar: Türkiye'de Kamu Reformu ve Kamu Hizmetleri", *Eğitim, Bilim, Toplum Dergisi*, Cilt:5, Sayı:17, 2006/2007, s.122.

⁴¹ Yerleşme sağlık hizmetlerinin ikili bir yapıda sunulmasıyla başlasa da daha sonra merkezi idarenin daha alt birimlerine yetki devri (devolüsyon) şeklinde devam etmiştir (sağlık üretim ve finansmanın birbirinden ayrılması). Kamu sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından yerine getirilmesi, kullanıcı öder ilkesi (charge of use) ile sağlıkta özelleştirme yorumlarına neden olmuştur. Sağlıkta özelleştirme için Bkz: Asuman Altay, "Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi", *Sayıştay Dergisi*, Sayı: 64, s.55.

⁴² Frederick Golladay, F. Liese, *a.g.e.*, s.26.

nüfusun korunması açısından devlet müdahalesi haklı görülebilirken tedavi edici hizmetlerde devlet müdahalesinin piyasalar açısından olumsuz dışsallık yaratması sorun teşkil etmiştir. Bu sorun sağlığın kamusal niteliğinin koruyucu hizmetler ile sınırlandırılması gerektiği yönünde fikirlerin oluşmasına neden olmuştur. Sonuç olarak söz konusu gelişmeler temel sağlık hizmetlerinin kamusal niteliğinin zorunluluğu yönünde bir görüş birliği oluşturmuştur.⁴³

-Tam Kamusal Mallar: Hastayla ilgili olmayan tüm sağlık hizmetleri tam kamusal mal özelliği gösterir.

-Erdemli Mallar: Bazı hizmetler piyasaya bırakıldığı zaman yeterli satın alma potansiyeli bulunmuyorsa özel sektörün bu hizmetleri üretmesine imkân yoktur. Örneğin bebeklerin tedavisi için gerekli aşı sistemlerinin olması ve anne çocuk sağlığına ilişkin önemli bilgilendirilmelerin yapılması gerekir. Ancak ebeveynler bu tür hizmetler için para ödemekte isteksizdir. Bu nedenle doğum öncesi ve sonrası hizmetler için hükümetler önlem almalıdır.⁴⁴ Bu tür bir çıkarım doğru olmamakla birlikte aslında ifadeyi tersten okumamızı da gerektirir. Anne ve çocuk sağlığına ilişkin hizmetler için insanların para ödemekte isteksiz olması bu hizmetlerin zaten devlet tarafından veriliyor olmasından kaynaklanmaktadır.

Temel sağlık hizmetlerinin özelliği olarak yukarıda sıralanan unsurlar söz konusu hizmetlerin özel sektör için kârlı bir yatırım alanı olarak görülmemesinden kaynaklanmaktadır. Ancak insanların sağlık için harcama yapma isteğinin olmayışı gibi bir varsayım üzerinden devlet müdahalesinin gerekliliği ya da gereksizliği mantıklı değildir. Çünkü temel sağlık hizmetleri için harcama alanının olmayışı devletin bu alana kaynak ayırmasına neden olurken diğer taraftan özel sektör için daha karlı görülen alan kamu eliyle dönüşmüş olacaktır. Devlet her iki durumda da özel sektör için sağlık alanında düzenleyici olacaktır. Başka bir ifadeyle koruyucu sağlık hizmetlerini veren devlet, özel sektör için gerekli olan iş gücünün yeniden üretimini sağlarken vatandaşının sağlığını korumuş olacak diğer taraftan da tedavi edici hizmetlere yatırım yaparak özel sektör için yeni bir pazar açmış olacaktır. Bu çerçevede tedavi edici hizmetlerde maliyet odaklı (kâr) bir ayırım tercih edilmiş ve bu hizmetlerin temel sağlık hizmetlerinden ayırt edici unsurları ise şu şekilde sıralanmıştır.⁴⁵

⁴³ Ankara Üniversitesi'nden R. A. ile 19.01.2017 tarihinde yapılan görüşmeye dayanarak elde edilen bilgilerden oluşmaktadır.

⁴⁴ Gabriel Roth, *a.g.e.*, s.129.

⁴⁵ Frederick Golladay, *a.g.e.*

-Azalan Maliyetler: Tıbbi cihazların bazıları aşırı pahalıdır ve bu hizmetlerin il ya da bölgelerde bulunması gerektiği için hükümetlerin bu gibi hizmetleri sunması sağlık hizmetlerindeki maliyet artışının sebebidir.

-Tüketici: Merit mallar kavramına tüketici olarak yaklaşmak gerekecektir. Çünkü insanlar sağlık hizmetlerinde belirleyici bir konuma sahiptir. Tedavi yöntemlerinde tüketicilere alternatif seçeneklerin (ameliyat gibi) sunulması gerekir. Bu uygulamanın hayata geçirilmesi aynı zamanda hasta doktor ilişkisine bağlıdır. Doktorların yanlış yönlendirmemesi ve tercihlere saygı göstermesi için hastaların doktor seçebilme özgürlüğünün olması gerekmektedir.⁴⁶

-Firma (Agent): Hastalar sağlık hizmeti satın aldıkları zaman şu iki unsuru göz önünde bulundurur: Bunlardan ilki sağlık hizmetlerinin kalitesidir. Diğeri ise sağlık hizmetlerini sunan birim olarak firmadır.⁴⁷ Firmanın varlık nedeni ise kârını artırma üzerine kuruludur.

Yukarıda sağlık hizmetlerine yönelik ele alınan kavramlar sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşüm çerçevesinde kamu ve özel sektörün alanda ne gibi bir sorumluluğunun olacağı konusunda bir fikir vermektedir. Devletin ve özel sektörün alandaki rollerinin dönüşümünün ise sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi doğrultusunda değerlendirilmesi gerekmektedir. Aşağıda ele alındığı üzere sağlığın bir hak olarak görülerek devlete bu anlamda birtakım sorumlulukların yüklenmesi sağlık hizmetlerine erişimi artırmak için alana özel sektörün dâhil olmasına yönelik girişimlerin başlatılmasına neden olmuştur.

2. Sağlık Hizmetlerinin Gelişiminde Devletin Rolü

Sağlık hizmeti, şifacılar tarafından yapılan bir meslek olarak ortaya çıkmıştır. Hindistan, Çin gibi ülkelerde yerel olarak çok yaygın olan şifacılık, daha sonra Latin Amerika ve Almanya'da sosyal güvenlik sistemi ve sağlık hakkına ilişkin gelişmelerden sonra dünya çapında sistemli olarak uygulanmaya başlamıştır. Sağlık hizmetlerinin düzenli bir şekilde verilmesi ise sömürgeciliğin gelişmesi ile ortaya çıkmış, 1764 yılında Hindistan Sağlık Servisi Doğu Hindistan ticaret şirketinin kontrolünde kurulmuştur. Paris Pasteur Enstitüsü ise Tunus (1896) ve Cezayir'de (1900) şubelerini kurmuştur. Misyonerler, beyaz ırkın yayıldığı alanlarda kadın doğum servisleri açarak yerel halkın kiliseye bağlanmasını amaçlamıştır. Söz konusu hizmetler ile sömürgelerdeki Avrupalı

⁴⁶ Gabriel Roth, *a.g.e.*, s.129-130.

⁴⁷ Charles C. Griffin, *a.g.e.*

toplumun (asker-tüccar) sağlığını korumak ve beyaz ırkın üstünlüğünü sağlama amacı güdülmüştür. Bu doğrultuda 19. yüzyıl aynı zamanda sağlığın politik kontrol aracı olarak kullanıldığı bir dönem olmuştur.⁴⁸

Tarihsel olarak devletin sağlık hizmetlerinde aktif bir rol alması ile *halk sağlığı* (public health) ön plana çıkmıştır. Devlet sırasıyla; doğrudan sağlık hizmetlerini sunmuş, özel sağlık hizmetlerini düzenlemiş ve son olarak modern tıbbın gelişimine yön vermiştir. Kamu hizmetlerinin karakterinin gelişmesi ile sağlık hizmetleri ve sağlık sigortası iç içe geçmiştir. Sanayi devrimi öncesi toplumlarda sosyal güvenlik fonksiyonu yardım sandıkları, aile içi transferler ve dinsel nitelikli kurumlar tarafından yerine getirilmiştir. Sanayi devrimi, bu alana yeni bir bakış açısı getirmiştir. Söz konusu dönemde işçilerin kötü çalışma koşulları devletlerin sosyal politika alanında da birtakım koruyucu düzenlemeler yapmalarını zorunlu kılmıştır. Refah devleti uygulamalarından (ücretsiz sağlık hizmeti ve sosyal güvenlik uygulamaları gibi) sonra sağlığın devlet içinde örgütlenmesi, tekrar sorgulanmıştır. Devletin sağlık hizmetlerini bizzat sunmasının yararı ne olabilir sorusu ile sağlığın doğrudan ve dolaylı yararı tartışılır hale gelmiştir.

Sağlık hizmetlerinin devletçe verilmesinin doğrudan yararı, hastaların doğrudan hizmet almalarını ve hastaneye ulaşabilmelerini gerektirmektedir. Sağlık hizmetlerinin devletçe verilmesinin dolaylı yararı ise özel ve genel olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin buradaki özel yararı, çalışanların sağlığının devlet tarafından güvence altına alınmasıdır. Sağlık sigortası ve sağlık hizmetleri, çalışanlara ve akrabalarına temin edilen bir güvencedir. Üretimin sürekliliğinin sağlanabilmesi için çalışanların korunma güdüsüyle motive olmaları sermaye unsuruna yapılan desteği artırmıştır. Genel yarar ise toplumda sağlıksız nüfusun oluşturabileceği tehlikeyi ortadan kaldırmak için gereklidir.⁴⁹ Söz konusu fikirler devletin vatandaşlarının sağlıklı olmalarını sağlamak ve dinamik nüfusu korumak için faaliyette bulunduğu işaret etmektedir. Böylelikle devletin üretim ve bölüşüm faaliyetlerindeki rolü önemli hale gelmiştir.

⁴⁸ Konu hakkında ayrıntılı bilgi için Bkz: Aslı Davas, “İlk Dönem Sömürge Sağlık Politikaları”, *Toplum ve Hekim*, Cilt:18, Sayı:3, 2003, s.181-185. Sanayileşmenin hızlanması ile birlikte sağlık alanında da tıbbi gelişmeler yaygınlaşmış ve sağlık, hükümetlerin politika alanı olmaya başlamıştır. Hükümetlerce verilen sağlık hizmeti ise bulaşıcı hastalıkların kontrolü amacıyla 19. ve 20. yüzyıl arasında bir müdahale alanı olarak ortaya çıkmıştır. Gabriel Roth, *The Private Provision of Public Services in Developing Countries*, World Bank Institute, Washington, D.C., 1987, s.120-124.

⁴⁹ Özgür Temiz, “Türk Hukukunda Bir Temel Hak Olarak Sağlık Hakkı”, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, Cilt: 69, No: 1, 2014, s.176.

Devletin görevleri ekonomik yaşamda üstlendiği işlevlere bağlı olarak bir değişkenlik göstermektedir.⁵⁰ Kamu hizmetleri de belirli tarihsel dönemlerde ekonomik, siyasal ve sosyal koşullara bağlı olarak değişmektedir. Tekel olarak adlandırılan ve kamu tarafından üstlenilen hizmetler, piyasanın üretemediği hizmetlerdir.⁵¹ Devletin riskleri toplumsallaştırması, sermayenin hedeflerinin kolaylaştırıcılığı görevini üstlenmesi ve piyasalar için büyük yatırımlar gerçekleştirilmesi teknelci devlet kapitalizmi olarak adlandırılmıştır. Teknelci devlet kapitalizmine göre; devletin sivil ve askeri harcamalarının tümü sermaye birikimini sağlamaya dönüktür. Sağlık harcamaları da yukarıda ele alındığı üzere hem toplumun geneline yönelik bir hizmet olarak algılanmakta hem de sermayeye yapılan desteği göstermektedir. Bu durum aynı zamanda özerklik tartışmalarına⁵² neden olmuş devletin sermaye ile olan ilişkisi üzerine çalışmalar yapılmıştır.⁵³

Sermayenin kâr oranlarının düşme eğilimi göstermesi yeni krizlere sebep olmakta ve bu durum birikim krizi olarak ifade edilmektedir. Sosyal refahın optimizasyonu amacıyla yapılan müdahaleler kamu harcamalarının artışına neden olmuştur. Devlet kamu harcamaları yoluyla hem piyasaların krizini gidermiş hem de bölüşüm sorununa -yani yeniden dağıtım mekanizması- çözüm getirmiştir. Ancak bu durum sermaye üzerinde vergi artışlarını doğurduğu için olumsuz olarak görülmüştür.⁵⁴ Dolayısıyla kapitalizmin krizden çıkışı, refah devleti⁵⁵ politikalarının tek tek terk edilmesinde görülmüştür.

⁵⁰ Devletin ekonomik ve toplumsal yapıya müdahale biçimleri zaman zaman değişiklik göstermiştir. II. Dünya Savaşı sonrası merkez kapitalist ülkelerde refah devleti anlayışı hâkim olurken, kapitalizmin çevre ülkelerinde kalkınmacı devlet anlayışı ortaya çıkmıştır. Gülbiye Yenimahalleli Yaşar, “Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Neoliberal Dönüşümü”, *Mülkiye Dergisi*, Cilt:35, Sayı:272, 2011, s.165.

⁵¹ Konu hakkında ayrıntılı bilgi için Bkz: Birgül Ayman Güler, “Sosyal Devlet ve Yerelleşme”, *Memleket Siyaset Yönetim*, 2006, Cilt:1, Sayı:2, s.32.

⁵² Devletin siyaset yapma noktasında nasıl bir bölüşüme giderek üretimle nasıl bir ilişki kuracağı (ekonomiye müdahale ve sermaye ilişkisi) noktasında yoğun tartışmalar yaşanmıştır. Devletin ekonomi ve siyaset konularında ne tarafta yer aldığı/kendini nasıl yeniden ürettiği sorusu beraberinde devletin özerkliği ve görelî özerklik konularını da gündeme getirmiştir. Bob Jessop, *Devlet Teorisi Kapitalist Devleti Yerine Oturtmak*, Epos Yay., (Çev: Ahmet Özcan), Ankara, 2008, s.128.

⁵³ Bob Jessop, *Kapitalist Devletin Geleceği*, Epos Yayınları, Ankara, 2009, s.28. Gülbiye Yenimahalleli Yaşar, *a.g.m.* 2011, s.164. Üretim ve bölüşüm ilişkileri sadece ekonomik ilişkileri etkilememekte aynı zamanda devletin biçimini de etkileyen “sürekli bir kriz ve yeniden yapılanma” sürecidir. Joachim Hirsch, “The State Apparatus and Social Reproduction: Elements of a Theory of the Bourgeois State”,(der. Holloway ve Picciotto), *State and Capital: A Marxist Debate*, University of Texas Pres, Austin, 1979, s.74-75.

⁵⁴ Simon Clarke, “Devlet Tartışmaları”, (Der. Simon Clarke), *Devlet Tartışmaları Marksist Bir Devlet Kuramına Doğru*, (Çev: İbrahim Yıldız), Ütopya Yay., Ankara, 2004.

⁵⁵ Refah devleti, sahip olduğu örgütleri aracılığıyla doğrudan ya da dolaylı olarak birçok mal ve hizmet üretir ve bunun toplumsal dağıtımına katılma özelliğini elinde bulundurur. Bunlar arasında eğitim ve hizmet olanaklarının topluma yaygınlaştırılması, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, çalışma hakkına yönelik düzenlemelerin yapılması, çalışma ilişkilerinin korunması ve bu kapsamda işsizlik güvencesinin sağlanması gibi toplumun kısıtlı imkânlarla sahip kesimlerine yönelik politikalar, refah devletinin

Liberalizm kamusal çıkarların birey özgürlüğünün girmek istemediği ancak yetersiz kaldığı ve ortak düzenlemelerin zorunlu olduğu alanlar için kullanılabilmesi bir kamu anlayışına sahiptir.⁵⁶ Liberalizmin bireycilik yaklaşımı üzerinden sağlık hakkı ve sağlık hizmetlerine ulaşabilme tanımı önemlidir. Liberaller, mülkiyeti devletin dokunmaması gereken bir alan olarak görürler. Bu doğrultuda mülkiyet hakkı gibi devletin dokunamayacağı alanlar negatif haklardır. Pozitif haklarda ise devletin topluma müdahalesi bireyin yaşam tarzını şekillendirmesi gibi bir durumu ortaya çıkarır ki sağlık alanı tam da buna örnektir. Ancak sağlık hakkı pozitif hak olarak devletin bu alanda düzenleme yapmasını gerektirir.⁵⁷ Sağlığın bir hak olduğunu ve bu konuda devlete sorumluluk yükleyen anlayış aynı zamanda devletin sağlığa müdahale etmesini de kabul etmiş sayılır. Devlet, sağlıktaki rolü ile bireylerin yaşam tarzına müdahale ederken sağlık hakkı gerekçesi ile kendini meşrulaştıracaktır. Bu bağlamda liberalizme göre, sağlık özel bir alandır ve devlete bırakılamaz.⁵⁸ Dolayısıyla söz konusu anlayış açısından devlet, sağlık alanında sınırlı olmalı ve koruyucu önlemler almakla sınırlandırılmalı; tedavi edici hizmetlerde ise sağlık tamamen özel bir alan olmalıdır. Burada özel alandan kastedilen şey elde edilecek kârdır.

Sağlık hizmetlerinin bireylere sunulan özel bir hizmet olarak bundan yararlananların ücret ödeyeceği bir alana dönüşümü, liberalizmin birey ve toplum anlayışı ile birlikte değerlendirilebilir. Klasik liberalizmin bireyciliğe yaptığı vurgu, ekonomik krizlerle birlikte (neo-klasiklerle) toplumsal ihtiyaçların karşılanması noktasında “topluluğa” ve devletin işlevlerine dönmüştür. Bireycilik üzerine kurulan sistemin temel amacı, girişimcilik üzerinden birikim yaratarak zenginleşmek ve istenen refah düzeyine ulaşmaktır.⁵⁹ Tek tek bireylerin ihtiyaçları ile bütün bireylerin ihtiyaçları arasındaki dengeyi gözetecek tek kurum devlettir.⁶⁰ Devletin bulaşıcı hastalıklara karşı

tanımlayıcı özellikleri olarak yer almaktadır. Ayrıntılı bilgi için Bkz: Uysal Kerman, Türkiye’de Devletin Küçültülmesi Sorunu, Yayımlanmamış Doktora Tezi, AÜ. Siyasal Bilgiler Fakültesi, Ankara, 2006, s.49

⁵⁶ İlker Belek, “Sağlık, Sosyalizm, Kamuculuk Sağlık İçin Sosyalizm Gerekir”, *Toplum ve Hekim*, Cilt:16, Sayı:1, 2001, s.26.

⁵⁷ Özgür Temiz, *a.g.m.*, s.171.

⁵⁸ Coşkun Can Aktan, A. Kadir Işık, “21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık: 21 Hedef”, *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*, (Ed: Coşkun C. Aktan, Ulvi Saran), Aura Kitapları, Ankara, 2007.

⁵⁹ Fizyokratlar ve Klasikler piyasa ekonomisinin sosyal refahın optimizasyonu için yeterli olduğunu ve kamu ekonomisine sınırlı kimi fonksiyonlar dışında gerek olmayacağını savunmuşlardır. Coşkun C. Aktan, *a.g.e.*, 2006.

⁶⁰ 1930’larda New Deal olarak bilinen ve devletin ekonomide yeni bir dönem açtığı bu süreç, ekonomik krizler sonrası yapılan kamusal harcamaların topluma kaymasını tetiklemiştir. 1929 ekonomik bunalımı ABD’de uluslararası finansal kredilerle sağlanan üretime (talep krizi) bağlı olarak hisse senetlerinin gerçek değerinin üstünde alınıp satılmasından kaynaklanmış ve New York Borsası çökmüştür. ABD’nin finansal durumunun kötüleşmesi Avrupa’ya verdiği kredileri durdurmasına neden olmuştur. O dönem ABD en çok krediyi Almanya’ya vermiştir. Almanya, tamirat borcu için İngiltere ve Fransa’ya bu kredileri verirken kredilerin kesilmesi; İngiltere ve Fransa’nın Almanya’da yaptığı tamiratları

bir güç kullanmasını gerektiren, özgür bireylerin piyasa kuralları içinde etkin olmalarını sağlayan kamusal düzenlemelere ihtiyaç duyulur. Bu doğrultuda barınma, sağlık hizmetleri, nüfusun hastalıklardan kırılmasını önleme ve vatandaş unsurunu koruma devletin görevleri arasına girmiştir.

Sağlığın ırk, dil, din, dil, politik inanç, ekonomik ve sosyal durum ayrımı gözetilmeksizin doğuştan kazanılan temel bir hak olduğu, uluslararası bir belge olan DSÖ'nün Anayasası'nda ilk kez 1947 yılında yer almıştır. Sağlık hakkı, 1948 yılında İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25. maddesinde de ele alınmış; Bildirgede "herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut, tıbbi bakım hakkı" olduğu belirtilmiştir.⁶¹ 1965 yılında yürürlüğe giren Avrupa Sosyal Şartı'nın 11. maddesinde sağlığın korunması başlığına yer verilmiş ve sağlığın korumasına yönelik yükümlülükler belirlenmiştir. Avrupa Birliği Temel Haklar Bildirgesi'nin 35. maddesi ise sağlık hizmetleri başlığı altında: "Herkes, ulusal yasalarda ve uygulamalarda belirtilen şartlar çerçevesinde koruyucu sağlık hizmetlerinden ve tıbbi tedaviden yararlanma hakkına sahiptir" ifadesi yer almaktadır.⁶²

Devletin sağlık hizmetlerindeki rolünün hukuki düzenlemesi ise Birleşmiş Milletler Ekonomik Sosyal Kültürel Haklar Sözleşmesi⁶³ (ESKHS) ile belirlenmiştir. Sağlık hakkından doğan devletin yükümlülüğü saygı, koruma ve gereğini yerine getirme (respect, protect, fulfill) doğrultusunda yeniden şekillenmiştir.⁶⁴ Devletin sağlık hizmetlerindeki işlevinin değişiminin anlaşılabilmesi için ESKH Sözleşmesi önemli görülmektedir. Bu sözleşmede yer alan sağlık hakkı tanımları DSÖ'nün Anayasası

durdurmuştur. İngiltere ve Fransa'nın tamiratlar karşılığında Almanya'dan aldığı parayı savaş sırasında ABD'den aldığı borca karşılık ayırıyor olması krizin Avrupa'da yayılmasına neden olmuştur. 1933 yılında ABD Başkanı Roosevelt'in New Deal programı ile devlet, ekonomide baş aktör olmuş sosyal güvenlik uygulamalarından işsizlere maaş verilmesine kadar bir dizi harcama gerçekleştirmiştir. 1935 yılında kamu harcamalarının talep artışı ile ekonomiyi canlandırması görüşü J. Martin Keynes'in İstihdam ve Paranın Genel Teorisi kitabında yer almıştır. Harun Bodur, *Kronolojik 20.yy Siyasi Tarihi*, Yeditepe Yayınları, 2. Baskı, İstanbul, 2013. Amerika'da Sosyal Güvenlik Yasası 1935 yılında Amerika Başkanı Roosevelt tarafından işsizlerin sigortalanması amacıyla çıkarılmıştır. II. Dünya Savaşı sonrasında reformdan geçirilen alan Ulusal Sağlık Yasası'nın çıkarılmasından sonra Ulusal Sağlık Sigortası Başkan Truman'ın popülist politikalarıyla şekillenmiştir. Luis Pina Rebelo, "The Origins and the Evolution of Health Economics: a discipline by itself? Led by Economists, Practitioners or Politics?", *Universidade Católica Portuguesa* (Porto): 16/2007, s.3.

⁶¹ BM, "İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi", <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>, (06.03.2016).

⁶² "Charter Of Fundamental Rights Of The European Union", http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_en.pdf, (06.03.2016).

⁶³ BM'nin 1966 yılında sunduğu sözleşme belirli sayıda üyenin onayından geçtikten sonra 1976 yılında yürürlüğe girmiştir. Türkiye sözleşmeyi 2003 yılında kabul etmiştir. Birleşmiş Milletler Ekonomik Sosyal Kültürel Haklar Sözleşmesi, RG: 25196, 11.08.2003.

⁶⁴ Özgür Temiz, *a.g.m.*, s.176.

niteliğinde olan metnin bir yorumudur.⁶⁵ Bu tanımlar bağlamda devlet vatandaşlarının sağlığını koruyacak, bunu yaparken de sağlığı denetimi altında bulunduracaktır. Ancak yükümlülükten kaynaklanan hizmetlerin yerine getirilmesi için ya kamu kurum ve kuruluşlarının ya da özel sektörün sağlık alanında teşvik edilmesi gerekmektedir. Her ne kadar sağlık hizmeti birçok ülkede kamu tarafından sağlansa da daha sonra ele alınacağı üzere 1980’li yıllardan sonra özellikle neoliberal politikalar ile birlikte sağlık, özel sektör için bir yatırım alanı olarak şekillenmiştir.

Sağlık hizmetlerinde eşitlik, erişim ve hak kavramlarının kullanılması hükümetlerin insan sağlığına önem verdiğini göstermesinin yanı sıra sağlığın, uluslararası örgütlerin de politika alanı haline gelmesini kolaylaştırmıştır. Bu bağlamda yukarıda yer alan tanımlar sağlığın özel sektör için karlı bir yatırım alanı haline dönüşmesinde evrensel yasaların etkisini göstermektedir.

B. SAĞLIK HİZMETLERİNİN HARCAMA DEĞERİ HALİNE GELMESİ

Sağlık hizmetlerinin ayrışması üzerinden devlet ve özel sektörün rollerinin tanımlanması çerçevesinde birtakım kavramlar kullanılmaktadır. Örneğin maliyet, verimlilik, erişim, vb. Söz konusu kavramlar sağlık hizmetlerinde reform çerçevesinde uluslararası örgütler tarafından sürekli dile getirilmektedir. Tezin asıl inceleme alanına geçmeden önce bu kavramların sağlık hizmetleri açısından nasıl kullandığı ve ne anlama geldiğinin tam olarak bağlamına oturtulması gerekmektedir. Böylelikle sağlık hizmetlerinde yapılmak istenen reformların ne anlama geldiği de netleştirilecektir. Sağlık alanında yaşanan dönüşüm, alanda yaşanan sorunlar ve buna yönelik çözüm önerileri bağlamında değerlendirilmelidir. Kamu yönetimi açısından sağlık alanını çözümlenmek reform aracı ile mümkün görünmekte bu da tezi diğer çalışmalardan ayıran temel bir özellik olmaktadır. Dolayısıyla aşağıda ilk olarak sağlık hizmetlerinde yaşanan reform olgusunun ne anlama geldiği analiz edilecektir.

1. Sağlık Hizmetlerinde Reform: Sağlık Hizmetlerinin Piyasa İlişkileri Çerçevesinde Dönüşümü

Teknolojik gelişmelerin ve finansal baskıların artmasıyla kalite ve hasta tercihinin ön plana çıkması, sağlık hizmetlerinin üretimi ve sunumunda reform olgusunu tetiklemiştir. Dünya genelinde başlatılan sağlık reformları, kamu sağlık harcamalarında

⁶⁵ Birleşmiş Milletler “Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi’nin 14 No’lu Genel Yorumu: Ulaşılabilir En Yüksek Sağlık Standardına Sahip Olma Hakkı”, http://insanhaklarimerkezi.bilgi.edu.tr/Books/khuku/saglik_hakki/saglik_hakki_eskhk_14_no_lu_genel_yorumu_ulasilabilecek_en_y.pdf, (04.04.2015).

verimli olunmadığı ve maliyet artışının engellenemediği gibi nedenlerle kamusal sağlık hizmetlerine odaklanmıştır. Özel sektörün sağlık hizmetlerini devletten daha verimli ve etkin bir şekilde yerine getireceği inancı, reform alanı olarak sağlığın piyasa ilişkilerine konu edilmesine neden olmuştur.

Reform, genel anlamda aksaklıkları ve hataları düzeltme, daha iyi hale getirme ya da yeni bir şekil verme anlamına gelmektedir.⁶⁶ Yeniden yapılandırma olarak da ifade edilen kavram sürekli gündeme gelmekte böylece kamu politikası olarak reformun önemini de göstermektedir.⁶⁷ Sağlık, devletin kamu hizmetleri ile somutlaşan yönü olarak devletin bütününde yapılan reformları anlamak açısından önemli bir örnek teşkil etmektedir. Reform sürecinin ‘zorlu bir iş’ olduğu bilindiği için bu süreci başlatacak nedenlerin kriz veya şoklardan kaynaklanan bir “fırsat kollama işi” olduğu ifade edilmektedir.⁶⁸ Bir ülkede yaşanan ekonomik kriz, bütçe krizi, siyasi skandal, vb. sayılan tehditler aynı zamanda reform sürecinin itici gücü olmaktadır. Reformcu olarak tabir edilen uzmanların krizi fırsata çevirme algısı, sağlık alanı için vazgeçilmez bir döngü olarak görülmektedir.

Sağlık reformu, sağlık örgütlenmesini ve politikasını değiştirme amacıyla hazırlanan programların yürütülmesi için uygulanan faaliyetler bütünü olarak ifade edilebilir. Reformun içeriği ise daha çok hizmet önceliklerinin belirlenerek buna uygun politikaların geliştirilmesi, uygulanması ve değerlendirilmesi gibi süreçlerden oluşmaktadır.⁶⁹ Sağlık reformunun ‘doğru’ yapılması için değişiklik yapılacak alanların model olarak alınan bir ülke üzerinden yürütülmesi önem arz etmektedir. Uygulamanın başarıya ulaşması, reformun süreklilik göstermesine bağlıdır. Çünkü reformun çıktılarının alınması uzun yıllar sürebilmektedir.⁷⁰

Reformun sıklıkla başvurulan bir yöntem olarak tercih edilmesi “yapısal reformları küçük değişikliklerden ayrı tutma”⁷¹ düşüncesini de beraberinde getirmiştir. Bu bağlamda reform idari ve yapısal olarak ikiye ayrılmış, kamu yönetiminde idari

⁶⁶ Kenan Sürgit, *Türkiye’de İdari Reform*, TODAİE, Ankara, 1972, s. 9.

⁶⁷ Barış Övgün, “Değişmeyen Kamu Politikası: Kamu Yönetimi Reformu”, *AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Güz 2013, Cilt:13, Yıl:13, Sayı:2, 13, s.327.

⁶⁸ Sağlık Bakanlığı, *Sağlık Reformunun Doğru Yapılması Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi İçin Bir Kılavuz*, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, 2010, s.1-4.

⁶⁹ R. B. Saltman, J.Figueras, “Avrupa Ülkelerindeki Sağlık Reform Stratejilerinin Değerlendirilmesi”, *Toplum ve Hekim*, Cilt: 14, Sayı:5, 1999, s.385.

⁷⁰ Sağlık Bakanlığı, *a.g.e.*

⁷¹ R. B. Saltman ve Joseph Figueras, *European Health Care Reform, Analysis of Current Strategies*, WHO, 1997. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, *Avrupa Sağlık Reformu Mevcut Stratejilerin Analizi*, 1998, Ankara.

aksaklıkları düzeltmek için idari reform kavramı kullanılmıştır.⁷² Devlet örgütlenmesi ve işleyişini değiştiren reformlar ise yapısal reformlar olarak ayrıca incelenmesi gereken bir alan olma özelliği taşımaktadır. Yapısal reformlar aşağıda da ele alınacağı üzere birçok aktör tarafından şekillenirken yarattığı etkiler ise devletin genelini ilgilendirmektedir.

Yapısal reformlar, devletin örgüt ve işleyişini düzeltme için yapılan sınırlı birer reform olmanın aksine; devlet işlevinin sorgulanmasına bağlı olarak devletin genelinde köklü dönüşümler içermektedir.⁷³ Dönüşüm, devlet piyasa karşıtlığı yerine; piyasa dostu devlet söylemi ile küresel piyasalara eklenilebilen bir yapıyı desteklemektedir. Yapısal reform, dışa dönük (ihracata dönük model) sermaye birikimi modelinin izlendiği dönemde -1980'den bugüne uzanan süreçte- uygulanan yapısal uyarılma politikalarının sonucu olarak görülebilir.⁷⁴

Söz konusu dönemde uygulanmaya çalışılan reformlar, uluslararası örgütlerce ekonomik kalkınma ve insan esaslı kalkınma göstergeleri üzerinden yürütülen politikalardan oluşmaktadır. 1990'ların sonuna kadar olan ve başta IMF'nin (International Money Found) para, enflasyon ve işsizlik gibi unsurlar üzerinden istikrarın sağlanmasına yönelik hazırladığı reformlar birinci kuşak, minimal devlet argümanı ile piyasanın işletilmesini öngören reformlar ise ikinci kuşak olarak adlandırılmaktadır.⁷⁵ Mali disiplin, bütçe kısıtlamaları gibi reformlar ilkinde örnek gösterilirken; devletin düzenleyici rolüne vurgu yapan ve kurumsal düzenlemelerin gerçekleştirildiği reformlar ikinci kuşak yapısal reformlara örnek gösterilebilir.

Birinci kuşak yapısal reformlar ile devletin küçültülmesi ve uluslararası ticari ve mali serbestleşmenin yapılacak anlaşmalar doğrultusunda yerine getirilmesi öngörülmektedir. Bu doğrultuda yapılacak düzenlemeler sermayenin gelişimine engel olan kurumların ve mevzuatın yeniden yapılandırılmasına yönelik olmuştur. Birinci kuşak yapısal reformların başarıya ulaşması için piyasanın serbest bırakılması yeterli görülmemiş; devletin etkinleştirilmesi söylemi üzerinden devlete birtakım rol ve sorumluluklar yüklenmiştir. İkinci kuşak yapısal reformlar ise birtakım projeler ve kredi anlaşmaları ile uluslararası aktörlerin belirleyici; devletin de uygulayıcı birim olduğu

⁷² Tekin Avaner, "Kamu Yönetiminde Reform: Bağımlılık Bağlamında Reformun Antropolojisi", Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Bölümü, Yönetim Bilimleri Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2009.

⁷³ Birgül A. Güler, "Devlet Reformu Sorunu", *Liberal Reformlar ve Devlet*, (Haz. Aytül Güneşer), KİGEM Vakfı Yay., Ankara, 2004.

⁷⁴ Tarık Soydan, *a.g.m.*, s.118-119.

⁷⁵ Faruk Ataay, "İkinci Kuşak Yapısal Reformlarda Program Arayışları", *Memleket: Siyaset-Yönetim*, Sayı: 6, 2008, s.1.

reformları gündeme getirmiştir.⁷⁶ Reformların kurumsal düzenlemeler yoluyla piyasayı geliştirmesi düşüncesi ise ikinci kuşak yapısal reformlara örnektir.⁷⁷ Bu doğrultuda piyasanın işlerliğini sağlamak adına mevzuat çıkarılması ve bu mevzuatı uygulayacak bürokratların eğitilmesi gibi adımlarla reformlar da başlatılmıştır.

Sağlık reformuna ilişkin hedeflerin belirlenmesi tek başına bir çözüm olarak görülmemektedir. Mevcut sınırlamaların önüne geçmek için kurum ve kuruluşların yönetim yapılarındaki değişikliklerle ‘kurumsal reforma’ gerek duyulmaktadır.⁷⁸ Bu bağlamda sağlık reformu süreç ve içerik olmak üzere iki şekilde değerlendirilebilir. Sağlık reformu süreç odaklı olarak planlanmalı, uzun vadeye yayılarak sürdürülmeli ve kurumsal yapılarda büyük çapta değişiklikleri içermelidir. Sağlık hizmetlerine ilişkin kurumsal reformlar eskisinden farklı olarak özel sektörün alana dâhil olabilmesi için gerekli adımların atılması ile mümkün görünmektedir.

Temel Sağlık Hizmetleri Reformu ve Erişim Kavramı

Sağlık hizmetlerinde dönüşüm konularının önde gelen başlığı temel sağlık hizmetleri reformudur. Sağlık örgütlenmesinin kırsal düzeydeki eksiklikleri nedeniyle - bina personel, yönetim sorunu gibi- yerel düzeyde sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesine yönelik problemler yaşanırken finans kaynakları da bu sorunlardan biri olarak gösterilmektedir.⁷⁹ Daha önce de belirtildiği üzere kamu hizmetinin özelliklerinden dolayı bir hizmetin yapısının değiştirilmesi ve esnekleştirilmesi zor olduğu için merkezi sağlık örgütlenmesi, yerel düzeydeki idare eksikliğinden sorumlu tutulmuştur. Merkezi idareden yerel otoritelere geçen kaynak aktarımı ve sorumluluklar

⁷⁶ Aslı Yılmaz Uçar, “Kapitalizmde Planlama: Tarihsel ve Toplumsal Çözümleme”, *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt: 47, Sayı: 3, 2014, s.56. DB’nin yayınladığı raporlarda enerji, su, eğitim, sağlık ve taşımacılık gibi hizmetler piyasanın gelişmesi açısından birer reform alanı olarak tanımlanmaktadır. Kamusal ayrıcalıklarla (imtiyaz) özel sektörün yerine getirdiği hizmet alanları kurumsal düzenlemelere ve yapısal reformlara konu olmaktadır. Onur Karahanoğulları, “Hizmet Ticareti Genel Anlaşması (Gats) ve Kamu Hizmetleri”, <http://80.251.40.59/politics.ankara.edu.tr/karahan/makaleler/gatsvekamuhizmetleri.pdf>, (06.04.2016).

⁷⁷ 1994 yılında imzalanan Hizmet Ticareti Genel Anlaşması (GATS) ile kamu hizmetlerinin uluslararası sermaye aracılığıyla yürütülmesi resmileşmiştir. Çok taraflı bir anlaşma olan GATS, hizmet ticaretinin genel ilke ve kurallarını ortaya koyan bir anlaşmadır. IMF ve DB’nin dünyadaki hizmet ticaretinin artmasına ilişkin yayınladığı raporlar, ülke kısıtlamalarının ve piyasa gelişimini engelleyen uygulamaların kaldırılmasının gerekliliğini ortaya koymuştur. Pazar payını artırmak isteyen girişimcilerin uluslararası alanda yatırım yapmasının önündeki engellerin liberalizasyon anlaşmalarını uygulamaktan geçtiği ifade edilmektedir. Mal ve hizmetlerin serbest ticarete konu olması ile kamu hizmet alanlarına uluslararası sermayenin yatırım yapmasına imkân tanınmıştır. DPT, *Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Hizmet Ticaretinin Serbestleştirilmesi Özel İhtisas Komisyonu Raporu*, Ankara, 2000, <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/zel%20ihtisas%20Komisyonu%20Raporlar/>, (05.04.2016).

⁷⁸ Sağlık Bakanlığı, *Avrupa Sağlık Reformu Mevcut Stratejilerin Analizi*, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1998, s.2-3.

⁷⁹ Frederick Golladay, F. Liese, *a.g.e.*, s.44.

iyi örgütlenememiş, sağlık bütçesinde kısıtlamalara gidilmiş ve temel sağlık hizmetleri geliştirilememiştir.⁸⁰

Yukarıda yer alan ifadeler doğrultusunda sağlık hizmetlerindeki en büyük problemin coğrafi erişim problemi olduğu söylenmelidir. Bu konuya önem veren 1978 yılındaki Alma Ata Konferansı ise uluslararası destek görmüştür. Konferansta, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yerine temel sağlık hizmetleri kavramı yerleştirilmiş ve temel sağlık hizmetlerinin daha geniş olduğuna vurgu yapılarak bunun yerinde bir karar olduğu belirtilmiştir.⁸¹ Temel sağlık hizmetlerinin tedavi edici hizmetlerden ayrılmasıyla başlatılan sağlık reformu, devletin ve özel sektörün bu alanlardaki rolünün belirlenmesi ile daha da anlaşılır hale gelmiştir.

Sağlık hizmetlerine erişim, tıpkı katılım kavramı gibi piyasa aktörleri tarafından kullanılmış ve sağlık hizmetlerinden herkesin yararlanması söylemine dönüşmüştür. Mal ve hizmetlerin kullanım durumu olarak kabul edilen erişim; etkili elverişlilik olarak sağlık hizmetlerinde kullanılan bir ölçüdür.⁸² Sağlık durumu ve 'tüketici memnuniyetini' etkileyen faktör olarak erişim, hizmetlerin hangi yerlerde hangi fiyatlar üzerinden elde edildiğini belirler. Etkili elverişlilik olarak da ifade edilen erişim ara performans ölçüsüdür.⁸³

Sağlık hizmetlerine erişimin önündeki en büyük engel, yoksul halkın güvencesiz/sigortasız olmasının yanı sıra ekonomik zorluklar ve coğrafi problemlerdir. Örneğin, 1980'lerde az gelişmiş ülkelerin ancak %10'u sağlık hizmetine erişebilmektedir.⁸⁴ Hizmetlerin vatandaşa uzaklığı gibi coğrafi sınırlılıklar, sağlık hizmetlerine erişim konusunda problem oluşturmaktadır. Bu tür problemleri çözmek adına merkezi idarenin sağlık alanındaki yetkilerinin yerel birimlere devredilmesi; özel sağlık kuruluşlarının coğrafi olarak daha iyi örgütlenmesi, yine merkezi hükümette tümleşik yapıda bulunan sağlık sistemlerinin üretim ve sunumunun birbirinden ayrılması gibi alternatif fikirler ortaya atılmıştır.⁸⁵ Sağlık hizmetlerinde erişim ve herkese sağlık, sağlık hakkı kavramı ile bütünleştirilmiş; hükümetlerin vatandaşları için sağlık hizmetlerini geliştirmesi gerektiği düşüncesi ile farklı bir boyut kazanmıştır.

⁸⁰ Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, *Avrupa Sağlık Reformu Mevcut Stratejilerin Analizi*, Ankara, 1998, s.244.

⁸¹ Frederick Golladay, F. Liese, *a.g.e.*, s.26.

⁸² Marc J. Roberts, William Hsiao, Peter Berman, Michael R. Reich, *Sağlık Reformunun Doğru Yapılması Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi İçin Bir Kılavuz*, Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, 2009.

⁸³ Marc J. Roberts, vd, *a.g.e.*, s.114-115.

⁸⁴ World Bank, *a.g.e.*,1980, s.77.

⁸⁵ *a.k.*

Az gelişmiş ülkeler için kamu kaynaklarının rasyonel kullanılması önem arz ederken DB, daha sonra ele alınacağı üzere yayınladığı raporlar üzerinden kamu ve özel sektörün rollerini belirlemeye yönelik bir dönüşüm kurgulamıştır. Söz konusu dönüşüm, sağlık hakkı gibi önemli bir kavram ile hizmetlere erişimin artırılması bağlamında kullanılırken erişimin kolaylaşması ile talebe cevap verecek yapıların kurulması ise kurumsal düzenlemeler üzerinden kamuya yüklenmiştir. Örneğin DB'ye göre,⁸⁶ temel sağlık hizmetlerinin devlet tarafından verilmesi gerekir, çünkü gelir grupları ve sağlık ihtiyaçları birbirinden farklıdır. Bu ifade doğru olmakla birlikte geliri olmayan kimselerin sağlık ihtiyaçlarının özel sektör tarafından karşılanmayacağı anlamı da taşımaktadır. Başka bir ifadeyle yoksul kesimlerin (özellikle anne ve çocukların gelirinin olmaması) sağlık gereksinimi temel sağlık hizmetlerinin piyasa tarafından sunulmasını engeller. Dolayısıyla bu hizmetler için ayrılan kaynak piyasanın arzladığının ötesindedir. Devletin egemenlik kaynağı olan vatandaşlarının bulaşıcı ve salgın hastalıklar karşısında kırıma uğramalarını engellemek devletin sorumluluğundadır. Dolayısıyla özel sektör kâr elde edemeyeceği alan olarak temel sağlık hizmetlerini tabiri caizse devlete havale etmiştir.

Sağlık hizmetlerinin niteliği gereği bu hizmetleri kamu mu yoksa özel sektör mü yerine getirsin gibi tartışmalar nihayetinde sağlık hizmetlerine tüketici kavramının yerleşmesine neden olmuştur. DB'ye göre, özel sektörün sağlık harcamalarını kamudan daha fazla yapma potansiyeli bulunmaktadır. Çünkü özel sektör, sağlık hizmetlerine yaptığı yatırımlardan harcama değeri beklemektedir. Bu bağlamda sağlık politikaları belirlenirken de kâr amacıyla hareket eden girişimcilerin kararlara dâhil edilmeleri gerekmektedir. Bu anlayışa bağlı olarak sağlık hizmeti tüketicisinin karar verme ile bireysel tercihlerde bulunma hakkına⁸⁷ sahip olduğu ve alternatif sağlık hizmeti isteyebileceği belirtilmektedir. Tam bu noktada özel sektörün sözcüsü gibi hareket eden DB, özel sektörün verimlilik ve eşitlik temelinde gözetilmesi gerektiğini savunmaktadır.⁸⁸ Sağlık hizmetlerindeki tedavi yöntemlerinde bireylere sunulan karar verme ve satın alma özgürlüğü aynı zamanda bir tercih hakkı da sunacaktır.

⁸⁶ a.k.

⁸⁷ 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği ile Türkiye'de söz konusu sistem uygulamaya konulmuştur. Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm hastanelerde Hasta Hakları Birimleri kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, *21 Hedefte Türkiye Sağlıkta Gelecek*, Ankara, 2007, s.149.

⁸⁸ Frederick Golloday, *a.g.e.*

Sağlık hizmetlerinin piyasa ilişkileri açısından dönüşümü yukarıda yer verildiği üzere ilk olarak erişim kavramı çerçevesinde yürütülmüştür. Ancak sağlık hizmetlerini devlet mi yoksa özel sektör mü yerine getirsin tartışması reform çerçevesinde bir çözüme kavuşmamıştır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde reform olgusu bir yandan makro ölçekte gelişmelerin yakalanması diğer yandan da devlete mali bir yük getirdiği gerekçeleriyle reforma konu olmuştur. Örneğin ekonomik kalkınma ve yoksulluğun önlenmesinin sağlık hizmetlerinin gelişimi ile yakından ilişkili olduğu ifade edilmiş⁸⁹ temel sağlık hizmetleri kavramı, özel sektörün arzına talep yaratmak için yeniden kurgulanmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinden ayrıştırılan temel sağlık hizmetleri, devletin yükümlülüğü ile bir tutulmuş; tedavi edici hizmetler için özel sektörün teşvik edilmesi gerekmiştir.

Yukarıda da yer verildiği üzere düşük maliyetli sağlık hizmetlerinin devlet tarafından yerine getirilmesi gerekmektedir. Ancak devletin sınırlı kaynakları sağlık alanındaki örgütlenmesini sınırlandırmakta; vatandaşlar coğrafya, ulaşım ve ekonomik zorluklar nedeniyle sağlık hizmetlerine erişememektedir. DB'ye göre sağlık hizmetleri karmaşık ve yoğun bir yapıda bulunduğu için temel, birinci basamak ve bakım hizmetlerinin birbirinden ayrılması ve devletin bu alanlardan sadece birinde görevli olması istenilmektedir. Dolayısıyla sağlığın teknik yönüne yapılan vurgu kamu hizmeti sınıflandırılmasından çıkarma isteği ile birlikte anlam kazanmaktadır.⁹⁰ DB'ye göre devlet, daha düşük maliyetli olan temel sağlık hizmetlerine yönelmelidir. Çünkü tedavi edici hizmetler yüksek maliyetlidir. Yüksek maliyetlerden dolayı fonların uygun yerlere aktarılması da devletin görevidir.⁹¹

Verimlilik, kaynakların uygun şekilde kullanılması sonucu hem maliyetlerde düşüş hem de aynı kaynaklarla daha fazla vatandaşın hizmetlerden yararlanması

⁸⁹ Frederick Golladay, F. Liese, *a.g.e.*, s.47.

⁹⁰ DB, kamu hizmetlerinin merkezi ve hiyerarşik yapısının aynı zamanda katı kurullarla (strict rules) yönetilmesini gerektirdiği, sağlık hizmetlerinin doğası gereği esnek yapısının kamu hizmeti ile örtüşmediği ve yönetim sorunlarına neden olduğunu belirtmiştir. Frederick Golladay and F. Liese, *a.g.e.*; Charles C. Griffin, *a.g.e.*

⁹¹ Temel sağlık hizmetleri gelişmenin göstergesi olarak içinde birçok amacı barındırmaktadır. Temiz su arzı, katı atık kontrolü, kanalizasyon, nüfus ve aile planlaması sağlık hizmetlerinin devlet tarafından yerine getirilmesi gereken kısımlardır. Kırsal alanlarda sağlık hizmetlerine erişim sorunudur. Devlet insanların sağlığa erişimini sağlamak için kırsal alanda idari olarak örgütlenmeli ve yerel örgütlere liderlik yapmalıdır. Devlet, kooperatif, yerel finans sağlayıcılar, yerel ilaç firmaları, yerel sağlık çalışanlarını örgütlemeli buna uygun bir mevzuat çıkararak işleri kolaylaştıran olmalıdır. Bu süreç gerçekleşirse verimlilik de sağlanmış olur. *a.k.*

anlamına gelmektedir.⁹² Sağlık reformu çalışmaları açısından verimlilik,⁹³ özelleştirme konusu ile doğrudan ilişkilidir.⁹⁴ Verimlilik, iki türlü ortaya çıkmaktadır; bunlardan ilki teknik verimlilik ikincisi ise tahsis verimliliğidir.⁹⁵ Teknik verimlilik, üretim verimliliği olarak da bilinmektedir. Teknik verimlilik, mal ve hizmetin olabildiğince düşük maliyetle üretilmesidir. Teknik verimlilik sayesinde bir hizmet üretilirken vazgeçilen diğer hizmetin maliyeti de hesaplanmış olacaktır. Tahsis verimliliği ise bir ülkenin nihai hedeflerine ulaşmak için gerekli olan çıktıları üretilip üretilmediği ile ilgilidir. Sağlık hizmetlerinde “etkililik” anlamına da gelen tahsis verimliliği, hizmetten faydalananların memnuniyet düzeyleri ile doğrudan bağlantılıdır. Tahsis verimliliği en uygun (doğru) çıktıları üretmek anlamına gelmektedir. Sağlık reformları karşı dirençlere maruz kaldığında verimlilik için insandan teknolojiye tahsis kaydırmak gerekmektedir. Toplumun ihtiyaç duyduğu gerekli tıbbi bilgi ve cihazlara özel sektörün sahip olmasından hareketle, insanların hastalıklardan korkması ve belirli bir ücret ödemek için doktorlara para ayırması durumu bu alana yatırım yapmak için bir önemli bir nedendir.

Verimlilik kavramından ayrılan hakkaniyet kavramı ise insanların sağlık hizmetlerine gereken ölçüde -ihtiyaçları doğrultusunda- ulaşmaları ve mali güçleri oranında hizmetlere katkıda bulunmalarınıdır. Sağlık hizmetlerine ilişkin analizler genel olarak hakkaniyet (equity) ve verimlilik (efficiency) kavramları çerçevesinde yapılmaktadır. Verimlilik mal ve hizmetin kaliteli olmasını ve optimizasyonu gerektirir. Eşitlik ve hakkaniyet, erişim ile doğrudan bağlantılıdır.⁹⁶ İnsanlar modern tıbbi, teknolojik gelişmeleri, medikal cihazlara erişebilmeyi ve alternatif tedavi yöntemlerini tercih edebilmeyi eşitlik kavramı üzerinden arzularlar. Ancak bu iki kavram duruma göre birbirinin önüne geçmektedir. Eşitlik ve hakkaniyet kavramları sağlıkta dönüşüm

⁹² Sağlık Bakanlığı, *a.g.e.*, 2003, s.24. Etkinlik ve verimlilik gibi kavramlar iktisadi rasyonalite bağlamında kullanılmaktadır. Verimlilik, en iyi üretim teknikleri kullanılarak maksimum çıktının alınması anlamına gelmektedir. Zengin, *a.g.e.*, s.85. Ancak burada vurgulanması gereken şey kaynakların rasyonel kullanılması fikrinin kıt kaynaklar üzerinden bölüşüm sorununu doğurmasıdır. Verimlilik ve iktisadi rasyonalite bağlamında sağlık hizmeti sınırlı sayıda insanın hizmetlerden yararlanmasını teşvik etmektedir. Kamu hizmetinin içine iktisadi unsurların sıkıştırılması daha sonra ele alınacağı üzere kullanıcı ücretlerini ortaya çıkaracaktır.

⁹³ Kamu yönetiminde reform çalışmaları açısından verimlilik kavramı performans, toplam kalite yönetimi gibi yaklaşımlar çerçevesinde kullanılmaktadır. Zengin, *a.g.e.*, s.92. Sağlık hizmetlerinde verimlilik konusunun özel sektör tekniklerinin kamuya aktararak kullanılması düşüncesi ile farklı bir boyut kazandığı ifade edilebilir. Ancak kamu hizmeti çerçevesinde devlet örgütlenmesinde bulunan sağlık hizmetleri vatandaşa kamu yararı çerçevesinde sunulurken iktisadi kavramlardan olan verimlilik meseleyi sağlık hizmetlerinde özelleştirmenin yaşanmasına kadar götürmüştür.

⁹⁴ Marc J. Roberts, vd., *a.g.e.*, s.75.

⁹⁵ Örneğin hastane yöneticileri günlük maliyeti hesaplamalı ve bu maliyetin düşük olup olmadığını incelemelidirler. İktisat biliminden yararlanarak hastane içinde üretilen hizmetlerin hangisinin daha maliyetli olduğunun hesaplanması gerekmektedir. *a.k.*, s.114.

⁹⁶ Charles C. Griffin, *a.g.e.*

açısından birtakım tartışmalara neden olmaktadır.⁹⁷ Örneğin alanda yapılan görüşmeler neticesinde eşitlik ve hakkaniyet kavramının kullanımı hakkında aşağıdaki bilgilere ulaşılmıştır:⁹⁸

“Sağlık hizmetleri eşitlik kavramı etrafında şekillenmeye başlasa da bu kavram DB'nin sağlığın sosyal yönünü ön plana çıkarmaya çalıştığı gibi yanılgıya neden olmaktadır. Çünkü eşitlik sağlık hizmetlerinde uygulanamaz. Herkesin eşit oranda sağlık hizmeti ihtiyacı olmadığı gibi eşit oranda sağlık hizmetlerinin finansmanına katılımı gibi bir durum da söz konusu olamaz. Eşitlik kavramı yerine kullanılması gereken kavram hakkaniyettir. Herkesin gelirine ve sağlık durumuna göre hem hizmetlerden yararlanması hem de ücretlendirilmesi gerekmektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin ücretsiz olamayacağı gibi bir durum ile karşılaşmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı noktasında karşılaşılan eşitlik kavramı toplumsal gerçekliğin ötesinde durmaktadır. Hakkaniyet kavramı pozitif ayrımcılık yapmayı gerektirir. Sağlın sosyal yönüne vurgu yapan hakkaniyet kavramı kişiden gelirine göre ödeme alınması, yardıma muhtaç olanlara - herkese eşit değil aksine- daha fazla sağlık hizmeti sunulmasını gerektirir. Toplumun sağlık düzeyinin yükselmesi için hakkaniyet ilkesi doğrultusunda sağlık hizmeti sunulmalıdır.”

Sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda devletin önlem almaması -özel sektörün piyasaya girmemesi- finansal riskleri ve felaketi beraberinde getirecektir. Bu durum ekonomik olarak verimliliğe doğrudan etkide bulunacaktır. Eşitlik kavramının finansal araçlardan herkesin yararlanması anlamına geldiği şeklinde bir mantıksal çözümlenmesi olsa da verimlilik kavramı eşitlik kavramının önüne geçmektedir. Diğer bir deyişle herkesin yararlandığı bir sağlık hizmeti finansal kaynak yaratmıyorsa sistem verimlilikten uzaklaşır ve riskler sistemi yıkabilir. Bireysel ödemeler sistemin teminatı sayılırken söz konusu ödemeleri gerçekleştiremeyenler sistem dışında olacaktır. Bu durum hakkaniyet kavramına zarar verirken risk oranını ise azaltmış olacaktır. Bu düşüncenin arka planında sağlık hizmetlerinde reformun gerekçeleri başlığında da ele alındığı üzere hükümetin ek kaynak yaratarak fon oluşturması bulunmaktadır.

Hakkaniyet ve verimlilik kavramları üzerinden yürütülen sağlıkta dönüşüm, tedavi yöntemleri ve tıbbi cihazların kullanımına vurgu yapmaktadır. Verimlilik, sınırlı olan hükümet kaynaklarıyla sağlık hizmetlerinin ne düzeyde gerçekleştirildiği ve gerekli mi gereksiz mi olduğu sorusuyla ilgilidir. Burada hükümet kaynaklarının önceliklere göre belirlenmesi gerekmektedir. Piyasa şartlarında temin edilmeyen bir sağlık hizmeti alternatif maliyetlerin görülmesini de engelleyeceği için harcamaların görülmesi ve

⁹⁷ Erişim, sağlık hizmetlerinin kırsal alanlarda açılması ve kapatılması konusunda sıkça yaşanan tartışmalardan birine konu olarak hakkaniyet bağlamında değerlendirilmelidir. Fiziksel ulaşılabilirlik, hizmetlerin kullanılabilirliği ve eşitlikçi söylemler açısından sağlık hizmetlerine erişim için yeterli görülmektedir. Etkinlik ve verimlilik söz konusu olduğunda ise kırsal alanlarda maliyetin etkin olmaması gerekçesiyle hizmetler verilmemektedir. Nüfusu az olan yerlerde pahalı olan cihazları kullanmak yerine belirli bölgelerde hizmet vermek daha rasyonel görülmektedir. Bu doğrultuda maliyet ve verimlilik kavramları herkeşe sağlık politikasının (erişimin) önünde bir engel olarak varlığını sürdürmektedir.

⁹⁸ Ankara Üniversitesi'nden R. A. ile 19.01.2017 tarihinde yapılan görüşmeye dayanarak elde edilen bilgilerden oluşmaktadır.

maliyetlerin düşürülmesi imkânsız olacaktır. Piyasada sağlık hizmeti ve sağlık malzemeleri sunulduğu zaman kendiliğinden bir fiyat da olacaktır.

Hakkaniyet kavramı, sağlık açısından birtakım sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu sorunlardan ilki yukarıda bahsedildiği üzere geliri olmayan insanların sistemden yararlanmalarının engellenmesi iken ikincisi, sağlık sübvansiyonlarının özel sektörü sekteye uğratacağı korkusudur. Bu durumda yoksullar tarafından minimum sağlık hizmetlerinin tüketiminin nasıl yapılacağı sorusunu soran uzmanlar, sağlık teşviklerini toplumun geri kalanı için dikkatli bir şekilde kullanmak gerektiği fikrindedir. Uzmanların “*sübvansiyon kontrol edilebilir bir şeydir; ancak hakkaniyet değildir. Eğer kamu sağlık harcamalarının özel sektör maliyetlerinden daha az maliyeti olduğunu düşünüyorsanız; sağlık hizmetlerinin doğrudan kamu tarafından yapıldığı zaman hakkaniyet temelinde bir düzenleme olmadığını göreceksiniz*” sözleri,⁹⁹ hakkaniyet ve verimlilik arasındaki çelişkiyi gösterirken hakkaniyet noktasında devleti sorumlu tutmaktadır. Örneğin, yoksullara ve ihtiyaç sahiplerine verilen desteklerle sağlık sigortasına minimum erişim garantisi verilir. Yoksullara doğrudan sağlık hizmeti vermektense sigorta teşvikleri ile hizmet sunmak daha az maliyetli olabilir ancak temel sağlık hizmetlerinde hakkaniyet ile ilgili problem risk meselesidir.

Tablo 1: Sağlık Hizmetlerine Hükümet Müdahalesinde Verimlilik Kriterleri¹⁰⁰

Piyasa Başarısızlığı	Sağlık Alanı	Hükümetin Rolü
1. Kamu malları Merit (erdemli) mallar	Kamu sağlık hizmetleri	Vergilerle finansman (sağlık eğitimi - temel sağlık hizmetleri)
2. Dışsallıklar	Hava/su kaynaklı bulaşıcı hastalıklar	Vergi finansmanı, mülkiyet hakları, regülasyon
3. Azalan marjinal maliyetler	İlaç araştırma ve geliştirme	Patentler, fiyat düzenlemesi, sübvansiyonlar
4. Piyasa aksaklığı	Sağlık sigortası (felaket riski)	Sübvansiyon, bina yapımı, doğrudan dağıtım
5. Tüketiciler için yetersiz bilgi	Hizmet sunumu ve kalitesine ilişkin hasta/doktor bilgi boşluğu	Regülasyon, doğrudan dağıtım

Tablo 1’de sağlık alanında yaşanacak piyasa başarısızlığı karşısında hükümetin rolüne ilişkin temel bir çerçeve çizilmiştir. Bu doğrultuda hükümetin rolü verimlilik

⁹⁹ Charles C. Griffin, *a.g.e.*

¹⁰⁰ *a.k.*, s.2.

çerçevesinde sınırlandırılmıştır. Tabloda piyasa başarısızlığı karşısında sağlık alanında hükümet müdahalesini haklı çıkaracak nedenler sıralanmıştır. Bunlar -koruyucu olan-kamu sağlık problemleridir. Felakete yol açan hastalıklara karşı korunmanın yolu ise sağlık sigortasından geçmektedir ve bunu yapacak olan hükümettir. İdari maliyetlerin yüksekliği ve risk koruma değerinin pahalı olması sigorta sisteminin kamuya yüklenmesinin en önemli nedenleridir.

Sağlık hizmeti kullanımında kurumsal düzenlemelerin yetersizliği ahlaki çöküntüye ve karşı seçimlere neden olacaktır. Sağlık hizmetlerinde kaybettiklerini sigortadan karşılayacağını uman insanların ters etkisi, bir başka deyişle her durumda hastaneye başvurması, özel sektörün zarar etmesi anlamına gelmektedir. Hakkaniyetten bahsedilirken risk değerine yapılan vurgu burada anlam kazanmaktadır. Bu durumda eğer kapsayıcı/evrensel bir sağlık sigortası isteniyorsa bunu ancak kamu yapabilecektir. Sağlık hizmetlerine yönelik söz konusu ihtiyaçlar ancak kurumsal düzenlemeler (reformlar) ile gerçekleştirilmektedir. Bu durum sağlık hizmetlerinde reform olgusunu tetiklemiş devlet ve özel sektörün alandaki sorumluluklarının belirlenmesine yönelik çalışmalar başlatılmıştır.

Devletin sağlık alanındaki rolünün uluslararası alana taşınması (gerek sağlık tanımlamaları gerekse DSÖ gibi yapılar üzerinden) sağlığın kamusalılığı tartışmalarına yeni bir perspektif sunmuştur. Bu doğrultuda sağlık, aşağıda ele alındığı üzere küresel kamusal mal olarak ayrı bir kategoride değerlendirilmektedir. Sağlık hizmeti toplumun genelinde yarattığı fayda ile birlikte uluslararası işbirliğini de gerektirmektedir. Küresel kamusal mal olarak sağlık, ilk aşamada bulaşıcı hastalıklar ile mücadelede işbirliği ve aşıların geliştirilmesi gibi yardım programlarını kapsamıştır. Ancak sağlık hizmetlerinin kamusalılığına getirilen yorumlar sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından küresel ortaklıklara dayanan işbirliği modellerinin geliştirilmesi ile farklı bir boyut kazanmıştır.

2. Küresel Kamusal Mal Olarak Sağlık

DSÖ'ye göre,¹⁰¹ bir malın kamusal olup olmadığı onun serbest piyasada dolaşımı ile ilgilidir. Herkesin yararlanabileceği ve tüketiminin hiçbir şekilde başkaları tarafından engellenemeyeceği mallar, kamusal mallardır. Kamusal malların tüketiminde rakip olmadığı kabul edilmektedir. Diğer bir ifadeyle özel bir mal kişinin onun ücretini vermesi ile tüketilebilir ya da bir daha aynı üründen bulunmayabilir. Ayrıca bu tür mallar kim önce talep eder ve satın alırsa kuralına göre işlemektedir. Kamusal mallar

¹⁰¹ David Woodward, Richard D Smith, "Global Public Goods for Health A Reading Companion", http://www.who.int/trade/distance_learning/gpgh/en/, (.06.12.2016).

tüketildiği zaman ise bir rekabet ortaya çıkmamakta aksine bunların faydası tüm topluma yayılmaktadır.

DSÖ için sağlık, öncelikle bireyleri koruduğundan tam kamusal mal kategorisinden çıkmaktadır. Bu durum bahçeli bir ev üzerinden şu şekilde örneklendirilmektedir: “*Bir insan evinin bahçesine çim eker, bahçesini güllerle donatır ve bu bahçeyi başkalarının görmesini engellerse ortaya çıkan faydadan sadece kendisi yararlanır. Oluşan fayda ise duvarlar arasında kalır. Ancak kişi bu duvarları kaldırır ise bahçenin önünden geçen insanlar da bu güzellikten faydalanırlar. Ayrıca bu insanlar kendi evlerine de bahçe yapmak isteyerek hem kendi evlerini hem de çevrelerini güzelleştireceklerdir*”.¹⁰² Bu doğrultuda sağlık hizmeti ise iki türlü dışsallık yaratmaktadır. İlk olarak özel sayılabilen ve kişinin kendi sağlığını koruması için gerekli olan hizmetler satın alınacaktır. Nihayetinde bu durum kişinin tabiri caizse kendi canını düşünmesinden kaynaklanmaktadır. Ancak bu aynı zamanda diğer insanların da sağlık kontrolü yaptırması ile ikinci dışsallık durumunu, bir başka ifadeyle toplumsal faydayı ortaya çıkaracaktır. Herkesin kendi sağlığını düşünerek para harcaması doğal görülmektedir. Diğer yandan toplumsal fayda, bireylerin çıkarının toplamı olarak görülmektedir. Bu durum, liberalizmin kamusal hakındaki görüşü ile aynı perspektiften bakıldığını göstermektedir. Ulusal hükümetlerin kendi vatandaşları için sağlık hizmeti sunması aynı şekilde birinci özel duruma örnek verilebilirken uluslararası örgütlerin hükümetler ile işbirliği yapması ise ikinci duruma örnek gösterilebilir.

Küresel kamusal mal, bir malın uluslararası düzeyde temin edilmesinden hareketle ülke koşullarının serbest piyasa ekonomisi ile uyumlu olmasını gerektirmektedir. Küresel kamusal mal “yoksulluğun azaltılması ve kalkınma amacı çerçevesinde gerekli olan mallar” olarak tanımlanmaktadır. Kavram, 1999 yılında Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı’nın (UNDP) *Küresel Kamusal Mallar 21. Yüzyılda Uluslararası İşbirliği*¹⁰³ adlı yayını ile gündeme gelmiştir. Kavram, devlet müdahalesinin yarattığı dışsallığın küresel ekonomiye etkileri bağlamında ele alınmaktadır. Bu doğrultuda sağlık, hem özel hem de kamusal mal niteliğine sahip

¹⁰² a.k.

¹⁰³ Inge Kaul, Isabelle Grunberg vd., *Global Public Goods: International Cooperation in the 21. Century*, UNDP, Oxford University Press, New York, 1999.

olarak birtakım dışsallıklar yarattığı için küresel kamusal mal olarak ifade edilmektedir.¹⁰⁴

Küresel kamusal mal olarak sağlık tanımlamaları birtakım problemlere neden olmaktadır. İlk olarak küresel ifadesi başlı başına sağlığın sermaye ilişkileri açısından yeniden tanımlanması anlamına gelmektedir. İkinci olarak ulus devletleri aşan bir politika haline gelen sağlık, sermaye grupları ve uluslararası örgütlerin politika alanlarına doğru çekilmektedir. Örneğin küresel ısınma ve karbon emisyonu üzerinden geliştirilen söylemler, küreselleşme ile birlikte birçok aktörün politika alanını genişletmiştir. Bu tür sorunlar yalnızca ulus devletlere özgü olmamakla birlikte aynı zamanda dünyayı ilgilendiren ve çözüm bekleyen problemler olarak sıralanabilir. Küresel kamusal mal olarak sağlık, DSÖ'nün politika belgelerinde yer verildiği üzere insanların birbiriyle temas etmesinin sonucunda bir ülkeden çıkarak tüm dünyaya yayılabilecek salgın hastalıklar için kullanılabilir. Doğal olarak DSÖ'nün uyguladığı politikaları meşru gösteren girişimler sağlığın kamusalının daha üst perdeden tanımlanmasını gerektirmektedir. Bu çerçevede salgın hastalıklarla mücadele ve aşı programlarının geliştirilmesi için hükümetlerle işbirliği programlarının yapılması da kabul edilebilir bir durumdur. Dolayısıyla koruyucu sağlık hizmetleri için küresel kamusal mal tanımı yapılabilir. Ancak tedavi edici hizmetler için çok uluslu ilaç ve medikal cihaz firmalarının sağlık politikalarına müdahale etmesi, sağlığın kamusalı tartışmalarına farklı bir boyut katmaktadır. Kâr amacı güden şirketlerin daha fazla ilaç ve cihaz satmak için rekabet etmesi hükümetlerin sağlık harcamalarını da etkilemektedir.

Sağlık, küresel kamusal mal kavramı ile ticari mal kategorisine sokularak uluslararası aktörlerin müdahalelerine bırakılmaktadır. Sağlık risklerini etkileyen faktörlerin başında çevre olduğu için çevreci örgütler, küresel kamusal mal kavramına karşı çıkarak çevrenin ticarileştirilmesi yerine küresel ortak mal¹⁰⁵ kavramını geliştirmiştir. Sağlığın küresel kamusal mal olarak çok uluslu şirketlerin kurallarına tabi olmasının yanı sıra ticari mal olarak sağlık üzerinde yaşanan rekabetin insanlar üzerinde olumsuz sonuçlar doğuracağı ifade edilmelidir. Bu doğrultuda aşağıda da ele alındığı üzere özel sektörün alana yatırımı sonrası sağlık, harcama değeri olarak dönüşüme

¹⁰⁴ Binhan Elif Yılmaz, Sevinç Yaraşır, "Bir Küresel Kamusal Mal Olarak Sağlık ve Finansmanında Resmi Kalkınma Yardımlarının Rolü", *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Maliye Araştırma Merkezi Konferansları*, 55. Seri / Yıl 2011-[1], s.2.

¹⁰⁵ Barçın Ağca, "Çevrecilikte Yeni Bir Kavram: Küresel Kamu Malları", *Aktüel Hukuk Dergisi*, Sayı: 56, Haziran 2004, s.22-23.

uğramıştır. İnsan sağlığının ikinci planda olduğu bu durum elde edilecek kazanç değeri üzerinden kavramsallaştırılmıştır.

3. Harcama Değeri Olarak Sağlık (Value for Money)

Sağlığın kamusalığında yaşanan dönüşümün hizmetleri etkilemesinin temelinde kaynakların verimlilik üzerinden yeniden tahsisine, tüketici tercihlerine önem veren ve eşitliğin sürdürülmesine dayanan reform anlayışı yatmaktadır. Evrensel kapsayıcılığı öne çıkaran sağlıkta dönüşüm, hizmeti sunanlar ile satın alanlar arasında üçüncü parti ödeme sistemlerine¹⁰⁶ önem vermektedir. Hizmet satın alanlar ile hizmet sunumu yapanlar arasında iki tarafla da doğrudan sözleşme yapan (sigorta) şirketler, hem tüketiciler hem de devletin arasına konumlanmak suretiyle çift taraflı bir ödeme sistemini öngörmektedir. Tedavi edici hizmetler arasında yaşanacak rekabetin uzun vadede hem bu hizmetleri geliştireceği hem de koruyucu hizmetlere yansımaları beklenirken; bu rekabetin aynı zamanda harcama değeri yaratması istenmektedir.¹⁰⁷

Maliyet etkinlik ve fayda maliyet analizleri, harcamaya konu olan yatırımların ekonomik etkisini değerlendirmektedir. Ancak bu teorilerde kullanılan kavram setlerine harcama getirisi/değeri olarak çevirebileceğimiz önemli bir kavram daha eklenmiştir. Harcama değeri kavramı gelişmekte olan ülkelerde büyük altyapı yatırımlarında kullanılmaktadır.¹⁰⁸ OECD öncülüğünde sağlık alanına kazandırılan kavram ile sağlık harcamalarının harcama değeri çerçevesinde yapılması gerektiği belirtilmektedir.¹⁰⁹ Maliyet ve verimlilik kavramlarının ölçülmesine yönelik olarak kullanılan kavram, yapılan işin etkililiği olarak da tanımlanmaktadır. Harcamaların etkinliğinin yürütülen faaliyetlerin maliyetine bölünmesi ile ölçülmesi sağlık harcamalarında da kullanılmaktadır.¹¹⁰

Harcama değeri kavramı, sağlık hizmetlerinin kamusalığında yaşanan dönüşümü gözlemlenmek açısından elverişli bir araçtır. Sağlık harcamaları ‘value for

¹⁰⁶ Bir taraf (kamu-özel) sağlık hizmeti sunmakta diğer taraf ise hizmetten yararlanmaktadır. Bunların arasında üçüncü taraf olarak finansal bir aracı bulunmaktadır. Dolaylı finansman olarak adlandırılan sistemde çalışanların, işverenin ve devletin katkısı olmaktadır. Hastanın maliyeti bir fon üzerinden herkesin maliyeti paylaşması esasına dayanmakta bu sistem ise üçüncü parti ödeme sistemi olarak adlandırılmaktadır. Coşkun C. Aktan, Kadir Işık, *a.g.e.*, 2007.

¹⁰⁷ Wynand P. M. M. Van de Ven, “Market-Oriented Health Care Reforms: Trends And Future Options”, *Soc. Sci. Bird.* Vol: 43, No: 5, 1996, s. 655.

¹⁰⁸ Penny Jackson, *Value for Money And International Development: Deconstructing Myths To Promote A More Constructive Discussion*, OECD, 2012, <http://www.oecd.org/development/effectiveness/49652541.pdf>, (04.03.2016)

¹⁰⁹ OECD, *Value for Money in Health Spending*, 2010.

¹¹⁰ OECD, *Achieving Better Value for Money in Health Care: Patterns of Health Care Spending Growth*, 2009.

money' ile bir değer üretmelidir. Özel sektör sağlık yatırımlarını verimli ve etkin bir şekilde gerçekleştirmeli, elde edilen çıktılar ise harcama değeri yaratmalıdır. OECD'ye göre, kaynak israfına yol açan nedenler ortadan kaldırılmalı, gerekirse hakkaniyet kavramı verimlilik kavramının başarıya ulaşması için geri planda bırakılmalıdır.¹¹¹ Bu bakımdan harcama değeri, toplam sağlık harcamalarının faydasının daha verimli olması için kullanılmaktadır.

Harcama değeri, sağlık harcamalarının ekonomik, etkili ve etkin olması, fayda/maliyet analizlerinin yapılması sonucu sağlığa harcanan paranın getirisi için kullanılan bir kavramdır. Kavram, sağlık altyapı yatırımlarının girişimcilere ne kadar kazandıracağını ifade etmek için de kullanılmaktadır. Söz konusu kavram, özel sektörün harcamalarının yanı sıra hükümetlerin yaptıkları harcamalar için de kullanılmaktadır. Kavramın özünde ise gelişmekte olan ülkeler için tahsis edilen kredi ve fonların hükümetlerce etkin bir şekilde harcanması fikri yatmaktadır. Fonların kullanımı, somut olarak projeler üzerinden yapılırken, sonuç odaklı olarak çıktılarından para getirisi beklenmektedir.¹¹²

Aşağıda da ele alınacağı üzere sağlıkta dönüşümün öncüsü olan DB, Afrika Sağlık Forumu'nda harcama değeri kavramının önemine yer vermiştir. DB, sağlık harcamalarının hızının 2012 yılından itibaren azalan oranda da olsa bir yavaşlama kaydettiğini ve sağlık harcamalarının harcama değerine göre yapılması gerektiğini belirtmiştir. Bunun yanı sıra sağlık harcamalarının ilaç tüketimi, sağlık sigortası, sağlık bakımı vb. alanlarda gereksiz yapılması durumunda birtakım önlemlerin alınması gerektiği de vurgulanmıştır.¹¹³

DB, hükümetlerin sağlık harcamalarındaki harcama değeri artışında piyasanın ve hükümet dışı örgütlerin rol almaları gerektiğini ifade etmektedir.¹¹⁴ Hükümetler sağlık bakım ve sosyal güvenlik sistemlerini daha güçlü hale getirmek zorundadırlar. DB, hükümetlere gerekli araçları sunma konusunda kendini sorumlu görmektedir. Bu araçlardan bir tanesi de sözleşme sisteminin getirilmesidir. Sözleşme yöntemi tezin kuramsal çerçevesinde ele alınacağı üzere kamunun özel sektörden mal veya hizmet alma garantisinin mevzuat üzerinden güvence altına alınmasıdır. DB az gelişmiş

¹¹¹ a.k.

¹¹² Amanda Glassman, "A Results-Based Financing Duo: The World Bank and Global Fund", <http://www.cgdev.org/blog/results-based-financing-duo-world-bank-and-global-fund>, (04.03.2016).

¹¹³ World Bank, *Information to Improve Value for Money in Health, Africa Health Forum Finance And Capacity For Results*, 2013. <http://siteresources.worldbank.org/INTAFRICA/Resources/AHF-information-to-improve-value-for-money-in-health.pdf>, (04.03.2016).

¹¹⁴ World Bank, *Public Ends Private Means Strategic Purchasing of Health Services*, (Ed.Alexander S. Preker, Xingzhu Liu, Velenyi, Enis Baris), Washington, 2007, s.1.

ülkelerde özel sektörün sağlık yatırımlarının desteklenmesi gerektiğini belirtirken, aynı zamanda hükümetlerin kamu sağlık alanındaki yatırımlarının güçlü ve zayıf yanlarının belirlenmesini istemektedir. Kapasite yetersizliği gibi durumlarda özel sektörden hizmet satın alınması, sözleşme şartlarına bağlı olarak yapılmalıdır. Bunun için belirli aşamalar bulunmaktadır:¹¹⁵

-Birinci aşama hazırlık aşamasıdır. Fayda/maliyet analizleri yapılır, istatistikler toplanır, personelin işe alınması ve eğitilmesi için gerekli hazırlıklar yapılır.

-İkinci aşama ise deneme ve yanılma aşamasıdır. Sözleşme için pilot uygulamalara geçilir. Belirli hizmet alanları seçilir ve yaşanacak aksilikler tespit edilir.

-Üçüncü aşama, özel sektörün performansı analiz edilerek hükümetin güçlü ve zayıf yönleri hizmet alanlarındaki boşluklar üzerinden tespit edilir. Buna göre daha etkili sözleşmeler hazırlanır, yönetim sözleşmeleri yapılır ve harcama değeri için adımlar atılmış olur.

-Dördüncü aşamada yapılan sözleşmeler diğer alanlara da (mal, hizmet) yayılır. Yönetim tarafından toplanan veri ve istatistikler gözden geçirilir. Sözleşmelerin performansını geliştirmeye yönelik çalışmalar başlatılır. Sonuç olarak kamu ve özel arasındaki rekabet yapılan sözleşmeler ile gerçekleşir ve hükümet ile özel sektör arasında işbirliği de gelişmiş olur.

Harcama değerinin yüksek olması hem tüketicilerin hem de üreticinin iyi bilgilendirilmesine bağlıdır. Örneğin tüketici sağlık sigortasının dışında bir hizmetten yararlanıyor ve paket kapsamında olduğunu bilmiyorsa bu durumda tüketici sorumlu olacak ve hizmetin harcama değeri düşmüş olacaktır. Devletin buradaki sorumluluğu, bilgileri bir sistemde toplayarak analiz etmek ve karşı tarafı da bilgilendirmektir.¹¹⁶ Bu bilgiler doğrultusunda devletin işlevi piyasa başarısızlığı karşısında özel sektör ile bilgi paylaşımında bulunmak ve sağlık yatırımları için gerekli olan istatistikleri toplamak olarak ifade edilebilir. Söz konusu girişimler sağlık reformuna yönelik kurumsal girişimler olarak sağlık hizmetlerindeki problemleri ortadan kaldırmaya yöneliktir. Ancak bu girişimleri değerlendirmek için öncelikle sağlık hizmetlerinde yapılmak istenilen reformu tespit etmek ve buna ilişkin bir çözümleme yapmak gerekmektedir.

¹¹⁵ Abby Bloom (*Health Reform in Australia and New Zealand*, ed A. Bloom, Oxford University Press, Melbourne, 2000)'dan aktaran, World Bank, *Private Participation in Health Services*, (Ed. April Harding Alexander S. Preker), Washington, 2003, s.211.

¹¹⁶ a.k., s.123.

Yukarıda yer verilen konuların teorik yaklaşımlar çerçevesinde ele alınması DB ve DSÖ'nün sağlıkta dönüşüm politikasının anlaşılmasına yardımcı olacaktır. Örneğin, sağlık hizmetlerinin kamusal niteliği, hizmetlerde kamu yararı olup olmadığı, devletin sağlık hizmetlerindeki rolü gibi sorunlar teze Kamu Tercih Teorisi üzerinden bir tartışma zemini yaratmıştır. Sağlık hizmetlerinin harcama değerine dönüşümü için hükümetlerin kurumsal düzenlemeler yapması gerektiği fikri tezde Yeni Kurumcu İktisat Teorisi ile çözümlenmektedir. Devlet müdahalelerin özel sektör üzerinde dışsallık oluşturduğu ve sağlık hizmetlerinde devletin girişimci olarak yer almasının piyasada oluşan maliyetler açısından olumsuz sonuçlar doğurduğu fikri ise İşlem Maliyetleri Teorisi üzerinden analiz edilmektedir.

C. SAĞLIK HİZMETLERİNİN DÖNÜŞÜMÜNE İLİŞKİN TEORİK ÇERÇEVE

Sağlık hizmetlerine arz ve talep kavramının girmesi sağlık ekonomisi disiplini ile başlamış, sağlık hizmetlerinde davranış konu alan teoriler ile (Kamu Tercih Teorisi, Yeni Kurumcu İktisat) sağlık bir yatırım unsuru¹¹⁷ olarak şekillenmiştir. Aşağıda ayrıntılı olarak ele alınacağı üzere bu teorilere göre sağlık hizmetleri piyasada alınıp satılabilen, tüketicilerin tercihi ile şekillenen, devletin müdahale etmesiyle olumlu veya olumsuz dışsallık yaratan ve kurumsal düzenlemeler ile belirlenen bir alandır. Ancak kamu sağlık hizmetleri aynı zamanda kamu yönetimi altında örgütlenen; gerek hizmet sunumu gerekse finansman açısından kamu tarafından yönetilen hizmetlerdir. Sağlık hizmetlerinde reform olgusunun kamu kaynaklarının sınırlı olması ve kaynakların daha rasyonel alanlarda kullanılması üzerine geliştiği ifade edilirse; sağlık hizmetine ayrılan kamu kaynaklarına rağmen hizmetlerin gelişmemesi büyük bir sorun teşkil etmektedir. Bu doğrultuda daha önce de alındığı üzere DB de sağlık hizmetlerinin kamu tarafından dağıtımını aynı zamanda yoksulluğun yaygınlaşmasının¹¹⁸ sebebi olarak göstermiştir.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda kaynakların verimlilik açısından daha rasyonel alanlarda kullanılması gerekmektedir. Kaynakların sınırlı olması iktisat alanına matematiksel işlemlerin girmesine neden olmuş; bu durum İşlem Maliyeti teorisyenlerince yapılan her işlemin maliyetinin ölçülebileceği fikrini ortaya çıkarmıştır. Devlet müdahalesinin olumsuz maliyet doğurduğu ve işlemlerin ölçülememesinin

¹¹⁷ Selma J. Mushkin, "Health as an Investment", *Journal of Political Economy*, Vol. 70, No. 5, Part 2: Investment in Human Beings, 1962. Michael Grossman, *The Demand For Health: A Theoretical And Empirical Investigation*, National Bureau Of Economic Research, Columbia University Press, New York, 1972.

¹¹⁸ Dov Chernichovsky, *a.g.e.*, s.9-10.

piyasalara zarar verdiği görüşü aynı zamanda kurumsal düzenlemeler ile reform yapılmasına yönelik teorik yaklaşımların gelişmesini sağlamıştır.

1. Kamu Kaynaklarının Sınırlı Olması: Kamu Tercih Teorisi

Sağlık hizmetlerinin piyasa ilişkileri doğrultusunda dönüşümü DB'nin sağlık hizmetlerini ayrıştırması politikasına bağlı olarak gerçekleşmektedir. Bir sonraki başlıkta daha ayrıntılı ele alınacağı üzere DB'nin sağlık politikası devletin sağlık hizmetlerinde sınırlandırılması özel sektörün ise teşvik edilmesi gerektiğine yönelik düzenlemeleri içermektedir. Kamu Tercih Teorisi'ne tezde yer verilmesinin nedeni DB'nin sağlık politikalarının temelini bu teoriden almasından kaynaklanmaktadır. Ancak daha sonra ele alınacağı üzere söz konusu teori Türkiye'de uygulanan SDP'ye uyum göstermemektedir. Tezin "Türkiye'nin sağlık hizmetlerinde uyguladığı reformların (SDP) DB politikalarından farklılık göstermesi" iddiası burada Kamu Tercih Teorisi'nin ele alınmasını gerektirmektedir.

DB kaynaklı sağlık reformları Kamu Tercih Teorisi üzerinden ele alındığında üzere kamunun ve özel sektörün sağlık alanındaki rollerinin yeniden tanımlanması gerekmiştir. Bu doğrultuda tezde sağlığın kamusallığında yaşanan dönüşümü daha iyi anlayabilmek için devlet ve özel sektöre yüklenen yeni roller çerçevesinde bir analiz yapmak gerekmiştir.

Kamu ve özel sektör açısından yeni rol ve sorumluluklar sağlık hizmetlerinin harcama değeri yaratıp yaratmadığının belirlenmesi üzerinedir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin ayrıştırılmasına dayalı reform kâr elde edecek alanın belirlenmesine dayalıdır. Kamu Tercih Teorisi diğer alanlarda olduğu gibi devletin kamusal hizmet ve kamu yararı doğrultusunda gerçekleştirdiği sağlık hizmetleri için de karşıt bir teori geliştirmiştir. Bu doğrultuda aşağıda devletin kamu hizmeti ve kamu yararı adına gerçekleştirdiği faaliyetler ve devletin kamu hizmetlerindeki rolü Kamu Tercih Teorisi üzerinden ele alınmıştır.

İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra iktisadi ekollerin insan davranışları ve tercihleri üzerinden geliştirdiği teorilerden birisi olan Kamu Tercih Teorisi; klasik teorinin refah devletin sorunlarına çözüm üretmekte sıkıntı göstermesi üzerine geliştirilmiştir.¹¹⁹ Kamu Tercih teorisyenleri vergi gelirleri üzerinde çalışmalarda bulunarak, mali

¹¹⁹ Rüyeyda Kızılboğa, "Kamu Tercih ve Anayasal İktisat Teorilerinin Değerlendirilmesi", *N.E.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı:2, 2012, s.92.

reforma konu olan harcamaların kamu ve özel sektördeki dağılımının siyasi süreçlerden geçerek belirlendiğini iddia etmişlerdir.¹²⁰

Politik davranışları iktisadi unsurlar üzerinden açıklayan Kamusal Seçim (Public Choice) ya da Kamu Tercih Teorisi; Kenneth Arrow, Duncan Black, James Buchanan, Gordon Tullock, William Niskanen gibi akademisyenler tarafından geliştirilmiştir. Kamu Tercih Teorisi piyasanın kendi kuralları doğrultusunda etkin bir şekilde işlediğini, devlet müdahalelerinin gereksiz olduğunu ayrıca devletin de mal ve hizmet üretiminde piyasa benzeri bir yapıya kavuşturulması gerektiği görüşünü taşımıştır. Kamu tercihi (public choice) kavram olarak kullanan Arrow,¹²¹ kapitalist demokrasilerde kararların iki yöntemle alındığını, bunlardan ilkinin politik ikincisinin ise ekonomik olduğunu belirtmiştir. Piyasa mekanizması fiyatları belirlerken politik durumda ise kişinin statüsünden kaynaklanan bir karar verme durumu vardır.

Kamu Tercih Teorisi bireyler üzerine odaklanmakta; yöntemsel olarak da birey davranışlarını incelemektedir.¹²² Teorinin kurucusu olan James Buchanan ‘*catalaxy*’ ve ‘*homo economicus*’ kavramları üzerinden birey tercihleri ile politik mübadele konularını ele almıştır.¹²³ Buchanan, devleti piyasa mekanizması içinde bireylerin gerçekleştirdikleri değişim işlemi üzerinden tasvir etmiştir.¹²⁴ Dolayısıyla Kamu Tercih, davranış odaklı bir kuram olarak insanların çıkarlarının peşinde koştuğunu varsaymaktadır. Piyasa kuralları bu varsayım doğrultusunda işlemektedir. Siyasi süreçlerin de aynı şekilde işlemesi politik kurumların çıkar doğrultusunda kullanılması anlamına gelmektedir.

Analizlerini kurumların ve mülkiyetin değişimi üzerine yapan Kamu Tercih teorisyenleri, bürokratların bireysel tercihlerinin kurumlar tarafından şekillendirilip şekillendirilmediği sorusu üzerine çalışmalar yapmışlardır. Bu doğrultuda teorisyenler

¹²⁰ Devletin meşruluğunun sosyal sözleşme üzerinden sağlanması, vatandaşların haklarının korunmasını ve hukuk yolunun tesis edilmesini gerektirmektedir. Bu doğrultuda mülkiyet ve haklar, hukuk sınırları çerçevesinde belirlenmeli devlet anayasa ve kanunlar ile sınırlandırılmalıdır. Bu bağlamda temel hak ve özgürlükler, siyasi hak ve özgürlükler, ekonomik hak ve özgürlüklerin de belirlenmesi gerekmektedir. Engin Hepaksaz, “Kamu Tercih ve Anayasal İktisat Teorisi Perspektifinden Anayasal Mali Reform”, *Finans Politik & Ekonomik Yorumlar Dergisi*, 2007, Cilt: 44, Sayı:514, s.90-93.

¹²¹ Kenneth J.Arrow, *Social Choice and Individual Values*, 2d ed. New Haven and London, Yale University Pres, 1978, s.1.

¹²² Coşkun Can Aktan, “James M. Buchanan’ın Politik İktisada Katkıları”, *Türkiye Günlüğü*, 1994, s.44.

¹²³ James M. Buchanan, “The Puplic Choice Perspective”, *Liberty, Market and State Political Economy in the 1980’s*, Harvester Press, 1986, (Çev: Şaban Ertekin), http://www.canaktan.org/ekonomi/anayasal_iktisat/diger_yazilar1/ertekin-buchanan-kamutercihi-perspektifi.pdf, (04.05.2016).

¹²⁴ Charles B. Blankart, Gerrit B. Koester, “Political Economics versus Public Choice”, *International Review for Social Sciences*, Vol. 59, No. 2, 2006, s.2.

bireylerin siyasi süreçleri kendi çıkarları için kullandıklarını iddia etmişlerdir.¹²⁵ Söz konusu çıkarlar ise bürokratların kamu malları üzerindeki tasarruflardır. Devlete ait olan ve bireysel olarak hiçbir katkıda bulunmadığı varlıkları kendi çıkarları için kullanan kimseler, seçim sisteminin aksaklıklarından yararlanmaktadır. Kolektif kullanılması gereken kaynakların israf edilmesi, aynı zamanda bir dışsallık ve maliyet problemi ortaya çıkarmakta ve piyasa bunlardan zarar görmektedir.¹²⁶ Piyasa başarısızlığı tezinin arkasına sığınarak yapılan müdahaleler piyasanın kendi başarısızlığından çok devlet başarısızlığı olarak görülmeye başlamış ve devletin piyasalara daha çok zarar verdiği kanaati oluşmuştur.

İktisat teorilerinin siyasete uygulanması anlamına gelen teoriye göre,¹²⁷ devletin piyasa ekonomisine müdahalesi israfa ve verimsizliğe neden olmaktadır. Teori, kamu maliyesinin kontrol edilmesine bağlı olarak devletin bütçe aracılığı ile müdahale ettiği alanlarda (sağlık hizmeti gibi) etkin olmadığını ileri sürmekte, kaynakların dağılımını ve kullanımını konu edinmektedir. Politik organlar, bürolarının çıkarları için mücadele etmekte ve siyasi ilişkiler bu çıkarlar etrafında şekillenmektedir. İşte bu yüzden kamu rasyonalitesine karşı çıkılarak kamunun piyasa ilişkilerini bozan bir unsur olduğu kabul edilmektedir.¹²⁸

Buchanan, politik karar verme sürecinde yapılan gözlemlere (oy verme, seçmen davranışları gibi) dayanarak anayasaların ve kuralların ortak bir kararla alınmış olmasından hareketle politik örgütlerin çıkarlarının mümkün olduğu kadar sınırlandırılması gerektiğini ifade etmektedir. Politik mübadele, siyasetçi ve bürokratların *homo economicus* (iktisadi insan) olarak çıkarlarını kurumlar aracılığı ile geliştirdiğini göstermektedir. Tercihlerin belirlenmesinde etkinlik kriteri, adalet kriteri ile birlikte kullanıldığında yapılan sınırlamalar anlam kazanmış olacaktır. Piyasalara müdahale edilmesinden kaynaklanan devlet başarısızlığı Kamu Tercihi Teorisi'ne göre bu iki kriter üzerinden değerlendirilmeli ve ortak menfaatlerin korunması amaçlanmalıdır. Ortaya çıkacak maliyetler toplum tarafından ödenen vergiler ile finanse

¹²⁵ P. J. Hill, "Public Choice: A Review", *Faith & Economics*, No.34, 1999, s.1.

¹²⁶ Eamonn Butler, *Public Choice - A Primer*, The Institute of Economic Affairs, Profile Books, London, 2012, s.41-49.

¹²⁷ Selime Güzelsarı, "Kamu Yönetimi Disiplininde Yeni Kamu İşletmeciliği ve Yönetişim Yaklaşımları", *A.Ü. SBF GETA Tartışma Metinleri*, Yayın No: 66, Ankara, 2004, <http://www.politics.ankara.edu.tr/dergi/tartisma/2004/selime-guzelsari.pdf>, (04.05.2016).

¹²⁸ Süleyman Ulutürk, "Yeni Kamu İşletmeciliği Yaklaşımından Hareketle Üniversitelerde Performans Uygulaması Üzerine Bir Değerlendirme", *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt:20, Sayı:4, 2015, s.400-402.

edilmekte ve bu nedenle kuralların reforme¹²⁹ edilerek yeniden tanımlanması gerekmektedir.¹³⁰

Kamu Tercih Teorisi açısından devlet zorunludur ancak etkin çalışmamaktadır. Bürokrasi gereksiz müdahaleleriyle giderek ağırlaşmıştır. Devletin kamu yararı gerekçesiyle toplumun ortak çıkarına (sağlığın kamusalının eleştirisi) yönelik yaptığını düşündüğü faaliyetler aslında tıpkı siyasilerin oylarını artırmak için yaptıkları gereksiz harcamalar gibidir. Bu doğrultuda kamu yararı diye bir şey yoktur. Herkesin yararına bir şey olmadığı gibi bireyler kendi çıkarının peşindedir. Bürokratlar da siyasiler gibi belirli çıkarlar peşindedir. Çıkarlar bazen kendi kurumunun bütçe ve personelini en çoklaştırmakken; kimi zaman bürokratların ikbalini düşünerek yükselmek ve koltuğunu korumak için kullanılmaktadır. Nihayetinde buradan çıkan anlam devletin kamu yararını koruması gibi bir söylemin kayda değer bir yanı olmadığıdır.

Kamu Tercih Teorisi'ne göre, politik kurumlar ve burada çalışanlar kamu yararı¹³¹ yerine kendi çıkarlarını gözetmenin peşinde koşarlar. Kamu adına yapılan harcamalar (sağlık harcamaları gibi) ise bireysel çıkarlardan dolayı gereksiz yere yapılmakta ve sürekli bir artış göstermektedir. Kamunun bu nedenlerden dolayı aşırı büyümesi diğer tarafta yer alan ama kesin çizgiyle ayrılamayan¹³² kurumların çıkarına ters düşmektedir. Sonuç olarak devletin minimize edilmesi ve bunun özelleştirmeden geçtiği fikri perçinlenmiş ve devletin örgütlenmeden işleyişe bütün unsurlarıyla piyasa ilişkilerine dâhil edilmesi ve bu anlamda yeniden değerlendirilmesi gerektiği ifade edilmiştir.¹³³ Bu doğrultuda aşağıda da ele alınacağı üzere Kurumcu İktisat Teorisi'nin devlet üzerinden geliştirdiği yaklaşım, devletin piyasa aktörlerinin gelişmesi için gerekli

¹²⁹ Devletin yetersizliklerinin reform aracılığı ile giderilmesi küçültme ve özelleştirmelerin de önünü açan bir düşüncenin temellerini atarken; aynı zamanda Yeni Kamu İşletmeciliğini de beslemektedir. Yeni Kamu İşletmeciliği (New Public Management) olarak adlandırılan ve bürokrasinin aşırı büyümesine bağlı olarak devletin etkinliğinin gözden geçirilerek minimal devlet anlayışına geçilmesini savunan yaklaşım, İşlem Maliyetleri ve Kamu Tercih Teorisi'nden beslenmiştir. Söz konusu yaklaşımlara göre; devletin piyasa ilişkilerini ve işleyişini diğer aktörlere bırakması halinde, verimlilik ve etkinlik temelinde kaynaklar daha iyi kullanılarak piyasa dengede olacaktır. Piyasa arz, talep, rekabet ve fiyat gibi unsurlar açısından dengede olduğu için sorun devletin etkinlik kabiliyetinin ne olacağına karar verme konusuna kalmıştır. Selime Güzelsarı, *a.g.m.* Özel sektörün geliştirilmesi için devlete getirilen sınırlama, düzenleyicilik rolüyle yeni bir biçime bürünmekte ve bunu yerine getiren hükümetler başarılı olarak görülmektedir. Pablo T. Spiller, "Institutions and Commitment, Industrial and Corporate Change", *ICC*, Oxford University Press, Vol. 5(2), 1996.

¹³⁰ James M. Buchanan, "The Constitution of Economic Policy", *American Economic Review*, Cilt:77, No:3, 1987, s. 247-248.

¹³¹ Yeni Kurumcu İktisatçılar da kamu yararının bir aldatmaca olduğunu ileri sürmüş bu anlamda homo economicus kavramına atıfta bulunmuşlardır.

¹³² Buchanan, kamu ve özel ayrımı yapmanın gereksiz olduğunu zaten kesin bir çizgiyle bu örgütlerin sınırlarının birbirinden ayrılamayacağını ifade etmiştir. James M. Buchanan, *a.g.m.*, 1987.

¹³³ Ozan Zengin, "Günümüz Kamu Yönetiminde Ön Plana Çıkan Yaklaşımlar", içinde *Kamu Yönetimi: Yapı İşleyiş Reformu*, (Ed. Barış Övgün), Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi, Kamu Yönetimi Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayın No: 598, 2009, s.8.

olan sistemi toplumun farklı kesimleri arasındaki koordinasyonu sağlayarak kurması ve etkin bir şekilde işletmesidir.¹³⁴

2. Sağlık Reformlarında Kurumların Kolaylaştırıcılığı: Yeni Kurumcu İktisat Teorisi

Sağlık hizmetlerinde yapılmak istenen dönüşüm belirlenen hedeflere ulaşmada kurumların kolaylaştırıcı etkisini gözler önüne sermektedir. DB kaynaklı sağlık reformları ile reformlar kurumsal düzenlemeler üzerinden sürdürülerek piyasaların geliştirilmesi hedeflenmektedir. Daha önce yer verildiği üzere sağlık reformları çerçevesinde devletin rolü kurumsal ve idari düzenlemeler gerçekleştirerek özel sektörü sağlık alanında teşvik etmektir. Tezde Yeni Kurumcu İktisat Teorisi'ne yer verilmesinin nedeni DB kaynaklı sağlık reformlarının kurumlar üzerine yaptığı vurgudur. Ayrıca sürekli vurgulandığı üzere piyasalara yapılan devlet müdahalesinin ölçülmesi ve işlem maliyetlerinin hesaplanması reformların gerekçesi olarak sunulmaktadır. Yeni Kurumcu İktisat Teorisi, sağlık örgütlenmesi ve sağlık bürokrasisini dönüşümünü anlamının yanı sıra DB reformlarını ve Türkiye'de uygulanan sağlık reformlarını analiz etmek için seçilmiştir.

Kurum, bireyin davranışını düzenleyerek belirsizliği azaltan ve bu anlamda istikrarı sağlayan yazılı olan veya olmayan her çeşit kuraldır.¹³⁵ İnsanlar arasındaki etkileşimi biçimlendiren ve yine insanların oluşturduğu kısıtlama olarak kabul edilen kurum, gündelik hayatın belirsizliğini ortadan kaldırmaktadır.¹³⁶ İnsan ilişkileri ekonomik hayattakiler dâhil olmak üzere güvene dayalıdır. Bu durum güvenilir ve fırsatçı davranışları yasaklayan kurallar ile mümkündür. Bu kurallar, kurumlar olarak nitelendirilir.¹³⁷ Kurumlar sürekli “evrim” halinde olan yapılardır.¹³⁸ İktisadi süreçlerin ve sistemlerin temelinde kurumların yattığına inanılan teori Thorstein B. Veblen ve Commons tarafından iktisat literatürüne kazandırılırsa da¹³⁹ kurumcu kelimesi Walton H.

¹³⁴ Sonay Bayramoğlu, Yönetişim ve Demokrasi İlişkisinde Siyasal İktidar Sorunu: Türkiye’de Bağımsız Düzenleyici Kurumlar, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmış Doktora Tezi, Ankara, 2004, s.26.

¹³⁵ Özge Kama, “Yeni Kurumsal İktisat Okulunun Temelleri”, *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt:13, Sayı:2, 2011, s.183.

¹³⁶ Douglass C. North, Kurumlar, *Kurumsal Değişim ve Ekonomik Performans* (Çev. Gül Çağalı Güven), İkinci Baskı, Sabancı Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2010, s.9-10.

¹³⁷ Wolfgang Kasper, Manfred E. Streit, *Institutional Economics Social Order and Public Policy*, Cheltenham, UK: Edward Elgar, 1998, s.2.

¹³⁸ Kurumsalcılar Thorstein B. Veblen’in İktisat Neden Evrimsel Bir Bilim Değildir? İsimli makalesi ile gündeme gelmiştir. Mehmet Gürsan Şenalp, “Dünden Bugüne Kurumsal İktisat”, içinde *Kurumsal İktisat* (Der. Eyüp Özveren), İmge Yayınevi, Ankara, 2007, s.49.

¹³⁹ Commons, kurumu -tek bir tanımı olmamakla birlikte- statik olmaktan ziyade dinamik, insan davranışlarını anlatan, değişimi ve sürekliliği açıklayan bir kavram olarak ele almıştır. Ömer Demir, *Kurumcu İktisat*, Vadi Yayınları, Ankara, 1996, s.64.

Hamilton'un 1918 yılında Amerikan İktisatçılar Birliği'nde sunduğu *İktisat Teorisine Kurumsal Yaklaşım* adlı tebliğinde yer almıştır. Kavram ile yerleşik¹⁴⁰ (ana akım) iktisat geleneğine karşı çıkılarak alternatif bir görüş olarak kurumcu düşünce yerleştirilmeye çalışılmıştır.¹⁴¹

Ekonomiyi kurumsallaşmış bir süreç olarak gören ekol Kurumcu İktisatçılardır.¹⁴² Kurumcu İktisat¹⁴³ yönetimden ziyade çevre ve *laissez faire* yerine kontrol olarak ifade edilmiştir.¹⁴⁴ Kurumlara yapılan vurgu iktisadın indirgemeci anlayışına karşı çıkışın bir ifadesidir. Çünkü yerleşik iktisat ile piyasanın kendiliğinden bir işleyişi olduğu ve fiyat mekanizmasının iktisadi süreci şekillendirdiği iddia edilmiştir. Adam Smith'ten başlayarak neo-klasik iktisada kadar uzanan rasyonel iktisat, kurumcu iktisat ve ardılları tarafından alaşağı edilmiştir. İktisadi ekollerin kriz ve yapısal dönüşümü açıklamaya yönelik reçete bulma gayesi yapısal reformlar için de bir temel teşkil etmiş, klasik ve neo-klasik ekolün dönüşüm gerekçeleri kurumcular tarafından yanlışlanmıştır.

Kurum kavramı piyasada dengeden ziyade süreci anlatmak için ortaya atılmıştır.¹⁴⁵ Kurumcu iktisat ile sanılanın aksine bireylerin karşısına kurumları koymak yerine; iktisadın çalışma alanının yerleşik iktisadın doğası gereği kurumsal olduğu varsayımından yola çıkılmıştır. Bu nedenle iktisat bilimini sadece piyasa ile sınırlamak yerine kurumsallaşmış bir süreç olarak görmekte fayda vardır.¹⁴⁶ Aynı zamanda şimdiye kadar ekonomiye indirgenen ve politikadan sıyrılan disiplin, kurumsallaşarak politik süreçler ile yeniden siyasal iktisat (political economy) sıfatını da kazanmıştır. Bu anlamda Kurumcu İktisat disiplinler arası bir alan olarak kurumları açıklamaya çalışmıştır.

Kurumcu İktisat, Alman Tarihçi Okulu'nun eleştirileri çerçevesinde şekillenmiştir. Okul, her toplumun kendi dinamikleri olmasından hareketle ekonomik

¹⁴⁰ Yerleşik iktisat kavramı, birçok yazar tarafından ana akım (mainstream) kavramı yerine tercih edilmektedir. Çünkü ana akım kavramının İngilizcede mikro iktisadı ifade ettiği dolayısıyla değişimleri içermediği ifade edilmektedir. Bunun yerine mikro ve makro iktisat ayrımı getirilerek bu problem aşılmaya çalışılmıştır. Ronald H. Coase, "The New Institutional Economics", *The American Economic Review*, Vol. 88, No. 2, 1998.

¹⁴¹ Ahmet Beşkaya, Uğur Ursavaş, "Eski ve Yeni Kurumsal İktisat: Karşılaştırmalı Bir Analiz", *Journal of Business Economics and Political Science*, 2014, Vol:3, No:5, s.3-5.

¹⁴² Eyüp Özveren, "Kurumsal İktisat: Aralanan Karakutu" içinde *Kurumsal İktisat* (Der. Eyüp Özveren), İmge Yayınevi, Ankara, 2007, s.22.

¹⁴³ Kavram, literatürde Kurumsal İktisat ya da Kurumcu İktisat olarak kullanılmaktadır. Tezde kurumsal kelimesi tercih edilmiştir.

¹⁴⁴ John R. Commons, "Institutional Economics", *American Economic Review*, Vol. 21, 1931, s.648.

¹⁴⁵ Özge Kama, *a.g.m.*, s.186.

¹⁴⁶ Eyüp Özveren, *a.g.e.*, s.16-17.

analizlerin doğru bir biçimde yapılabilmesi için iktisadi gelişmelerin tarihsel koşullarının ayrıntılı bir biçimde ele alınması gerektiği görüşündedir. Diğer taraftan zaman ve mekân açısından her yerde geçerli evrensel yasaların olamayacağı da ifade edilmiştir. İktisadi çözümlerinin ayaklarının yere basması ve kurumların hak ettiği değeri görebilmeleri buna bağlıdır.¹⁴⁷ Yerleşik iktisadi eleştiren Kurumcu İktisat ve Avusturya Okulu temsilcileri klasik ve neo-klasik iktisadın kullandığı terimleri birleştirmiş ve kavramsallaştırmıştır. Sonuç olarak kurumlar, bireylerin etkinliğini denetleyen ortak çabaların ürünü olarak yorumlanmaktadır.¹⁴⁸

Kurumcu İktisat teorisyenleri¹⁴⁹ yerleşik iktisadın piyasa dengesini eleştirmektedir. Piyasaların kendiliğinden dengeye ulaşacağı varsayımı reddedilirken rekabet, kıtlık, birey ve bilgi gibi argümanlar üzerinden eleştiriler sıralanır. Kurumcu İktisatçılar yasalar yoluyla iktisadi etkinliğin sağlanması gerektiğini vurgularken piyasa ilişkilerinin iktidar aracılığıyla nasıl şekillendiğini çözümlenmeye çalışmışlardır.¹⁵⁰ İktisat, bireylerin çıkarlarını ve firmaların kârlarını ençoklaştırma arzusunda olmalarını açıklamaya çalışan bir disiplindir. Kurumcu İktisat ise birey davranışlarından geleneklere, kültürel ve sosyolojik bir çıkarımda bulunarak insanların birey veya gruplar halinde örgütlenerek çıkarlarını nasıl sağladıklarına önem vermektedir.¹⁵¹

Ronald Coase'nin 1937 yılında kaleme aldığı *Firmanın Doğası*¹⁵² (The Nature of the Firm) isimli makalede firma, kurum olarak ele alındığı için Kurumcu İktisadın temellerinin bu makale ile atıldığı¹⁵³ iddia edilmektedir. Ancak Kurumcu İktisat'ın öneminin kavranması gecikmiş; 1770-1970 arası dönem yerleşik iktisatçıların hâkimiyeti ile geçmiş ve piyasalara fiyat teorisi damga vurmuştur. 1929 Ekonomik Krizi ve Keynesyen teorilerin baskın çıkması Kurumcu İktisat'ın bir süreliğine de olsa unutulmasına neden olmuştur.¹⁵⁴ Coase, piyasada dengeyi fiyat mekanizması sağlıyorsa firmalar neden vardır sorusu ile kurumsalcılığı hareketlendirmiştir. Varsayımlarda ve kuramlarda gerçeklik ve bütünsellik vurgusu kurumcu iktisadi yerleşik iktisattan ayran

¹⁴⁷ Mehmet Gürsan Şenalp, *a.g.m.*, 2007, s.51.

¹⁴⁸ Emre Özçelik, "Kurumlar, Kurumsal İktisat ve Avusturya Okulu", içinde *Kurumsal İktisat* (Der. Eyüp Özveren), İmge Yayınevi, Ankara, 2007, s.206.

¹⁴⁹ 1974 yılında Gunnar Myrdal, 1991 yılında Ronald Coase, 1993 yılında Douglass North, 2009 yılında Oliver Williamson ve Elinor Ostrom Yeni Kurumsal İktisat'ın öncüleri olarak Nobel İktisat Ödülü almıştır (Yapılan araştırmalar sonucu elde edilen bilgilerdir).

¹⁵⁰ Ömer Demir, *a.g.e.*, s.66-67.

¹⁵¹ Neale'den (1988) (Institutions) aktaran Ömer Demir, *Kurumcu İktisat*, Vadi Yayınları, Ankara, 1996, s.69.

¹⁵² Ronald H. Coase, "The Nature of the Firm, *Economica*", *New Series*, Vol. 4, No. 16, 1937, s.386-405.

¹⁵³ Ronald H. Coase, "The New Institutional Economics", *The American Economic Review*, Vol. 88, No. 2, 1998, s.72.

¹⁵⁴ Ferudun Yılmaz, "Piyasa-Firma Ayrımı Tartışmaları Çerçevesinde Firma Teorisi", *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt:1, 2002, s.69.

en önemli özellik olmuştur. Ekonominin daha geniş bir sistemin parçası olduğu ve insanın her şeyi bilmesinin mümkün olmadığı tezleri Kurumcu İktisadi popüler hale getirmiştir.¹⁵⁵

Yeni Kurumcu İktisat kavramı ise Oliver Williamson tarafından eski kurumsalcılardan (John R. Commons, Wesley Mitchell gibi) ayrılan yanları belirtmek için kullanılmıştır.¹⁵⁶ Yeni Kurumcular neo-klasik teorinin matematiksel dilini kullanmayı tercih etmiştir. Metot olarak eskilerden ayrılan kurumcular neo-klasiklerin kaynakların kıtlığı, metodolojik bireycilik ve rekabet vb. varsayımlarını temel almışlardır.¹⁵⁷ Neo-klasik iktisada karşı somut gerçeklerden hareket eden Yeni Kurumcu ekol indirgemeciliğe karşı çıkmıştır. Ekonomik ve toplumsal hayattaki denge ve düzene karşı çelişiklere vurgu yapmışlardır.¹⁵⁸ Kurumlar, insanların yaşadıkları çevreyi kontrol etmek için düzenledikleri yazılı ve yazılı olmayan kurallardan oluşmaktadır. Bu kurallar aynı zamanda hükümet politikaları, finansal alan ve toplumu yöneten mevzuata ilişkin kurallar, şirket etkinlikleri ve sözleşme ilişkilerini de düzenlemektedir.¹⁵⁹

Neo-klasik ekolün hükümet müdahalesini meşru göstermeye dönük girişimleri Yeni Kurumcular tarafından ağır eleştirilere maruz kalmış, kurumlar üzerinden düzenlemelerin yapılması gerektiği gündeme gelmiştir. Coase'nin 1960 yılında yazdığı *Sosyal Maliyet Sorunu*¹⁶⁰ ve Demsetz'in 1967 yılında yazdığı *Mülkiyet Hakları Teorisi'ne Doğru*¹⁶¹ adlı çalışmalar devleti kurum olarak görerek sınırlamaktadır. Yeni Kurumcu İktisat belirsizliği gidermek için hak ve sözleşmeler kavramlarıyla bireyi ve mülkiyeti korurken; asimetrik bilgi, işlem maliyeti gibi kavramlarla dışsallık yaratan ve ekonomiyi durgunluğa uğratan krizi açıklamaya çalışmıştır. Kuram, yerleşik iktisadın kavramları ile kurumsal iktisadi birleştirerek işlem maliyetleri, hak-mülkiyet hakları, sınırlı rasyonalite, sözleşme, gibi kavramlar geliştirmiştir.

Yeni Kurumcu İktisat'ın teorik çerçevesi mikro ve makro analizler yapılmak suretiyle örgüt, çevre ve kurum üzerinden yürütülmüştür. Makro analizler, kurumların birbirleriyle rekabet veya işbirliği yapabilmeleri için ekonomik birimler arasındaki

¹⁵⁵ Eyüp Özveren, *a.g.e.*, s.27.

¹⁵⁶ Ronald Coase, *a.g.m.*, 1998, s.72.

¹⁵⁷ K. Kıvanç Karaman, "Hukuk, Siyaset ve Uzun Dönemli İktisadi Gelişme" *Marmara Üniversitesi İ.İ.B. Dergisi*, 2013, Cilt:35, Sayı:2, s.32.

¹⁵⁸ Mehmet Gürsan Şenalp, *a.g.m.*, s.50-51.

¹⁵⁹ Tamer Çetin, "Yeni Kurumsal İktisat", *Sosyoloji Konferansları*, No: 45, 2012, s.46-47.

¹⁶⁰ Ronald H. Coase, "The Problem of Social Cost", *Journal of Law and Economics*, The University of Chicago Press, Vol. 3, 1960, s. 1-44.

¹⁶¹ Horold Demsetz, "Towards a Theory of Property Rights", *American Economic Review*, Vol. 57, No. 2, 1967, s. 347-359.

düzenleme olarak ifade edilmektedir.¹⁶² Düzenlemenin konusu ise kaynak yaratma ve bölüşümdür. Bunun için oluşturan zemin, hukuk ve siyasi süreçlerden geçirilerek ele alınmıştır. Örgütler kurumsal düzenlemeleri (kurallar, normlar gibi), kendi çıkarlarını ençoklaştıracak biçimde değiştirmeyi arzularlar. Kurumsal düzenlemelerde bir değişim sonucu -mülkiyet haklarının yeniden dağılımı gibi- bazı insanlar için fayda veya zarara sebep oluyorsa, faydayı maksimize eden kurumsal kurallar seçilir.

Kurumların nasıl ve niçin evrildiğini açıklamaya çalışan Yeni Kurumcu İktisat, kurumsal çevre ve kurumsal düzenleme arasında net bir ayrım yapmaktadır. Kurumsal çevre, üretim, dağıtım ve değişime yönelik düzenlemelerin politik, sosyal ve yasal alandaki yansımalarından oluşmaktadır. Seçimleri, mülkiyet haklarını ve sözleşmeleri yöneten kurallar, kurumsal çevreye örnek verilebilir.¹⁶³ Kurumsal çevre ve ekonomik düzenleme olarak iki şekilde ele alınan yaklaşım, örgütleri ve kurumları da birbirinden ayırmaktadır. Bu bağlamda kâr amacı ile çalışan örgütlerin aslında çevresiyle irtibat kurarak gerçekleştirdikleri işlemlerin maliyetinin kavranacağı (azalacağı) iddia edilmektedir.

Yeni Kurumcu İktisat açısından devlet, piyasa ekonomisinin destekleyicisi ve tamamlayıcısıdır. Ancak devletin üretim, bölüşüm ve dağıtım faaliyetleri ile yarattığı dışsallıklar olumlu ve olumsuz olarak piyasayı etkilemektedir. Söz konusu yaklaşımla tıpkı sağlık hizmetlerinde olduğu gibi piyasanın değer üretip kar elde ettiği alanlarda devletin müdahale etmemesi; piyasanın üretmekte kar göremediği alanlarda ise sınırlı olmak üzere devletin belirli rollerinin olması gerektiği savunulmaktadır. Tezin geneline uyumlu olmak üzere sağlık hizmetlerinde yaşanan reform hareketlerinin arka planında ise devletin oluşturduğu maliyetin ölçülmesi fikri bulunmaktadır. Bu doğrultuda aşağıda da ele alındığı üzere İşlem Maliyeti Teorisi piyasada oluşan maliyetlerin ölçüldüğü ve hesaplandığı; devletin müdahalelerinin ise maliyetinin hesaplanmadığı ve ölçülemediğine anlayışına dayanmaktadır.

3. Kamu ve Özel Sektör Arasındaki İlişkinin Yeniden Düzenlenmesi: İşlem Maliyetleri Teorisi

İşlem maliyetleri; pazarlık ve sözleşme maliyetleri, gözlemlene ve kurallara uyulmaması halinde ortaya çıkacak yaptırım maliyetleri için kullanılmaktadır.¹⁶⁴ Yeni Kurumcu İktisat disiplinin önde gelen isimleri olan John Commons, Ronald Coase ve

¹⁶² Esra Güler, “Geçiş Ekonomileri ve Yeni Kurumsal İktisat’ın Yeniden Yükselişi” *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 13 (1) 2012, s.60.

¹⁶³ Tamer Çetin, *a.g.m.*, s.46-47.

¹⁶⁴ Özge Kama, *a.g.m.*, s191.

Oliver Williamson işlem maliyetlerine önem vermişlerdir. Commons, bireysel hareketler üzerindeki kuralları da işlem ve bu bağlamda maliyet olarak görmektedir.¹⁶⁵ Maliyet anlamında işlem değişim üzerinde kurulmuştur. İşlem, ticari malların değişimi tasvirinin sınırını aşmakta, topluluk ve bireyler açısından mülkiyet haklarının kazanımı ve tasarrufu olarak ele alınmaktadır.¹⁶⁶

Coase, gerçek dünyada ekonomik etkinliklerin sanıldığı aksine çabuk biçim değiştirdiğini¹⁶⁷ ve Adam Smith'in *görünmez el* teorisindeki gibi kendiliğinden dengenin olmadığını vurgulamıştır.¹⁶⁸ Fiyat unsuruna bağlı yapılan açıklamalar örgüt içerisinde oluşan çeşitli faaliyetleri (bir anlamda kurumsal zorunlulukları) görmezden gelmektedir. Coase, bir firmada işlemlerin gerçekleşmesi esnasında maliyet unsurunun fiyat dışında girişimcinin faaliyetlerine bağlı olarak değiştiğini kabul etmektedir.¹⁶⁹ Örneğin teknolojik gelişmeler firmaların işlem maliyetine doğrudan etkide bulunmaktadır ve kurumlar işlem maliyetinin pahalı olduğunu farkındadırlar. Bu doğrultuda sözleşme ve bilgi gibi unsurların işlem maliyeti esnasında ele alınması gerekmektedir.¹⁷⁰

Williamson ise maliyeti *değişim* (exchange) üzerinden ele almıştır. Serbest piyasadaki değişim işlemi maliyeti ortaya çıkarmaktadır. Değişim, müşteri ve firmalar arasında olabileceği gibi kurumlara bağlı olarak da gerçekleşmektedir. Alıcı ve satıcı arasında sözleşme ilişkisinden kaynaklanan değişim, maliyetleri belirlemektedir.¹⁷¹ Ancak belirsiz sözleşmelerde maliyet artacağı için bilginin önemi ortaya çıkmaktadır. Bu doğrultuda işlem maliyeti bilginin ne kadar pahalı olduğuyla alakalıdır. İşlemler, firmalar ve bireyler arasındaki üretim, dağıtım ve bölüşüm sürecini güvence altına alan kurumların mevzuatla/sözleşmeyle sağlam hale getirilmesini kapsamaktadır.¹⁷²

Kurumsal yapıyı belirleyen en önemli faktörlerden bir tanesi de politik kurumlardır. Politik kurumlar, mülkiyet haklarının güvenirliliğini iyileştirerek ve

¹⁶⁵John R. Commons, *a.g.m.*, 1931, s.648-657.

¹⁶⁶ Tuğba Gürçaylılar-Yenidoğan, "Yeni Kurumsal İktisat Geleneğinde İşlem Maliyeti Teorisinin Rolü ve Son Gelişmeler", *Business and Economics Research Journal*, Vol. 4 No.2, 2013, s.110-111.

¹⁶⁷ Ronald H. Coase, *a.g.m.*, 1937, s.386-387.

¹⁶⁸ Ronald H. Coase, *a.g.m.*, 1998, s.73.

¹⁶⁹ Ronald H. Coase, *a.g.m.*, 1937, s. 389-390.

¹⁷⁰ Douglass C. North, *Kurumlar, Kurumsal Değişim ve Ekonomik Performans* (Çev. Gül Çağalı Güven), İkinci Baskı, Sabancı Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2010, s.82-84.

¹⁷¹ Oliver E. Williamson, "Transaction-Cost Economics: The Governance of Contractual Relations", *Journal of Law and Economics*, The University of Chicago Press, Vol. 22, No. 2, 1979, s.240-241.

¹⁷² Tuğba Gürçaylılar-Yenidoğan *a.g.m.*, s.110-111.

sözleşmelerin uygulanmasını sağlayarak işlem maliyetlerini azaltabilirler.¹⁷³ İşlem maliyeti aynı zamanda mübadeleye konu olan şeyin önemli özelliklerini ölçmenin, maliyeti ile hakları korumanın ve anlaşmaları yürürlüğe koyma ve denetim yapmanın bedeli olarak ifade edilmektedir. Faaliyetler ölçme ve yürürlüğe koyma anlamında denetleme maliyetlerinin yanı sıra toplumsal, siyasal ve ekonomik kurumların kaynağı olarak görülmektedir.¹⁷⁴ Ölçüm için ise mübadeleye konu olan işlemlerin değerinin belirlenmesi gerekmektedir. Yukarıda da yer verildiği üzere Yeni Kurumcu İktisat teorisyenlerine göre, devletin müdahale ettiği alanlarda maliyet ölçümünün gerçekleşmediği ve bunun firmalar için olumsuz sonuçlar doğurduğu varsayılmaktadır. Bu bağlamda olumsuzluklar, ölçümün yapılması ve devletin müdahale alanını yeniden düzenlenmesiyle ortadan kaldırılmış olacaktır.

İşlem maliyeti, sınırlı rasyonalite ve mülkiyet hakları ile doğrudan ilişkilidir. Karar vermede bilgi düzeyi azaldıkça işlem maliyetleri artar.¹⁷⁵ İşlem yapmanın maliyeti arttığında ise tarafların mülkiyet hakları, sözleşmelere net bir şekilde yazılamayacak ve piyasa süreçlerine uygulanamayacaktır. Birbiriyle bağlantılı olan işlemler mülkiyet haklarının açıkça belirtilmediği durumlarda da ortaya çıkar ve işlem maliyetleri artar.¹⁷⁶ İşlem Maliyetleri Teorisi çerçevesinde üretim için gerekli olan hammaddenin etkinlik ve verimlilik çerçevesinde nasıl tedarik edileceği aynı zamanda karar problemini de ortaya çıkarmaktadır.¹⁷⁷ İşlem Maliyeti Teorisi'nin varsayımı ise piyasa başarısızlığı üzerine kuruludur. Piyasa başarısızlığı bilgiye ulaşma açısından karşılaşılan sorunları konu edinmekte ve sınırlı rasyonalite üzerinde durmaktadır.¹⁷⁸

Sınırlı Rasyonalite Teorisi

İktisadi rasyonalite, *homo economicus* (iktisadi insan) üzerinden yükselerek klasik ve neo-klasik iktisatçıların kullandığı bir argüman haline gelmiştir.¹⁷⁹ Klasiklerin temel aldığı birey, piyasa aktörlerinin davranışlarının açıklanmasına yönelik bir gösterge işlevi görmektedir. Homo economicus, rasyonel hareket ederken çeşitli seçenekler arasından tercihlerine uygun olanı en büyük fayda artışını sağlayacak

¹⁷³ Yıldırım Beyazıt Çiçen, "Türkiye'de Ekonomik Performansın Kurumsal Temelleri: Yeni Kurumsal İktisat Perspektifi" Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2015, s.1-2.

¹⁷⁴ Ahmet Beşkaya, Uğur Ursavaş, *a.g.m.*, s.8-11.

¹⁷⁵ Mehmet Gürsan Şenalp, *a.g.m.*, s.63.

¹⁷⁶ Tamer Çetin, *a.g.m.*, s.63-64.

¹⁷⁷ Orhan Çoban, "Endüstri İktisadı: Kavramlar, Olgular ve Etkileşimler", *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, Cilt:3, Sayı:1, 2002, s.165.

¹⁷⁸ Hacer Özgen, "İşlem Maliyetleri Teorisi: Sağlık Hizmetleri Sunumunda Sözleşme mi Yoksa Örgüt Yapılanma mı?", *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt: 35, Sayı:2, 2002, s.52.

¹⁷⁹ Metin Sarfati, "Rasyonalite ve Neoklasik Kuram", *Ekonomik Yaklaşım*, Cilt: 16, Sayı: 57, s.104.

biçimde seçmektedir.¹⁸⁰ Yerleşik iktisat bireylerin yararlarını ençoklaştırmaya dönük faaliyetlerini rasyonel insan olarak tanımlamıştır. Rasyonel davranış ise bireyin sınırlı kaynaklarla elde edilebilecek en iyi sonucu tercih ettiği varsayımına dayanmaktadır.¹⁸¹

Rasyonel karar verme, ekonomistler tarafından kıt kaynakların kullanımında ifade edilen bir teoridir. Herbert Simon bu teoriyi reddederek klasik teorinin başarısızlığı (eksik rekabet, belirsizlik) üzerinden örgütlerdeki karar alma mekanizmalarını incelemiş, tam bilgi akışının mümkün olmadığını *sınırlı rasyonalite* (bounded rationality) kavramıyla ele almıştır.¹⁸² Tam akılcı olan birey seçimleri hakkında tam bir bilgiye sahiptir ve vazgeçtikleri karşısında kaybettiği veya elde ettiğinin de bilgisine sahiptir.

Yerleşik iktisatçılar tam bilgi ve rasyonel insan ile belirsizliğin olmadığı dünyada kurumlara da ihtiyaç olmadığını iddia etmişlerdir.¹⁸³ Simon, sınırlı rasyonalite kavramı ile her şeyin bilgisine sahip olunamayacağını çünkü insanın yararları değil; doyumunu olduğunu bu nedenle doyuma ulaşan insanlar için yararın önemli olmadığını vurgulamıştır. İnsan bireysel tercihlerde bulunurken, yarar yerine kişisel alışkanlıklarının şekillendiği toplumsal etkiler altında kalarak tercih yapmaktadır. Birey tercihlerinin rasyonel insan üzerinden algılanması aynı zamanda piyasanın tam rekabet halinde çalışmasını gerektirir. Çünkü tam rekabet halinde bilgi önemsizdir ve bilginin maliyeti sıfırdır. Ancak kurumlar bilginin maliyeti konusunda önemli bir pozisyona sahiptir.

Sınırlı rasyonalite,¹⁸⁴ insanların işlem yaptıkları ortamda tahmin edemedikleri veya müdahalede bulunamadıkları değişimlerdir. Sınırlı rasyonalite aynı zamanda insanların işlem için gerekli bilgiyi toplama, değerlendirme ve doğru karar verme sürecinde çevresel belirsizlikle sınırlandırılmaları anlamı taşımaktadır.¹⁸⁵ Örgüt içinde birey, karar verici olarak ele alınmaktadır. Kararlar sonrası örgüt yapısında değişiklikler yaşanmakta ve bunda bireylerin etkisi iki şekilde ortaya çıkmaktadır. Bu bağlamda birey

¹⁸⁰ Felix Müller, "Hukukun Ekonomik Teorisi", (Çev. Ahmet M. Güneş), *Küresel Bakış*, Yıl:1, Cilt:1, Sayı:3, 2011, s.7-8.

¹⁸¹ Filiz Baloğlu, "Rasyonalite ve Ekonomik Sosyoloji", *İstanbul Üniversitesi Sosyoloji Konferansları Dergisi*, S.26, 2000, s.217.

¹⁸² Herbert A. Simon "Rational Decision Making in Business Organizations", *The American Economic Review*, Vol.69, No.4, 1979, s.493.

¹⁸³ Mehmet Gürsan Şenalp, *a.g.m.*, s.62-63.

¹⁸⁴ Sınırlı rasyonalite Yeni Kurumcu İktisat Teorisi'nin kullandığı kavramlardan birisidir. Sözleşmecilik, mülkiyet hakları, işlem maliyeti gibi teoriler YKİ içinde ele alınan konular arasındadır.

¹⁸⁵ Hacer Özgen, *a.g.m.*, s.52.

kendi faydasının yanı sıra toplumsal faydayı da göz önünde bulundurur. Bireylerin aldığı kararlar toplumun geri kalan üyelerinin kararlarından bağımsız değildir.¹⁸⁶

Mülkiyet Hakları Teorisi

Ekonomide hangi kaynağın ne zaman, nasıl ve kimin adına kullanılacağına kim ve nasıl karar verebilir? Bu soru mülkiyet kavramını ön plana çıkarmaktadır. Devletin yaptırımları mülkiyet haklarının uygulanması açısından önemli bir etkiye sahiptir. Bu aşamada mülkiyet haklarının karşılanması ve korunması bir zorunluluk olarak karşımıza çıkmaktadır. Devlet, baskı ve yaptırımların yerine getirilmesi yetkisine sahip bir kurumdur. Bu bağlamda hukuk da piyasa ilişkilerinin devamı ve sözleşmelerin yerine getirilmesi için ‘zoru’ bir araç olarak kullanır.¹⁸⁷

Mülkiyeti koruyabilmek adına öne çıkan hak kavramı, ekonomik anlamda mülkiyet hakları ve yasal anlamda haklar olmak üzere iki ayrı anlamda kullanılmaktadır. Bir varlığın kullanım hakkı aynı zamanda devlet tarafından tanımlanarak -yasallık kazanmasına bağlı olarak- kişilere özgü olabilir. Mülkiyet hakkı sözleşmeden doğan bir hak olarak diğer kişilere kullandırılmasına, gelir elde edilmesine ve başkalarına devretme hakkına dayanmaktadır.¹⁸⁸ Bir kişinin bir varlık üzerinde mülkiyet hakkının olması, ona mülkiyet üzerinde tasarruf etme ve davranış geliştirme yetkisini vermektedir. Söz konusu yetki diğer insanların hak sahibine karşı davranışlarını da belirlemektedir.¹⁸⁹ İşte tam bu noktada mülkiyet ilişkileri birtakım kurallar üzerinden düzenlenmekte ve kurumların yaptırımı ile karşılaşılmaktadır. Başka bir deyişle mülkiyet üzerinden kazanılan hak aynı zamanda düzenleme konusu yapılan varlığın korunmasını da içermektedir.

Horold Demsetz, *Mülkiyet Hakları Teorisine* adlı eserinde mülkiyet haklarını başkalarına fayda veya zarar verme hakkı olarak tanımlamaktadır. Piyasada gerçekleşen işlem sonrasında ortaya bir değer çıkmaktadır. İşte bu değer bir anlamda mülkiyet hakları anlamına gelmektedir. Aynı zamanda mülkiyet hakları değişim üzerinden yapılan düzenleme esasında zarar gören kişilerin haklarının korunmasıdır. Mülkiyet haklarının önemi dışarıdan etkilenenler için fayda ve maliyetin hesaba katıldığı zaman

¹⁸⁶ Özge Kama, *a.g.m.*, s190.

¹⁸⁷ Engin Topuzkanamış, “Max Weber’de Ekonomi, Hukuk ve Rasyonalite”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, Cilt: 14, Sayı: 2, 2012, s.259. Sağlık hizmetlerinin kamusal niteliği üzerinden özel sektöre tanınan ayrıcalıklar bu bağlamda değerlendirilebilir.

¹⁸⁸ Yoram Barzel, *Economic Analysis of Property Rights*, Cambridge: Cambridge University Press, (Second Edition), 1997, s. 3-5.

¹⁸⁹ Ahmet Beşkaya, Uğur Ursavaş, *a.g.m.*, s.8-11.

ortaya çıkmaktadır.¹⁹⁰ Dışsallığın ortaya çıkardığı maliyet problemi sosyal maliyet olarak işlemlere yansıtılmış ve bunu hesaplamanın piyasa açısından fiyat sistemini düzgün çalıştıracacağı iddia edilmiştir.¹⁹¹ Coase, serbest piyasa mekanizmasının iyi bir şekilde çalışabilmesi için mülkiyet haklarının yerleştirilmesi gerektiğini ileri sürmüştür.¹⁹² Mülkiyet hakları bu anlamda devlet tarafından saygı görmeli ve korunmalıdır. Mülkiyete konu olan maldan yararlanmak isteyen kimseler ise bunun karşılığını mal sahibine ödemek zorundadır.

Mülkiyet Hakları Teorisi'nde mülkiyet, insan doğasının bir parçası olarak görülmektedir.¹⁹³ Mülkiyet, iktisattaki kıtlık olgusu gibi sınırlıdır. Mülkiyetin sınırlı olması kullanım hakkının da bir veya birkaç kişiye bağlanması sonucunu doğurur. Mülkiyet, insanların birbiriyle ettiği rekabet sonucu ödedikleri bedel üzerinden değer görür.¹⁹⁴ Bu anlamda bir insanın kaynakları kullanma hakkı mülkiyet hakları olarak ifade edilmektedir.¹⁹⁵ Daha detaylı ele alınacak olursa mülkiyete konu olan haklar üç özelliği barındırır.¹⁹⁶ İlk olarak, varlığın somut olması gerekmektedir. İkinci olarak, hakların tanımlanması ve açık bir şekilde ifade edilmesi gerekir ki bu kaynakların bölüşümünde belirleyici olacaktır. Son olarak, bir varlığa ilişkin hak tahsis edilmiş olmalıdır. Tahsis belirli insana ya da gruplara özgü olabilir. Bu doğrultuda mülkiyet hakları, bireylerin mevcut kaynakları etkin biçimde kullanabilmeleri için oluşturdukları çeşitli düzenlemelerdir.¹⁹⁷ Bu durumda karşımıza sözleşme teorisi çıkmaktadır.

Sözleşme Teorisi

İşlem Maliyetleri Teorisi çerçevesinde sınırlı rasyonaliteden kaynaklanan belirsiz maliyetleri azaltmak ve eksik rekabeti engellemek adına sözleşmelerin yapılması gündeme gelmiştir. Sözleşmeler firmaların kendi aralarında bilgi saklayarak fırsatçılık yapmalarına engel olurken bir anlamda da güvence niteliği taşımaktadır. Tarafları eksik sözleşmeye götüren başlıca unsur sınırlı rasyonalitedir. Piyasada işlem yapan birey ya da firmaların bilgi düzeyi değişkenlik göstermektedir. Farklı bilgi düzeyleri bunu kullanmak isteyenler için bir fırsata dönüşmekte ve bu durum tarafların

¹⁹⁰ Harold Demsetz, *a.g.e.*

¹⁹¹ Ronald H. Coase, "The Problem of Social Cost", *Journal of Law and Economics*, The University of Chicago Press, Vol. 3, 1960.

¹⁹² Ronald Coase, "The Federal Communications Commission", *Journal of Law and Economics*, Vol:2, 1959, s.14.

¹⁹³ Geoffrey M. Hodgson, "The Economics of Property Rights' is About Neither Property Nor Rights", <http://web.law.columbia.edu/sites/default/files/microsites/law-economics-studies/2014110>, (14.04.2016).

¹⁹⁴ Özge Kama, *a.g.m.*, s.189.

¹⁹⁵ Mehmet Gürsan Şenalp, *a.g.m.*, s.69.

¹⁹⁶ Tamer Çetin, *a.g.m.*, 2012, s.63-64.

¹⁹⁷ Özge Kama, *a.g.m.*, s.198.

birbirlerini gözlemlenmelerini engellemektedir.¹⁹⁸ Eksik olmayan bir sözleşmenin getirileri, fırsatçı davranışlardan etkilenmeme, sözleşmelerin yeniden düzenlenmesinden kaynaklanan tasarruflar ve sözleşmenin eksiksiz yapılmasına bağlı olarak maliyet düşürme olarak sıralanabilir.¹⁹⁹

Devletin yaptırımlara dayanarak sözleşme kurallarını uygulaması mülkiyet haklarından kaynaklanan bir bedelin ödenmesini gerektirmiştir. Aynı şekilde sözleşme yükümlülüğüne uyularak işlemin belirlendiği gibi yapılmaması veya işlem den vazgeçilmesi durumunda aynı yaptırımların devreye girmesi durumu sözleşmecilik²⁰⁰ açısından da önemli görülmektedir. Neo-klasik teoriye *sözleşme* (contract) kavramını ekleyen Yeni Kurumcular değişimi idare eden yapıları işlemlerde verimliliği de hesaba katacak şekilde ele almışlardır.²⁰¹

Sözleşme, asimetrik bilgiden kaynaklanan *ters seçimleri* (advers selections) engellemek için taraflar arasında yapılan güvene dayalı bir anlaşmadır. Alıcı ve satıcılar arasında ticarete konu olan mal hakkında bilgi düzeyleri birbirinden farklıdır. Satıcı, mal hakkında alıcıya göre daha fazla bilgiye -malın kalitesi ve kullanılabilirlik düzeyinin bilgisine- sahiptir. Ancak alıcı ise bu bilgiye sahip olmadığı için belirlenen fiyatın altında bir fiyat önerecek ve piyasa şartlarının altında bir fiyat karşısında satıcı piyasadan çekilecektir. Fiyatın altında kalan malın karşısında daha düşük bir kalitede mal bulunmasına rağmen verimli bir tercih yapılmayacak ve ters seçim etkisi doğacaktır.²⁰² Bu doğrultuda ters seçim etkisinin bilgi eksikliğine bağlı olarak alıcı ve satıcı arasında sözleşmenin kurulması ihtiyacını doğurduğu söylenebilir.

Sözleşmeler, belirli bir mevzuat çerçevesinde kişilere tanınan hak ve özgürlükler ile işlem yapılmasına imkân tanımaktadır. İşlem sırasında karşılaşılan bilgi problemleri sözleşmeleri eksik hale getirmekte ve taraflar bundan zarar görebilmektedir. Sözleşme bu anlamda gelecekte yaşanabilecek olası sorunlar karşısında bir kurtarıcı vazifesi görmektedir.²⁰³ Mevzuatı uygulayacak bürokratların piyasa ekonomisine uygun işlemler gerçekleştirmeleri ve kurum olarak yapılan müdahalelerin maliyetlerinin hesaplanması

¹⁹⁸ *a.k.*, s.196.

¹⁹⁹ Stéphane Saussier, "Transaction Costs and Contractual Incompleteness: The Case of Électricité de France", *Journal of Economic Behavior and Organization*, Vol.42, 2000, s.193.

²⁰⁰ Sözleşmeler firmaların kendi aralarında olduğu gibi devleti de konu edinmektedir. İki tarafı da bağlayan sözleşmeler devletin üstün olduğu ve tek tarafı bağlayacak şekilde değil; özel sektör ilişkisinin devlet içine uyumlaştırılmasıdır.

²⁰¹ Hacer Özgen, *a.g.m.*, s.50-51.

²⁰² Salih Alp, "Avusturya Okulu Bilgi Teorileri ve E-Ticaret Çerçevesinde Akerlof'un Limon Piyasa Modelinin Değerlendirilmesi", *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, Cilt:5, Sayı:1, 2010, s.175-177.

²⁰³ Özge Kama, *a.g.m.*, s.196.

gerekmektedir. Bu doğrultuda devletin ‘düzenleyici’ işlevine yapılan vurgu ona birtakım sorumluluklar da yüklemekte, regülasyon kavramı da sözleşme olarak ele alınmaktadır. Taraflar arasındaki müzakere süreçleri ve sözleşmelerin yeniden ele alınması düzenleyici sözleşme kapsamında bir maliyeti içermektedir. Bu doğrultuda maliyetlerde yaşanacak herhangi bir problem ancak kurumsal düzenlemeler ile aşılabilir.²⁰⁴ Yukarıdaki ifadelerden taraflar arasında önceden düzenlenmiş bir sözleşmenin yokluğunun işlemlerin belirsiz olmasına ve dolayısıyla maliyetlerin artmasına neden olacağı yönünde bir çıkarım yapmak mümkündür. Bu çerçevede kurumsal (resmi) yapılan sözleşmeler söz konusu teoriye göre maliyet artışının önüne geçerek verimlilik artışını sağlayacaktır.

Yukarıda yer verilen sınırlı rasyonalite, mülkiyet hakları ve sözleşme gibi teoriler İşlem Maliyetleri Teorisi’nin en belirgin unsurları olarak ifade edilebilir. Özel sektörün faaliyette bulunduğu bir alanda (sağlık alanında) işlem yapan devletin piyasa açısından zararlı sayılabilecek hareketleri özel sektöre tanınan mülkiyet hakları (hastane ruhsatı verme, fiyat düzenlemesi yapma) ile kontrol altına alınabilir. Aynı şekilde devlet ve özel sektör arasında kurumsal düzenlemeler yoluyla sözleşme yapılması da özel sektörün maliyetlerinin azalmasını sağlayacaktır.

Tezin genelinde ele alınan reformlar çerçevesinde sağlık, devletin olumlu ve olumsuz müdahaleleriyle dışsallık oluşturduğu bir alan olarak kurumsal düzenlemeler yoluyla özel sektör girişimlerine açılacaktır. Devlet yasal, politik ve hukuki düzenlemeler yoluyla sağlık alanında yeni bir dağıtım mekanizması kurarak özel sektörün alandaki faaliyetlerini kolaylaştıracaktır. Tezde sağlık, Yeni Kurumcu İktisat ve İşlem Maliyetleri Teorisi’ne göre değerlendirildiğinde aşağıdaki unsurların birbiriyle uyum gösterdiği görülmektedir.

-Devlet sağlık alanından tamamen çekilmemeli; özel sektöre güvenilir bilgi kaynaklarını açmalı,

-Mülkiyet hakları teorisinde yer verildiği üzere ruhsatlandırma işlemleri ile dağıtım ve bölüşüm işlerini düzenlemeli (özel hastanelerin açılışında olduğu gibi),

-Sözleşme teorisine özel sektörün ürettiği hizmetlerin bir kısmını doğrudan satın almalıdır.

²⁰⁴ Örgütler ticarete konu olan mal ve hizmet değişimini verimli bir şekilde gerçekleştirememekte bunun sebebi ise piyasa başarısızlığına bağlanmaktadır. Dolayısıyla serbest piyasada sözleşme yöntemi ile örgütlerde verimliliğin sağlanacağı iddia edilmektedir. Tamer, Çetin, “Devletin Ekonomiye Müdahalesinin Kurumsal Maliyeti”, *Çimento İşveren Dergisi*, 2007, s.43.

Yukarıda yapılan çözümler doğrudusunda; reformlar ile sağlığın devletin faaliyet alanından tamamen çıkarılmadan özel sektörün de göz önünde bulundurulması, yapılacak işlemlerin ise piyasa ilişkileri çerçevesinde düzenlenmesi gerektiği sonucuna varılabilir.

Yukarıda yer verilen üç kuram (Kamu Tercihi Teorisi, Yeni Kurumcu İktisat ve İşlem Maliyetleri Teorisi), tezin konusu olan SDP'yi açıklayabilmek adına belirli açılardan uyuşmaktadır. Bunlardan bazıları Türkiye'nin sağlık reformlarını açıklama açısından yetersiz olsa da DB'nin önerdiği sağlık reformu ile uyuştuğu için burada yer almıştır. Sağlıkta dönüşümün Türkiye açısından açıklanamayan kısmı Kamu Tercihi Teorisi'nde görülmektedir. Üçüncü bölümde ele alınacağı üzere devletin şehir hastaneleri adı verilen yapıyı özel sektöre devretmek yerine kendisinin işletmesi ve bunu kamu yararı adı altında kamusal ayrıcalıkları kullanarak yapması Kamu Tercihi Teorisi'ne uymamaktadır. DB'nin hükümetlere kurumsal düzenleme görevi yüklemesi ise Yeni Kurumcu İktisat Teorisi ile örtüşmektedir. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin yerleşmesi Türkiye'de uygulanan SDP ile uyumludur. Aynı şekilde sözleşme teorisi de Türkiye açısından devletin özel sektörden mal ve hizmet alımı doğrudusunda uyum göstermektedir.

Yeni Kurumcu İktisat açısından reformlar için hükümetin kurumsal düzenlemeler üstlenmesi Türkiye'ye belirli açılardan örtüşmektedir. Örneğin, ikinci bölümde yer verileceği üzere KÖO ile yapılan şehir hastaneleri için devletin görevi yasal ve politik riski ortadan kaldırmaktır. Türkiye'de devlet buna ek olarak özel sektörün alması gereken ticari riski de almış bulunmaktadır. %70 yatak doluluk oranının garanti edilmesi, diğer bir ifadeyle gelmeyen her bir hasta için devletin özel sektöre ücret ödemesi bu bağlamda değerlendirilebilir. Başka bir örnek ise hastanelerin yapımı için borçlanan özel sektöre %100 Hazine garantisinin verilmesidir. İkinci bölümde ele alınacağı üzere dünyanın hiçbir yerinde KÖO ile yapılan projelerde ticari riski devlet almamaktadır.

İşlem Maliyetleri Teorisi'nde yer alan kavramlardan maliyet, rekabet ve verimlilik Türkiye'de sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşüm ile uyuşmamaktadır. Sağlıkta sınırlı rasyonaliteden kaynaklanan durumda ise özel sektöre temin edilen bilgi, devlete bir maliyet yüklemektedir. Tezin diğer bölümlerinde ele alınacağı üzere ilk olarak Türkiye'de kamunun özel sektörden mal ve hizmet alımının verimlilik çerçevesinde yapıldığına dair bir ölçüt yoktur. İkinci olarak şehir hastanelerinin finansmanı özel sektör üzerinden gerçekleşirken belirli finans gruplarının dışında bir

girişim yapılamamaktadır. Başka bir ifadeyle hastanelerin yapımı belirli firmalara ihale edilmekte; hastanelerin özel sektör tarafından işletilmesi gereken kısımları aynı firmalara verilmektedir. Tekel durumuna neden olan bu faaliyetler İşlem Maliyeti Teorisi'ne uymamaktadır. SDP'nin yukarıda yer alan teorik çerçeveye uyuşan kısımları mülkiyet hakları teorisinde yer verildiği üzere sağlık alanında faaliyet gösterecek girişimcilere ruhsat verilmesi ve özel hastanelerin teşvik edilmesine yönelik düzenlemelerin yapılmasıdır. Ayrıca KÖO modelinde olduğu gibi özel sektöre vergi muafiyeti, arazi üzerinde üst hakkı tesisi, eski kamu hastanelerinin ve arazilerinin sözleşme doğrultusunda devredilmesi örnek gösterilebilir.

Tezin buraya kadar olan kısmında sağlıkta dönüşüm politikasını açıklamaya yönelik kavramsal ve kuramsal çerçeveye yer verilmiştir. Ancak bunlar tezin iddiası çerçevesinde sağlıkta dönüşüm politikasını açıklamakta eksik kalmaktadır. Dolayısıyla tezin ikinci ve üçüncü bölümlerinde SDP uygulamaları değerlendirilirken teorik ve ampirik farklılaşma daha net ortaya koyulacaktır. Farklılaşmanın kaynağının daha net anlaşılması için DB'nin sağlık politikalarının ayrıntılı olarak ele alınması gerekmektedir. Aynı şekilde DB'nin sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşümde nasıl önemli bir aktör haline geldiği sorusu Türkiye'de uygulanmaya çalışılan sağlık reformlarının da kaynağının anlaşılmasına yardımcı olacaktır.

II. DÜNYA BANKASI'NIN SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM POLİTİKASI

Sağlık politikası, bir ülkedeki sağlık alanını benimsenen felsefe doğrultusunda düzenlemek ve yapılandırmaktır. Aynı zamanda sağlık politikası herkese tedavi edici, koruyucu ve rehabilite edici hizmet götürmek olarak tanımlanabilir. Sağlık politikası geniş kapsamlı ele alınacak olursa sağlığı etkileyen ve sağlığın etkilendiği her sektörü ele almak gerekir.²⁰⁵ Bu bağlamda DB ve DSÖ'nün sağlık politikalarına etkileri önemli görülmektedir. 1980'li yıllara kadar uluslararası alanda sağlık politikalarını belirleyen DSÖ, az gelişmiş ülkelerde sağlık önlemlerinin alınması konusunda projeler geliştirmiş; bu ülkelere uzman yardımı ve teknik destek sağlamıştır.²⁰⁶

Tedavi edici hizmetlerden ziyade temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi konusunda girişimlerde bulunan DSÖ'nün söz konusu işlevi fazla uzun sürmemiş mali konularda rekabete girişemeyen örgüt, 1980'li yıllarla birlikte DB ile çıkar çatışması yaşamıştır. Bu gelişmelerden sonra DSÖ'nün işlevi değişmiş sağlık politikalarının

²⁰⁵ Nusret Fişek, "Türkiye'de Sağlık Politikası", *Toplum ve Hekim*, Sayı:34, Eylül 1984.

²⁰⁶ Barış Övgün, Aziz Küçük, "Sağlık Hizmetlerinde Yeniden Ölçeklendirme: Bölge Uygulamaları", *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt: 46, Sayı: 1, Mart 2013, s.61.

uluslararası yürütücüsü DB olmuştur. Sağlık hizmetlerinde öncelikli alanlar da DB'nin politikaları doğrultusunda dönüşüme uğramıştır. Sağlık hakkı, sağlık hizmetlerine erişim, maliyet ve verimlilik gibi kavramlar ise harcama değeri çerçevesinde sağlıkta dönüşümün araçları olarak DB tarafından kullanılmıştır.

Sağlıkta dönüşüm genel olarak, toplumun tüm kesimlerinin herkeşe sağlık adı altında sağlık sistemine dâhil edilmesi ve sağlık harcamalarında maliyet/verimlilik esaslı bir sistemin getirilmesidir.²⁰⁷ Dolayısıyla sağlık alanında yürütülen politikalar, sağlığın devlet tarafından denetlenmesi ve planlanması, özel sektörün teşvik edilerek alanda daha aktif yer almasının sağlanması ve piyasa koşullarının geçerli olduğu bir sistemin kurulması doğrultusunda şekillenmiştir. Sağlık politikalarında ise bu yönde bir değişiklik yapılabilmesi için çeşitli yasal ve yönetsel düzenlemelerin gerçekleştirilmesi ve buna uygun araçların geliştirilmesi gerekmiştir.

Sağlık hizmetlerinin piyasa ilişkileri doğrultusunda dönüşümü aşağıda ele alınacağı üzere ilk olarak sağlık ekonomisi disiplininin gelişmesi ile başlamıştır. Sağlık hizmetlerinden kâr elde edilebileceği ve bu hizmetlerin tıpkı bir mal gibi alınıp satılabileceği önemli bir soruna yol açmıştır. Sağlık ekonomisi disiplininin devletin müdahale alanına karşı bir girişim başlatması sağlık hizmetlerinin niteliğini dönüşüme uğratmıştır. Bu girişim genel olarak sağlık hizmetlerinin devlete mali bir yük getirdiği dolayısıyla devletin kaliteli, verimli bir hizmet sunamadığı yönündedir. Disiplinle ortaya konan çalışmalar sağlık hizmetlerinde maliyet, verimlilik, optimum olma gibi unsurlar üzerinden yürütülmüş ve DB ile de uluslararası alana taşınmıştır. Sağlığın özel sektör için bir yatırım alanı olarak görülmesi DB'nin de konuya müdahil olmasıyla sağlığın piyasa ilişkileri çerçevesinde dönüşüme uğramasını hızlandırmıştır. DB'nin sağlığın kamusallığına bakış açısı daha önce de ele alındığı üzere hizmetlerin ayrıştırılması üzerinden yürütülmüştür.

A. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM: TEDAVİ EDİCİ HİZMETLERİN HARCAMA DEĞERİNE DÖNÜŞÜMÜ

Arz ve talep gibi ekonomi disiplinine ait kavramların sağlık alanına girmesi sağlık ekonomisi ile başlamış; sağlık hizmetlerinde davranışı konu alan ve yukarıda yer verilen teoriler ile sağlık bir yatırım unsuru olarak şekillenmiştir. Bu teorilere göre kısaca sağlık hizmetleri piyasada alınıp satılabilen, tüketicilerin tercihi ile şekillenen, devletin müdahale etmesiyle olumlu veya olumsuz dışsallık yaratan ve kurumsal

²⁰⁷ Hatice Erol, Abdullah Özdemir, "Türkiye'de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi", *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Cilt:4, Sayı:1, 2014, s.10-11.

düzenlemeler ile şekillenen bir alandır. Sağlık ekonomisi iktisat disiplinin kavram, teori ve tekniklerinin sağlığa uygulanması olarak tanımlanmaktadır.²⁰⁸ Sağlık ekonomisinin sınırlarını belirlemek zor olsa da bu konuya ilişkin şu şekilde bir çerçeve çizilebilir:²⁰⁹

- Sağlığın değeri tanımlanmalı, sağlıktan elde edilen çıktı belirlenmeli,
- Sağlık hizmetlerini etkileyen iç ve dış dinamikler belirlenmeli,
- Sağlık hizmetlerine olan talep karşısında sağlık arzına yönelik çalışmalar yapılmalı,
- Sağlık hizmetleri için piyasa kurallarına göre hareket edilmeli,
- Sağlık hizmetlerine konu olan işlemler için fayda/maliyet analizleri etkinlik verimlilik çerçevesinde yapılmalı,

Yukarıda sayılan kriterler sağlık yönetimi doğrultusunda planlama, bütçeleme ve denetim gibi faaliyetleri kapsamaktadır. Söz konusu kriterler sağlığın yatırım ve harcama alanı haline getirilmesi için gerekli çalışmalar olarak da sıralanabilir. Sonuç itibariyle piyasa ilişkileri açısından yeniden ele alınan sağlık, ekonomik kavramlar çerçevesinde değerlendirilmektedir. Söz konusu değerlendirmeler 1930'lu yıllarda başlamıştır.

Örneğin, Amerikan Tıp Birliği, sağlık alanında ekonomik gelişmeleri incelemek üzere 1931 yılında Tıbbi Ekonomi Bürosu'nu kurmuştur. Sağlık ekonomisine ilişkin kavramlar Büro²¹⁰ tarafından kullanılmaya başlanmıştır. Ancak Selma Mushkin, sağlık ekonomisi disiplininin yerleşmesinde bir milat olarak görülmektedir. 1958 yılında kaleme aldığı *Sağlık Ekonomisinin Tanımlanmasına Doğru* (Toward a Definition of Health Economics) adlı makalesinde²¹¹ Mushkin, piyasa argümanlarının neden sağlık hizmetlerinde kullanılmadığı sorusunu ortaya atmış ve maliyet, fiyat gibi terimleri sağlık alanında kullanmıştır. 1962 yılında yazdığı *Yatırım Olarak Sağlık* (Health as an

²⁰⁸ Mills Anne, Lucy Gilson, *Health Economics for Developing Countries: A Survival Kit*, HEFP Working Paper 01/88, LSHTM, Also Published as EPL Publication No:17, 1988, s.2.

²⁰⁹ Anthony J. Culyer, ve Joseph P. Newhouse, *The State and Scope of Health Economics*, (Ed:Anthony J. Culyer And Joseph P. Newhouse) Handbook Of Health Economics, Elsevier Science B.V., Amsterdam, The Netherlands, 2000, s.4.

²¹⁰ Büro her ne kadar 1931'de kurulmuş olsa da bu örgütün temelleri 1848 yılında kurulan Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association (AMA)) ile atılmıştır. Bu örgüt daha çok tıpla ilgili ekonomik konularda faaliyet göstermiştir. Luis Pina Rebelo, *a.g.m.*, s.3.

²¹¹ Selma J. Mushkin, "Toward a Definition of Health Economics", *Public Health Report*, Vol. 73, No. 9, 1958, s.785-794.

Investment) adlı makalede²¹² ise Mushkin, sağlığı arz ve talep üzerinden bir yatırım alanı olarak değerlendirmiştir.

Sağlık ekonomisinin duayenlerinden biri kabul edilen Kennet Arrow ise sağlık alanında bir makale yazması için Henry Ford tarafından teşvik edilmiştir.²¹³ Arrow, 1963 yılında kaleme aldığı bir makalesinde sağlık alanında piyasa ilke ve kurallarının işlememesini sorun olarak görmüştür.²¹⁴ Arrow, sağlık hizmetlerinde piyasa ilişkilerinin ilerlemesi için alınması gereken önlemleri sıralamıştır. Michael Grossman'ın *Sağlık Talebi: Kuramsal ve Ampirik Bir Araştırma* (The Demand For Health: A Theoretical And Empirical Investigation) adlı kitabına göre,²¹⁵ sağlık yatırımları eğitim ve istihdam politikalarını doğrudan etkilemektedir.²¹⁶ Sağlık ve gelir arasında bağ kuran çalışmada sağlık harcamalarının gelir seviyesi ile ilişkisine değinilmiş ve Mushkin'den yararlanılmıştır.

Sağlık Ekonomisi disipline önemli katkılar sunan Victor R. Fuchs tarafından kaleme alınan *Tıbbi Bakım ve Sağlık Ekonomisi Üzerine Denemeler* (Essays in the Economics of Health and Medical Care) isimli kitapta²¹⁷ sağlık hizmetlerinde hızla artan maliyetler karşısında yerel yönetimlerin ve hükümetlerin bunalmış olduğu ifade edilirken tıbbi endüstriye ilişkin kaynakların verimli kullanılmasına yönelik tavsiyeler yer almaktadır. Kitapta gelir ve eğitim açısından sağlık düzeyini etkileyen faktörler²¹⁸ üzerinde durulurken tıbbi bakım ve sağlık ayırımı kullanılmıştır. Bu bağlamda kitabın sağlık hizmetlerinin ayrıştırılması fikri üzerinden kaleme alındığı anlaşılmaktadır. Ayrıca kitapta sağlık bakımına ilişkin maliyetlerin kullanım ve birim fiyatı açısından değerlendirildiği, sağlık hizmetlerinin miktarı ve dağılımı açısından kıt kaynakların rasyonel kullanılmasına yönelik fikirlerin de işlendiği belirtilmelidir.

Richard Auster, Irving Leveson ve Deborah Sarachek'in kaleme aldığı *Sağlığın Üretimini Keşfi* isimli makale ise sağlık ekonomisinin disiplin haline gelmesinde

²¹² Selma J. Mushkin, *a.g.e.*, 1962.

²¹³ William D. Savedoff, "Kenneth Arrow and the Birth of Health Economics" *Public Health Classics*, Bulletin of the World Health Organization, 82:2, 2004, s.139.

²¹⁴ Kenneth J. Arrow, "Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care", *The American Economic Review*, 1963; Vol:53, No:5, s.941.

²¹⁵ Sağlığın gelir ve büyüme ile ilişkisi Michael Grossman'ın çalışması ile başlamış; modellenmesi ise 1972'de NBER tarafından basılmıştır. T.C. Maliye Bakanlığı, *Kantitatif Analiz Teknikleriyle Sağlık Sektörü Ön Çalışma Raporu: Türkiye'de Sağlık Sektörünün Durumu ve Sağlık Politikaları, Nicel ve Nitel Bir Analiz, Mali Durum Beklentiler Raporu*, http://www.sgb.gov.tr/S/Maliye_Politikasi_Projesi/Sağlık_Sektörü/Taslak_MBPsaglikraporu1.doc, (20.04.2016).

²¹⁶ Michael Grossman, *The Demand For Health: A Theoretical And Empirical Investigation*, National Bureau Of Economic Research, Columbia University Press, New York, 1972.

²¹⁷ *a.k.*

²¹⁸ Sağlık hizmetleri rekabet ve seçime dayalı olmalıdır. Etkililik ve verimlilik kavramları sağlık hizmetlerinde eşitlik üzerinden açıklanmaktadır.

önemli katkıları sunmuştur. Söz konusu makaleye göre bir mal veya hizmetin piyasa ekonomisi çerçevesinde işlem görebilmesi için aşağıdaki başlıklar etrafında tartışılması gerekmektedir.²¹⁹

a) Kamu Ekonomisinin Rasyonelliği: Sadece piyasa sosyal optimizasyonu sağlayabilir mi? Kamu yer almadan sosyal refaha ulaşılabilir mi sorularını evet olarak cevaplayan fizyokratlar bunun *doğal düzen* ile klasikler ise *görünmez el* teorisiyle gerçekleşeceğini iddia etmişlerdir. Neo-klasik iktisatçılar ise piyasa ekonomisinin tek başına optimum olanı sağlamada yeterli olmadığını ve kamu ekonomisinin gerekli olduğunu savunmuştur.

b) Tam Rekabet Modelinin Gerçekleştirilememesi: Bir mal veya hizmetin fiyatının belirlenmesi için az sayıda aktör olması yeterlidir; ancak piyasa fiyatının belirlenmesi için çok sayıda alıcı ve satıcının bulunması gerekmektedir. Sağlıkta aranan özelliklerden biri de budur. Fiyat mekanizması tam olarak işlemediği için kaynakların optimal dağılımı da söz konusu değildir. Kaynakların optimal dağılımı için birtakım hususların piyasada bulunması gerekmektedir. Ancak sağlık hizmetlerinde bu durumu engelleyen nedenler vardır. Bu nedenler aşağıdaki gibi sıralanabilir:²²⁰

-Serbestlik: Alıcı ve satıcının istediği zaman piyasadan çıkması gerekir ancak sağlıkta devlet müdahalesi ve özel sektörün sınırlı girişimi bu serbestliğe imkân tanımamaktadır.

-Atomisite: Piyasada alıcılar ve satıcılar o kadar çok sayıdadır ki alıcı ve satıcılar kendi aralarında üretimi ve fiyatları etkileyemezler. Rekabet gerektiren durum devletin tekel niteliğinde olmasından dolayı mümkün görünmemektedir.

-Homojenite: Piyasada üretilen mal ve hizmetlerin birbirine benzer olması ve bir ürünün diğerine tercih edilebilir olmaması gerekir. Ancak sağlık hizmetlerinde bu yaklaşım uygun değildir. Aşağıda da yer verileceği üzere benzer şekilde DB raporlarında özel sektörün piyasaya girmesi ile alternatif tedavi yöntemlerinin ve tıbbın gelişeceği ifade edilmektedir.

Sağlık ekonomisi disiplini sağlığın yatırım alanı olarak şekillenmesinde etkili olsa da disiplin açısından nihai amaç sağlık harcamaları ve bu harcamaların kaynağının

²¹⁹ Richard Auster, Irving Leveson, Deborah Sarachek, "The Production of Health, an Exploratory", (der: Victor R. Fuchs), *Essays in the Economics of Health and Medical Care*, National Bureau Of Economic Research, Columbia University Press, New York, 1972, s.4.

²²⁰ Charles C. Griffin, *a.g.e.*

toplantması noktasında uygulanan yöntemler ile önem kazanmaktadır.²²¹ Sağlığa ayrılan kaynaklar genel olarak vergiler, primler veya özel sağlık sigortacılığı ile cepten ödemelerden oluşmaktadır. Harcama kısmı da aynı şekilde kamu veya özel harcamalardan oluşmaktadır. Sağlığın kamusal niteliği bu bağlamda kamu sağlık harcamalarının nereye aktarıldığı, hangi mal ve hizmetlere ayrıldığı noktasında daha da belirginleşmektedir.²²² Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların kamu ve özel sektör açısından farklılık taşıması da hizmetlerin gelişmesi noktasında önemli bir tartışmaya neden olmaktadır. Bu tartışma tezin genelinde ele alındığı üzere kamu ve özel sektör rolleri üzerinden hizmetlerin ayrıştırılmasına dayalı reform hareketine neden olmuştur.

1. Dünya Bankası Sağlık Politikalarının Yürütücüsü Olarak Dünya Sağlık Örgütü

Tezin bu başlığında sağlık hizmetlerinin neden dönüşüme uğradığı sorusu önemli görüldüğü için bu kısımda DSÖ'nün sağlık politikalarına yer verilmiştir. Çünkü reformlar özel sektörün öncelikleri doğrultusunda sağlığın dönüşmesine sebep olmakta bu sürecin yürütücüsü ise DB'nin yanı sıra DSÖ olarak görülmektedir. Bu nedenle tarihsel olarak DSÖ'nün sağlık politikalarının neden DB'den farklı olduğu ele alınmalıdır. Dolayısıyla bu soru aynı zamanda 1980'li yıllar ile birlikte DSÖ ve DB'nin sağlıkta dönüşüm politikası açısından nasıl aynı çizgide bulunduğunu anlamaya da yardımcı olacaktır.

1970 ve 1980'li yıllar²²³ aynı zamanda DB'nin DSÖ üzerinden uyguladığı sağlık politikalarının başlangıcıdır. DB, 1980'li yıllarla birlikte gelişmekte olan birçok ülkede, sağlık analizleri ve raporlar hazırlamış, sağlıktaki maliyet artışına sebep olan “sağlık krizi”ni çözmek için faaliyetlerde bulunmuştur. DB'nin yayınladığı sağlıkta reform metinleri İngilizceden diğer dillere çevrilmiş ve o ülkenin isminin yer aldığı ulusal

²²¹ Amerika Birleşik Devletleri'ndeki (ABD) Ulusal Ekonomik Araştırmalar Bürosu (National Bureau of Economic Research-NBER-) 1970'lerin başında sağlık alanına ilişkin yayınladığı makalelerle medikal endüstrinin büyük bir yatırım alanı olduğunu iddia etmiştir. Makalelerde sağlık hizmetleri ayrıştırılmış, tedavi hizmetlerinin sağlık harcamaları içinde gittikçe artan bir paya sahip olduğu vurgulanmıştır. Victor R. Fuchs, *Essays in the Economics of Health and Medical Care*, National Bureau Of Economic Research, Columbia University Press, New York, 1972.

²²² Ankara Üniversitesi'nden R. A. ile 19.01.2017 tarihinde yapılan görüşmeye dayanarak elde edilen bilgilerden oluşmaktadır.

²²³ 1944 Bretton-Woods kuruluşları olan IMF ve DB, ilk olarak savaştan tahrip olmuş Batı Avrupa ülkelerinin yeniden inşası ve bu ülkelerin savaş ekonomisinin olumsuz etkilerini gidermek için az gelişmiş ülkelerin kalkınması amacıyla kurulmuştur. 1970'lerin sonunda yeni sağın yükselişi ile IMF ve DB'de yapısal değişikliğe gidilerek, kredilerin niteliği ve niceliği değişmiş, üye ülkelere kredi açma, borç verme ya da borç erteleme koşullarını belirleyen politikalar yeniden ele alınmıştır. Tülay Korkmaz, “Türkiye'nin Kullandığı Uluslararası Krediler ve Çevre (IMF ve DB)”, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Çevre Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2003, s.9.

politika belgesine dönüşmüştür.²²⁴ Sağlık alanında yaşanan gelişmeler, devletin sağlık hizmetlerini (çekirdek hizmet dışında kalan hizmetleri)²²⁵ aşamalı olarak özel sektörden temin ederek bu alandan çekilmeye başlamasına neden olmuştur. Ancak bu süreci daha iyi anlamak için devletin sağlık alanında sorumlu olduğu dönemi ve uluslararası alanda bu yönde politikalar geliştiren DSÖ'yu ele almak gerekmektedir.

Sağlık sorunlarının 19. yüzyıl ile birlikte uluslararası sosyo-ekonomik sistem açısından birtakım tehditler barındırması, sağlığın uluslararası düzeyde çözüm aranan konuların başında gelmesine neden olmuştur. 1907 yılında Paris'te kurulan Uluslararası Halk Sağlığı Ofisi (OIHP), gemi ve limanlarda veba ve koleranın karantinaya alınarak yayılmasını önlemek üzere birtakım kurallar getirmiştir. Bu örgüt DSÖ'nün kuruluşuna kadar Milletler Cemiyeti bünyesinde Sağlık Örgütü adıyla uluslararası boyutu olan hastalıkları önleme ve denetim altına almaya yetkili kılınmıştır. Birleşmiş Milletler'in kuruluşu ile birlikte ilk uzmanlık örgütü de DSÖ olmuştur.²²⁶ DSÖ II. Dünya Savaşı sonrası ortaya çıkan sağlık sorunlarını çözebilmek amacıyla 1948 yılında Cenevre'de kurulmuştur. DSÖ'nün kurulması sağlık politikalarının uluslararası alanda yürütücüsü olan bir kurumun gerekliliği olarak algılanmış, sağlığın bir hak olarak kabul görmesinde uluslararası bir kamuoyu oluşturulmuştur. DSÖ teknik bir kurum olarak bulaşıcı ve salgın hastalıklar ve anne çocuk sağlığına ilişkin tedbirlerin alınması gibi konularda çalışmış ve uzmanlarına raporlar hazırlatmıştır.

Sağlık hakkı ve sağlık hizmetlerine erişim üzerinden bir sağlık politikası oluşturan DSÖ, temel sağlık hizmetlerinin devletler tarafından güvenceye alınmasında etkili olmuştur. 1971 yılında DSÖ ve UNICEF, Gelişmekte Olan Ülkelerde Nüfusun Temel Sağlık İhtiyaçları (Joint Committee on Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs of Populations in Developing Countries) adında bir komite kurmuştur. Ortaklaşa yürütülen toplantılarda temel sağlık hizmetlerinin herkes için evrensel bir insan hakkı olduğu ve hükümetlerin sağlık politikalarını bu yönde takip etmesi gerektiği

²²⁴ DB'nin 2003 yılında 55 ülke için yayınladığı sağlık raporu daha sonra Türkçeye çevrilmiştir. World Bank, *Turkey Health Transformation Program*, 2003. Recep Akdağ, *Sağlıkta Dönüşüm Programı*, Sağlık Bakanlığı Yayın No:839, 2011. Diğer bir karşılaştırma için Bkz: Marc J. Roberts, Peter Berman, William Hsiao, Michael R. Reich, *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity*, USA, 2003. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık Reformunun Doğru Yapılması Performansın ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi İçin Bir Kılavuz*, Ankara, 2010.

²²⁵ Çekirdek Sağlık Hizmeti: Tıbbi hizmet olarak ifade edilen hizmetlerdir. Bu terim idare tarafından muayene ile sınırlandırılmıştır. Ancak alanda yaşanan tartışmalara göre Sağlık Bakanlığı'nın tıbbi destek hizmetleri terimini kullanması bu başlığın altındaki hizmetleri özel sektörden temin etmesinin yolunu açmıştır. Onur Karahanoğulları, "Kamu Hizmetleri Piyasa İlişkisinde Dördüncü Tip: Eksik İmtiyaz (Kamu-Özel Ortaklığı)", *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, Cilt: 66, No:3, 2011.

²²⁶ Erdem Denk, *a.g.e.*, s.336.

belirtilmiştir.²²⁷ Temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi amacı güden örgüt, sağlık hizmetlerinin verimli bir şekilde sunulmasına yönelik politikalar geliştirmeye başlamıştır. İşgücü verimliliğini artırabilmek ve yaşam süresini uzatmak gibi hedefler ile sağlık politikaları şekillenmeye başlamış, uluslararası düzeyde sağlığı geliştirme adına konferanslar gerçekleştirilmiştir.²²⁸

DSÖ için sağlık hizmetlerine erişim konusu önemlidir. DSÖ, sağlığa erişimi coğrafya üzerinden kavramsallaştırmış, ülkelerin sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için sağlıkta yerelleşme politikasına yönelik uygulamalar gerçekleştirmiştir. DSÖ, yerelleşme kavramını sağlık hizmetlerinde bölgeler arası gelişmişlik farkının azaltılması amacıyla kullanmıştır. Bu doğrultuda yerelleşme kavramı sağlık hizmetlerine erişim için hizmetlerin ülke geneline eşit bir şekilde ulaştırılması politikalarının bir toplamı olarak görülebilir. Ancak 1950-1970 yılları arasında ülkelerin sağlık hizmetlerinin ihmali ve hizmetlerin yeterince geliştirilememesinin sorumlusu olarak DSÖ gösterilmiştir. DSÖ'nün teknik kapasitesinin yetersizliği, maddi gücünün olmayışı gibi gerekçeler; sorunlara kısa vadeli çözüm üretmektense radikal politika değişikliğine gidilmesini gerektirmiştir. 1970'lerde sorun alanı olarak görülen ve reforma gidilerek çözüm getirileceğine inanılan sağlık, aslında maliyet sorununa neden olan bir kriz alanı²²⁹ olmuştur. Sağlık hizmetlerinin maliyet üzerinden değerlendirilmesine neden olan gelişmeler DB ile DSÖ arasında yaşanan gerilimlerin neticesinde ortaya çıkmıştır. Bu gelişmelerden sonra sağlık yatırım alanı olarak şekillenmeye başlamış ve sağlık araştırmaları da bu doğrultuda ilerlemiştir.²³⁰

1977 yılında 30. Dünya Sağlık Asamblesi'nde DSÖ, *2000 Yılına Kadar Herkes İçin Sağlık* (Global Strategy for Health for All by the Year 2000) hareketini başlatmıştır. Bu toplantıda sağlık insan gücü, sağlık sistemleri ve sağlığın maliyeti, buna bağlı ekonomik göstergeler ile birtakım global hedeflere yer verilmiştir.²³¹ Bu gelişmenin

²²⁷ Frederick Golladay, F. Liese, *a.g.e.*, s.26.

²²⁸ Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü, *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları Global Konferanslardan Bildiriler*, Ankara, 2011.

²²⁹ Uluslararası şirketler ile DSÖ'nün sağlık politikalarının ters düşmesi sonucu DSÖ'nün geri adım atmak zorunda olduğu söylenebilir. DSÖ, az gelişmiş ülkeler için anne sütü ve ücretsiz ilaç dağıtımını desteklemiştir. DSÖ ve DB arasında süt tozu ile başlayan gerilimin ücretsiz ilaç dağıtımı ile had safhalara ulaştığı belirtilmektedir. Gazanfer Aksakoğlu, *a.g.m.*, 2002, s.91-100.

²³⁰ Ülkelerin temel sağlık göstergeleri ve birtakım sağlık verileri üzerinden teknik bir işlev gören DSÖ, DB ile işbirliği yapmaya başlamıştır. DSÖ'nün sağlık dönüşümüne en belirgin etkisi sağlık hizmetlerini kategorilere ayırmak olmuştur. Temel sağlık hizmetlerine yapılan vurgu ile tedavi edici hizmetlerdeki devlet sorumluluğunun sınırları da çizilmiştir.

²³¹ WHO, *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*, Geneva, 1981. Bu hedeflerle birlikte Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı'nda (UNDP) ekonomik gelişme endeksli kalkınma göstergeleri yerine insan esaslı kalkınma ölçütlerine değinilmiş, ülkelerin sağlık göstergelerinin önemli olduğu

hemen ardından 1978 yılında Alma Ata Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı gerçekleştirilmiş, temel sağlık hizmetlerinin devletlere birtakım sorumluluklar yüklediği üye ülkeler tarafından kabul edilmiştir. Bu tarihten itibaren DB sağlık projelerini doğrudan destekleme kararı almıştır. Temel sağlık hizmetleri adı altında bir grup hizmeti birinci basamak sağlık hizmetlerinden ayırma girişimleri, DB öncülüğünde hazırlanan raporlara yansımıştır.

DSÖ Avrupa Bölge Komitesi tarafından kabul edilen *21. yüzyılda 21 Sağlık Hedefi*'nin²³² ilanı ile DSÖ, DB'nin sağlıkta dönüşüm projesine uygun kararlar almıştır. Hedefler ise çok sektörlü sağlık sorumluluğu, entegre sağlık sektörü, sağlık hizmetlerinin finansmanına yönelik kaynakların tahsis edilmesi, sağlıkla ilgili araştırmaların yapılarak bilgilerin toplanması, sağlık hizmetlerine yönelik insan kaynaklarının geliştirilmesi, sağlık için tarafların harekete geçirilmesi ve herkes için sağlık konusunda politika ve stratejiler olarak sıralanabilir. Belirlenen hedefler çerçevesinde DSÖ öncülüğünde raporlar hazırlanarak sorun alanları tanımlanmış ve projeler geliştirilmiş; hazırlanan projelere DB kredi vermeye başlamıştır. DB'nin müdahalesi sonrası DSÖ sağlık hizmetlerinin yönetimi üzerindeki etkinliğini - demokrasi ve kalkınma sürecini iktisadi liberalleşme politikalarıyla yöneten- DB'ye devretmiştir.²³³ Böylece DSÖ'nün herkes için sağlık çerçevesinde geliştirdiği politikalar söylem düzeyine gerileyerek sağlık alanı bu tarihlerden itibaren DB'nin yönlendirmelerine bırakılmıştır. Söz konusu gelişmeler doğrultusunda DSÖ'nün neden DB'nin sağlık politikalarına uyduğu ve sağlığın kamusal niteliği ve sağlık hakkının savunulmasından vazgeçerek sağlığı piyasa ilişkilerine açtığı sorusu sorulabilir. Bu sorunun cevabını sağlık ekonomisi disiplininin önde gelen akademisyenlerinden Vicente Navarro şu şekilde açıklamaktadır:²³⁴

vurgulanmıştır. Erdal Sargutan, *Türkiye Sağlık Politikası, Değerlendirmeler, İlkeler, Öneriler*, (3. Baskı) Sağlık Yayınları, Ankara, 1996, s.2.

²³² 1979'da Cenevre'de toplanan 32. Dünya Sağlık Asamblesi'nde ise Genel Kurul 32.30 sayılı kararıyla "2000 Yılına Kadar Herkes İçin Sağlık" konulu Genel Planı ortaya atmıştır."2000 Yılına Kadar Herkes İçin Sağlık" Genel Planı, Mayıs 1981 yılında Cenevre'de toplanan 34. Dünya Sağlık Asamblesi'nde alınan 34.36 sayılı kararla kesinlik kazanmıştır. Sağlık Bakanlığı, *DSÖ Türkiye İlişkileri*, Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı, Ankara, 1997.

²³³ DB'nin sektörel uyarılama kredileri aracılığıyla yakın izlemeye aldığı alanlardan birisi de sağlık sektörü olmuştur. Barış Övgün ve Aziz Küçük, *a.g.m.*

²³⁴ Vicente Navarro "What is Happening at the World Health Organisation", *International Association of Health Policy*, <http://www.healthp.org/node/6>, (03.05.2017).

“Özel sektörün kamu hizmet alanlarına girmesini öngören politikalar ile refah devletinin uygulamaları neoliberal devrim arzularına karşı duramamıştır. DSÖ’nün danışmanlarından olan Julio Frenk ve Christopher Murray tarafından hazırlanan raporlar ile DSÖ açık bir şekilde neoliberal devrime uymuştur. Söz konusu isimler Latin Amerika sağlık reformlarında ön plana çıkmış ve özelleştirme ile birlikte anılmaya başlamıştır. Aynı kişiler DSÖ yönetiminde çok etkin olmakla birlikte çok uluslu şirketler tarafından da desteklenmektedir. DSÖ’ye açık bir şekilde siyasi baskı uygulayan Bush ve Blair hükümetlerinin yanı sıra ilaç lobileri ve gıda endüstrileri de bu baskıyı artırmıştır.”

Yukarıdaki ifadelerden de anlaşılacağı üzere DSÖ her ne kadar sağlık hizmetlerinin devletin ödevi olduğuna yönelik çalışmalar da bulunsa da kamu sağlık hizmetlerinin özel sektöre açılması girişimlerine karşı koyamamıştır. Nihayetinde DSÖ’nün DB’nin sağlık politikalarına uyma nedeni, DSÖ yöneticilerinin çok uluslu firmalar tarafından desteklenen kişiler arasından seçilmesi ve DSÖ’ye bunların politikalarının egemen olmasıdır. Bu ifadeler dönüşümün anlaşılmasında tek başına yeterli olmadığı için sağlık hizmetlerinin piyasa ilişkilerine açılması sağlık reformunun taşıyıcısı olarak Dünya Bankası başlığında detaylı olarak ele alınmıştır.

2. Sağlık Reformunun Taşıyıcısı Olarak Dünya Bankası

Sermaye hareketlerinin ulusal sınırları aşması ve kâğıt paraların uluslararası sistemde dolaşıma girmesi üzerine uluslararası para standardını²³⁵ oluşturmak için 1944 yılında Amerika’nın Bretton Woods kasabasında bir toplantı yapılmıştır. Toplantı sonrası alınan kararlardan birisi de uluslararası finansman kuruluşlarının kurulmasıdır. Uluslararası alanda yaşanan kısa süreli krizleri aşmak için Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası (The International Bank for Reconstruction and Development–IBRD) ve Uluslararası Para Fonu (International Money Found, IMF) kurulmuştur.

Finansör beş örgütün birlikteliğinden oluşan IBRD, savaş sonrası kalkınma argümanı ile ülkelere borç vermek amacıyla 1946 yılında kurulmuştur.²³⁶ Beş kurumun idaresi IBRD olarak adlandırılmakta ve DB şemsiyesi altında yönetilmektedir. Ülkeler için mali destek veren örgüt, dış borçlar için bir onay kurumu haline gelmiştir. Aşağıda da yer aldığı üzere 1970’li yıllarla birlikte DB politika değişikliğine giderek gelişmekte olan ülkelerle de birtakım anlaşmalar yapmıştır. Bu doğrultuda DB yapısal veya sektörel

²³⁵ 1870 yılından 1973 yılına kadar paranın uluslararası dolaşımı farklı standartlara bağlanmıştır. Altın ile başlayan dengelenme daha sonra sterlin ve dolara bağlanmıştır. Ancak petrol krizinden sonra dengeler değişmiştir. II. Dünya Savaşı ile altın dolar standardına geçilmişken; 1970’lerden itibaren ülkeler ulusal paralarını dalgalanmaya bırakmıştır. Lerzan İskenderoğlu, *Uluslararası Para Sisteminin Sorunları ve İyileştirme Çalışmaları*, T.C. Merkez Bankası Araştırma Planlama Eğitim Müdürlüğü, Tartışma Tebliği No: 887, Ankara, 1988.

²³⁶ Bu kurumlar şöyle sıralanabilir: Uluslararası Kalkınma Birliği (International Development Association, IDA), Uluslararası Finansman Kurumu (International Finance Corporation, IFC), Çok Taraflı Yatırım Garanti Ajansı (Multilateral Guarantee Agency, MIGA) ve Uluslararası Yatırım Anlaşmazlıklarının Çözüm Merkezi (International Centre for the Settlement of Investment Disputes, ICSID), <http://www.worldbank.org/en/about/history>, (05.03.2016).

uyarlama kredileri vasıtasıyla ülkelerin toplumsal yapısını üretim, dağıtım ve bölüşüm temelinde yeniden düzenleyerek yaptırımlar uygulamaya başlamıştır.²³⁷

1971 yılında ABD'nin Bretton Woods sisteminden tek taraflı olarak çekilmesi ile başlayan ve endüstriyel üretimin altın-dolar dengesi üzerinden sabit karşılığı olan sabit kur anlayışı, yerini dalgalı kura bırakmıştır. Belirli bir üretimsel değeri olmayan para, finans ve hizmet gibi sektörlerin ekonomik sistemin ağırlık merkezi haline gelmesine neden olan bu süreç, sosyal ve siyasi hayata da yansımıştır.²³⁸ Diğer hizmet sektörleri gibi sağlık hizmetlerinin piyasaya açılmasını gerektiren bu süreç, devletin alandaki işlevinin değişmesini, tıpkı dalgalı kurda olduğu gibi sağlık hakkı ve değerinin dalgalı bir hale gelmesi ve kırılgan olmasını gerektirmiştir. Bu sürecin uluslararası alanda uygulamasını DB ve DSÖ üstlenmiştir.

DSÖ sağlık çalışmalarını Afrika kıtasında gönüllü doktorlar ve ücretsiz ilaç politikasına göre sürdürmüş ve süt tozu gibi gıdaların anne sütünün alternatifi olamayacağını çeşitli yollardan duyurmuştur.²³⁹ Ancak bu çabalar DB'nin Afrika sağlık sorunlarını çözmede DSÖ'nün başarısız olduğu ve işlevini yitirdiği gibi söylemler ile kesilmiştir. Bu gelişmeler üzerine 1970 yılında DB bünyesinde Nüfus ve Beslenme Bölümü kurulmuştur. DSÖ'nün kredi verme ve sağlığı geliştirmede yetersiz olması DB'nin 'mütevazı' sağlık programları ile alanı destekleyeceğini duyurmasına neden olmuştur. Maddi gücü ve yaptırımları ile DSÖ'nün politikalarına da yön vermeye başlayan DB, sağlık hizmetlerinin ayrıştırılmasına yönelik politikalarını uygulamaya başlamıştır. DB, sağlıkta dönüşüm üzerinden sağlık politikasında öncü bir konuma yerleşmek istemiş ve bu çerçevede faaliyetlerini sürdürmüştür.

DB, DSÖ'den elde edilen verilerle nüfus, sağlık ve beslenme gibi konularla ilgilenerken ülkelerin gelişimine katkıda bulunma söylemi ile harekete geçmiştir. Sağlık alanında borç veren (lender) konumuna gelmek isteyen DB, az gelişmiş ülkelerde eğitim ve sağlığın gelişmesiyle kalkınmanın gerçekleşeceğini iddia etmiştir.²⁴⁰ Söz konusu ülkeler hakkında raporlar hazırlayan DB uzmanları aşağıda ele alındığı üzere sağlık yatırımlarının artarsa diğer alanların da hızla gelişeceğini öne sürmüştür. Bu doğrultuda sağlığın önemi gelir, büyüme ve kalkınma ile ilişkilendirilmiş yatırım alanı olarak sağlığın yeniden düzenlenmesi için gerekli olan faaliyetler gerçekleştirilmiştir.

²³⁷ Safiye Kaya, "Dünya Bankası ve Türkiye", *Sayıştay Dergisi*, Sayı:46-47, 2002, s.3-4.

²³⁸ Erdem Denk, *Uluslararası Örgütler Hukuku Birleşmiş Milletler Sistemi*, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2015, s.375-377.

²³⁹ Gazanfer Aksakoğlu, "Herkes İçin Sağlık'tan Hedef 21'e: DSÖ Değişiyor", *Toplum ve Hekim*, Cilt:17, Sayı:2, 2002, s.91-100.

²⁴⁰ World Bank, *Health Sector Policy Paper*, (Second Edition), Washington D.C.,1980, s.42-43.

1978 yılında DSÖ öncülüğünde gerçekleştirilen Alma Ata Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı, sağlığın bir insan hakkı olduğunu vurgulamanın yanı sıra sağlık alanının piyasa ilişkileri açısından ele alınmasında önemli bir girişimdir. Bu doğrultuda aynı yıl DB, IMF ve Amerikan Hazinesi Washington Mutabakatını²⁴¹ oluşturmuştur. Ticaret politikasının dışa açık ve serbest olmasını gerektiren bu anlaşma; serbest sermayenin akışkan olduğunu ve dünyadaki iktisadi sınırların kaldırılması ile piyasanın sorunları çözeceği anlayışına dayalıdır. Sağlığın DB'nin etki alanına girmesi ile birlikte DB uzmanları sağlık ekonomisi alanında çalışmalar yapmıştır. Bu çalışmalar genel anlamda tezde ele alınan teorik çerçeveye uygun olarak yapılmıştır.

Örneğin, Frederick Golladay'ın kaleme aldığı *Sağlık Sektörü Politika Belgesi*²⁴² (Health Sector Policy Paper) adlı metin DB'nin 1970'li yıllardaki sağlık politikasının resmîyete dökülmesine katkı sunmuştur. 1975 ve 1980'li yıllarda DB kırk dört ülkede yetmişden fazla proje için teknik yardım ve finansman desteği sunmuştur. DB, DSÖ ile birlikte sağlık ve nüfus çalışmalarında işbirliği yaparak sağlık sektöründe faaliyet gösteren kuruluşlara rehberlikte bulunmuştur. Gelişmekte olan ülkelerin sağlık sektörüne yönelik mevcut durumlarının analiz edildiği rapor ile DB'nin politika değişikliği de bariz olarak kanıtlanmıştır. DB'nin politika değişikliği daha önce kullandığı ekonomik gelişme endeksli kalkınma göstergelerinin²⁴³ yerine insan esaslı kalkınma ölçütlerinin önemine yer vermesi ve ülkelerin sağlık göstergelerinin önemine değinmesiyle belirginleşmektedir.

²⁴¹ 2008 yılında yaşanan krizlerle Washington uzlaşısı ve Anglo-Amerikan kapitalist anlayışın devleti bir kenara iten ve piyasayı tek seçici olarak öngören yapısı değişmiş; çok kutuplu iktisadi yapı sonucu kapitalizmin devletin sistem üzerindeki etkinliğini artıran bir anlayışı ortaya çıkmıştır. Konu hakkında ayrıntılı bilgi için Bkz: Işıl Tellalbaş, Sermaye Birikimi ve Finansallaşma Türkiye Örneği, Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Finans Ve Bankacılık Doktora Programı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, 2011. Cemil Boyraz, “Küresel Üretim, Ticaret ve Finans”, *Küresel Siyasete Giriş* (Ed: Evren Balta), İletişim, İstanbul, 2014.

²⁴² Bu metin 1975 ve 1980 yılında iki defa basılmıştır. 1980 yılı baskısını DB yayınlamıştır. *World Bank, Health Sector Policy Paper*, (Second Edition), Washington D.C.,1980. <http://documents.worldbank.org/curated/en/1980/02/8609122/health-sector-policy-paper> (29.12.2015).

²⁴³ Sağlık Hizmetleri Düzeyi: Sağlık hizmetlerindeki ekonomik kaynakları kullanmak için ifade edilmektedir. Bu doğrultuda sağlık harcamaları, milli gelir ve kişi başına yapılan harcamalar gibi faktörler sağlık endeksi olarak sağlık hizmetleri düzeyini ifade etmek için kullanılmaktadır. Toplumun Sağlık Düzeyi: Bir toplumun anne-bebek ölüm oranı, hayatta kalma süresi, kişi başına düşen doktor sayısı gibi faktörlerin belirleyici olduğu tanımdır. Örneğin Kuveyt'in sağlık hizmetleri düzeyi dünyada ilk sıralarda yer alırken; toplum sağlık düzeyi daha geri sıralarda yer almaktadır. Sağlıkta yaşanan dönüşüm sağlık gelişme göstergelerini de etkilemiş sağlığın özel sektörün yatırım alanı olması fikri çerçevesinde sağlık endekslerini de değiştirmiştir. Toplumun sağlık düzeyini etkileyen dolaylı faktörler ise nüfus, su, hava ve çevre sağlığı gibi unsurlardan oluşmaktadır. Ankara Üniversitesi'nden R. A. ile 19.01.2017 tarihinde yapılan görüşmeye dayanarak elde edilen bilgilerden oluşmaktadır.

DB tarafından hazırlanan raporlarda, gelir ve sağlık arasındaki ilişkinin önemine dikkat çekilmektedir.²⁴⁴ Buna göre, sağlık harcamalarındaki talep elastiktir ve gelir artışına müsaittir. Sağlık bakımına ilişkin harcamalar o kadar fazladır ki geliri artıracak derecede önemlidir.²⁴⁵ Beslenme ve sağlık arasında kurulan ilişki ise ailelerin çevresel etkilere maruz kalarak yatırımlarını yönlendirdiği iddiasına dayanmaktadır.²⁴⁶ Sağlık bileşenlerinin ölçülmesine dayanan yaklaşım ile sağlığın her halükarda bir tüketim ve yatırım alanı olduğunu varsayılmaktadır. Yatırım alanı olarak insan refahı -insanların piyasa içi veya piyasa dışı hareketleri- beşeri sermayenin önemli bir unsuru görülmektedir. Bu doğrultuda sağlık tüketim alanıdır çünkü *iyi sağlık* (good health) insan refahı için önemli bir ölçüdür. Ayrıca yaşam süresi ne kadar uzun olursa kazanılan para da o kadar artış²⁴⁷ yaşanacağına da inanılmaktadır. DB uzmanlarına göre, yoksulluğun azaltılması politikası aynı zamanda bireylerin kendi üretkenliklerinin artırılması ile çözülmektedir. Bu kapsamda besin yetersizliği de çözülecektir. “Beslenmeye ilişkin harcamaların artışı ile eğitim ve sağlık gelişecektir.”²⁴⁸ Bu nedenle yoksul ülkelerin mali yardıma ihtiyacı vardır ve bu yardımlar ticari araçların kullanılması ile gerçekleştirilebilir. Sonuç olarak raporlardan mali sistemde yaşanan sorunların reform ile çözülebileceği bu durumun ise kurumsal ve idari düzenlemelerle²⁴⁹ halledilebileceği anlaşılmaktadır.

DB kurumsal ve idari düzenlemeler çerçevesinde, özel sektörün teşvik edilmesi, sağlık alanında eşitsizlik ile kârları iyileştirmeye yönelik tedbirler alınması²⁵⁰ ve hükümetin eksikliklerini telafi etmeye yönelik olarak çalışmalarını hazırlamıştır. DB, kamu ve özel sektör açısından sağlık alanında kullanılan kavram ve teorileri yeniden tanımlama amacı ile hareket etmiştir. DB uzmanı olan Golloday, sağlık politikasının 1950-1970 yılları arasında ihmal edildiğini ve sorunun kalkınma otoriteleri ve finans kuruluşları tarafından ancak yeni yeni farkına varıldığını ifade etmiştir. Sağlık

²⁴⁴ Gelişmiş ülkeler kentsel alanlardaki sorunları gelişen teknoloji, modern tıp, aşılama ve bağışıklık sistemleri ile aşmaya çalışmışlar ve bunda da başarılı olmuşlardır. Bu doğrultuda az gelişmiş ülkeler için sağlık politikası kırsal alanlarda devletin temel sağlık hizmetlerini sağlamasına yönelik olacaktır. Artan nüfus, motorlu taşıtların çevreye verdiği zararlar, hastalıkların yayılması ve bulaşması, kanalizasyon, böcek ilaçları, sağlığı tehdit eden unsurlar olarak kentleşmenin etkisiyle artmıştır. Dolayısıyla kentleşmenin sağlığın etkilenmesinde önemli bir payı bulunmaktadır. Frederick Golladay, F. Liese, *a.g.e.*, s.26.

²⁴⁵ Charles C. Griffin, *a.g.e.*, s.1-2.

²⁴⁶ Dov Chernichovsky, *The Economic Theory of the Household and Impact Measurement of Nutrition and Related Health Programs*, World Bank, 1978, s.1.

²⁴⁷ *a.k.*, s.8-9.

²⁴⁸ 1978 yılında yazılan diğer bir rapor, sağlık ile çevresel etkenlerin ölçülmesi sonucu eğitim ve iş deneyimine bağlı başarıların beslenme ve sağlık ile yakından ilişkili olduğu iddiasına dayanmaktadır. *a.k.*, s.9-10.

²⁴⁹ World Bank, World Development Report 1978, s.54-64.

²⁵⁰ Charles C. Griffin, *a.g.e.*

hizmetlerindeki gelişmenin teknolojik gelişme ile paralel olduğunu belirten yazar bunun ekonomik gelişmeye de katkı sağladığını vurgulamıştır. Yazarın kaleme aldığı Sağlık Sektörü Politika Belgesi, temel sağlık hizmetlerinin gelişmesi için gerekli kurumsal ve örgütsel problemlerin aşılması ve finansal mekanizmaların kurulmasına yöneliktir.²⁵¹

Sağlık harcamaları içinde özel sektörün payına yönelik araştırmalara yer veren DB, sağlık sektöründe ciddi harcama yapan özel sektörün kamu politikaları içinde değerlendirilmesi gerektiğini belirtmektedir. Kamu hizmetlerinin özel sektör yoluyla gördürülmesini konu alan bir raporda özel sağlık hizmetlerinin gelişmekte olan ülkelerde halen lider bir rol üstlendiği ifade edilmektedir.²⁵² Bu doğrultuda verimlilik ve hakkaniyet temelinde özel sektörün göz önünde bulundurulması²⁵³ gerektiği belirtilmektedir.

DB uzmanları düşük gelirli ve yoksul olan ülkelerin eğitim ve sağlık alanında yatırım yapamadıklarından hareketle bu alanlarda yatırım yapılmasını önermektedir. Bu doğrultuda üretim ve talebin büyümeyi doğrudan etkilediği varsayılmıştır.²⁵⁴ Yoksul ülkelerin geliri düşük olduğu için bunların kamu sağlık hizmetlerine erişim ve verimlilik açısından da sorunlu olduğu düşünülmektedir.²⁵⁵ DB uzmanlarının başka bir iddiası da sağlık hizmetlerinin özel sektörden satın alınamaması ve kamu tarafından dağıtımının yoksulluğun yaygınlaşmasında önemli bir etmen olarak görülmesidir.²⁵⁶

²⁵¹ Yazı aynı zamanda DB'nin üçüncü dünya ülkelerinin kalkınmalarına yönelik raporuna dayanarak hazırlanmıştır. Aynı yazıda sağlık sektörü için yapılan harcamalar ülke düzeyinde araştırılmış bu doğrultuda kişi başına düşen sağlık harcamaları da listelenmiştir World Bank, *Health Sector Policy Paper*, (Second Edition), Washington D.C.,1980. [http://documents.worldbank.org/curated/en/1980/02/](http://documents.worldbank.org/curated/en/1980/02/(29.12.2015)) (29.12.2015).

²⁵² Tayland'da sağlık hizmetlerinin yarısının özel sektör tarafından % 20'sinin ise şifacılar tarafından yerine getirildiği ifade edilmektedir. Gabriel Roth, *a.g.e.*, s.123.

²⁵³ *a.k.*, s.126-127.

²⁵⁴ World Bank, *a.g.e.*, 1980, s.34.

²⁵⁵ Burada şöyle bir soru sorulabilir: Yüksek gelirli ülkelerin sağlık göstergeleri iyi midir? Örneğin Katar kişi başına düşen milli gelir açısından dünyada birinci sırada yer almaktadır. Ancak bu durum Katar'ın üçüncü dünya ülkesi olmasını değiştirmezken sağlık hizmetlerinin de mükemmel olduğunu göstermez. "Katar Milli Geliri En Yüksek Ülke Oldu", <http://www.ensonhaber.com/katar-milli-geliri-en-yukse-ulke-oldu-2017-01-26.html>, (12.04.2017). Katar'da kişi başı sağlık harcaması 1.600 dolardır. Katar'ın sağlık için ayırdığı pay ise ülkenin GSYH'sinin %2'sine denk gelmektedir. "Sağlık Turizmi Ülkeler", <http://www.satürk.gov.tr/images/pdf/ust/katar.pdf>, (21.05.2017).

²⁵⁶ World Bank, *a.g.e.*, 1980, s.26. Burada bir eleştiri yapmak gerekirse piyasacı olmayan sağlık sistemlerinin piyasacı olan sistemlere göre daha gelişmiş olduğunu söylemek gerekir. Örneğin Küba, Amerika'ya göre daha az sağlık harcaması yapmasına rağmen Amerika'dan daha üstün sağlık göstergelerine sahiptir. İlker Belek, *Küba'da Sağlık ve Sosyalizmin Başarıları*, Yazılama Yayınevi, (3. Baskı), İstanbul, 2015.

Tablo 2: Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm Öncesi ve Sonrası

Sağlık Hizmeti	DSÖ	DB
Reform	Bütüncül sağlık hizmeti	Parçalı sağlık hizmeti
Kavramsal Dönüşüm	Kamu sağlık hizmeti	Piyasacı sistem Sağlık harcama değeri yaratmalı
Yerelleşme	Hizmeti yaymak	Hastaneleri özerk kılmak
Hizmete Erişim	Kır önemli	Kent önemli
Maliyet Politikası	Ücretsiz tedavi verilmeli	Tedavi paralı olmalı
Araçlar	Gönüllü kuruluşlar	Sağlık sigortası
Devletin Rolü	Sağlık hakkını sağlamalı	Özel sektörü teşvik edici kurumsal düzenlemeler yapmak
Öncelik Alanı	Koruyucu hizmetler	Tedavi edici hizmetler
Sağ. Bak. Rolü	Kır+Kent	Kır

Tablo 2’de DSÖ ve DB’nin sağlık politikasına yönelik değişiklikler yer almaktadır. DSÖ, uluslararası alanda sağlık politikalarının yürütücüsü olarak birtakım girişimlerde bulunarak sağlık hakkının kabul edilmesinde ve devlete bu anlamda sorumluluklar yüklenmesinde etkili olmuştur. Ancak 1970’li yıllarda DSÖ’nün uluslararası firmalar ile sorun yaşaması sonucu DB, sağlık hizmetlerine doğrudan müdahale etmiştir. DB gelişmekte olan ülkelere kredi vererek piyasa ilişkileri doğrultusunda reform hareketini başlatmış ve özel sağlık sunucuları ile sağlığın gelişeceğini duyurmuştur. Sağlık hizmetlerinde reform hareketi ilk olarak hizmetlerin parçalanması, devletin ve özel sektörün sorumluluklarının ise buna göre belirlenmesi temelinde yürütülmüştür. Kentsel alanlarda paranın miktarının daha fazla olması, özel sektörün tedavi edici hizmetleri sunmasını istemesine (harcama değeri yarattığı için) neden olmuştur. Kırsal alanlarda ise paranın daha az olması nedeniyle devletin buralara sağlık hizmeti götürmesine yönelik girişimler başlatılmıştır.

Sağlık hizmetlerinde reform, maliyet gerekçesiyle kırsal alanlarda koruyucu hizmetleri devletin vermesini, tedavi edici hizmetlerin ise pahalı olduğu gerekçesiyle özel sektöre bırakılmasını gerektirmiştir. DSÖ 1970’li yıllara kadar devlete sağlık hakkından kaynaklanan bir sorumluluk yüklemiştir. Ancak bu durum DB’nin maddi gücü doğrultusunda devletin sağlık alanında özel sektör girişimlerini desteklemesine yönelik politikalar ile yer değiştirmiştir. Bu doğrultuda devletin rolü de koruyucu hizmetleri sağlamakla sınırlandırılmış, ancak devlete özel sektörün gelişimini destekleyecek idari ve yasal düzenlemeler yapma görevi de verilmiştir. Sonuç olarak aşağıda da görüleceği üzere sağlık alanında özel sektörün ve devletin rollerinin belirlenmesine yönelik çalışmalar yapılmış ve devlete sağlıkta özel sektörü teşvik edecek kurumsal düzenlemeler yapma rolü yüklenmiştir. Sağlığın özel sektör için

yatırım alanı olma fikri ise özel sektör için öncelikli alanların dönüşümü ile mümkün olmuştur. Bu bağlamda koruyucu sağlık hizmetleri devlete bırakılırken, tedavi edici sağlık hizmetleri ise devlet teşviki altında özel sektör girişimcilerinin yatırım alanı olarak dönüşüme uğramıştır.

B. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM POLİTİKASI ÇERÇEVESİNDE KULLANILAN ARAÇLAR

Bu çalışmanın konusu olan SDP'ye giriş yapmadan önce yukarıda belirtilen genel çerçeveye uyumlu olarak 1980 sonrasında sağlık alanında bir dizi neoliberal reform girişimlerinin yaşandığını belirtmek gerekmektedir. Bu girişimler tezde SDP'nin 1990'lı yıllardaki adı olan Sağlıkta Mega Proje ile birtakım pratikler üzerinden analiz edilmiştir. Ancak burada SDP'yi daha iyi anlamak ve sağlık hizmetlerinde yapılmak istenen reform hareketinin kurumsal ayağını görmek için 1980'lerde DB raporlarında yer alan başlıkları ele almak gerekmektedir. Bu başlıklar tezin genelinde de görüldüğü üzere gelişmekte olan ülkeler için hazırlanan raporlarda yer almıştır. Sağlık hizmetlerinde erişim ve maliyet sorunlarına verimlilik çerçevesinde bir çözüm bulmak adına sağlık reformu, yerelleşme çerçevesinde değerlendirilmiştir. Bu bağlamda reform, yukarıda da yer verildiği gibi sağlık hizmetlerinin kamu kurum ve kuruluşlarının yükümlülüğünde veya kontrolünde olmasından dolayı özel sektörün alana nasıl dâhil olabileceği üzerine kurulmuştur. Aşağıda ise destekleyen DB raporlarına yer verilerek kamu ve özel sektörün sağlık hizmetlerine yönelik rollerinin yeniden belirlenmesi için yapılan tanımlamalara yer verilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin devletin sorumluluğunda bulunması özel sektörün alana girişini zorlaştırmıştır. Devletin tehdit olarak gördüğü salgın ve bulaşıcı hastalıkları önleme ihtiyacı sağlık sistemlerinin de entegre bir şekilde sunulmasını ve bu hizmetlerin devletin kontrolü altında olmasını gerektirmiştir. Kamu hizmeti özellikleri taşıyan sağlık hizmetleri için özel sektörün bir anda alana girmesi onun başarısızlığı ile sonuçlanacaktır. Çünkü hasta davranışları ve tercihleri, medikal ilaç ve cihaz kullanımı, hastalara ilişkin veriler devlet tarafından idare edilmektedir. Aşağıda da ele alındığı üzere devletin sağlık hizmetlerindeki rolü tartışılırken piyasa başarısızlığı ve devlet başarısızlığı (state failure) tezi maliyet ve verimlilik çerçevesinde kullanılmıştır.²⁵⁷ Ancak bu durum ikisinin birbirinin alternatifi olması anlamına gelmemelidir. Sağlık alanında kamunun yerine tamamen özel sektörün geçmesi işleri daha da kötü hale

²⁵⁷ Piyasa başarısızlığı ve sınırlı rasyonalite kavramları klasik iktisadın eleştirisi olarak 1970'lerde hakim olmaya başlayan bir akım olarak yayılmıştır. DB belgelerine de giren bu iki kavram sağlık sisteminde hükümete düşen görevler başlığında kullanılmıştır.

getirecektir. Durumun tam tersi de geçerlidir. Bu doğrultuda çözüm iki aktörün kendilerine düşen sorumlulukları yerine getirmesine bağlıdır. Bu sorumluluklar ise temel sağlık hizmetlerinde devleti, tedavi edici hizmetlerde ise özel sektörü karar verici hale getirmektedir.

Özel sektör için hükümetlerin sağlık bakım hizmetlerini tamamen bırakması istenen bir durum olamamakla birlikte kırsal alanlara devletin sağlık hizmetlerini götürmesi beklenmektedir. Bu durum aşağıdaki paragraftan da açıkça görülmektedir:²⁵⁸

“Doğası gereği bulaşıcı ve salgın hastalıkların maliyeti net olarak hesaplanamaz (aşılama, içme suyu temini). Bu yüzden hükümetin sağlık programları maliyet etkin (cost effective) olmalıdır. Özel sektör piyasada olsa bile hükümet bu alanda düzenleme yapmalıdır. Bu düzenleme hem sigorta hem de sağlık bakım hizmetlerine ilişkin olmalıdır. Özel sektörün verimli olduğu kabul edilse de eşitliğin olması için hükümet bulunmalıdır. Teşvik verecek aktör hükümet olduğu için yoksullar ve bakıma muhtaç olanlarla hükümet ilgilenecektir. Bu doğrultuda şehirlerde olmasa da kırsal alanlarda hükümet müdahalesi haklıdır.”

Yukarıdaki ifadelerden de anlaşılacağı üzere sağlık hizmetlerinin bir bütün halinde özel sektöre devredilmesi istenilen bir durum değildir. DB uzmanları özel sektör ve hükümet için sağlık hizmetlerinde yerine getirilmesi gereken durumları tahlil etmiştir. Her durumda özel sektörün desteklenmesi fikri devletin rolüne yapılan vurguyu önemli hale getirmektedir. Ancak sağlık hizmetlerinde hükümet müdahalesinin haklı olduğu durumlar ise sınırlandırılmıştır. Örneğin kamunun sağlık alanına girmesi, özel sektörün ise gerekli olmadığı sürece alana girmemesinin beş koşulu bulunmaktadır. Bunlar;²⁵⁹ fiyatlandırma yapılamayan durum, maliyeti düşürülemeyen hizmetler, merit (erdemli) malların üretimi, doğal tekeller ve maliyeti hesaplanamayan durumlardır.

DB uzmanları yukarıda da belirtildiği üzere kamu sağlık bütçesinin yetersiz kaldığını ve bunun ağır bütçe yüküne sebep olduğunu; dolayısıyla risk paylaşım araçlarının, kamu dağıtım ve sübvansiyon sistemlerinin verimsiz olduğunu ifade etmiştir. Uzmanlar, bunların başlıca sebebini ise hükümetlerin yetersiz kaynak ve bütçelerine rağmen sağlık alanında aşırı yetkilerle donatılmış olmasına bağlamıştır. Kamu Tercihi Teorisi ele alınırken siyasi sistemin aksaklarından yararlanan kimselerin kamu kaynaklarının kullanımı konusunda politik çıkarlarını gözettiklerine dair bilgiler yer verilecektir. Bu bağlamda DB uzmanları da sağlık hizmetlerini kamu kaynakları ile gerçekleştirme düşüncesinin verimsiz olduğunu öne sürmektedir. Ancak uzmanlar bu durumda kurumsal düzenlemeler ile sorunun halledileceği önerisini getirmişlerdir.

²⁵⁸ Charles C. Griffin, *a.g.e.*, s.4.

²⁵⁹ Gabriel Roth, *a.g.e.*

DB uzmanlarından Griffin'e göre, hükümetler kamu malları ve araçlarıyla sağlık alanını sübvansе ettikleri için diğеr alanlarda da problemler yaşanmaktadır. Geçmişte olduğu gibi hükümetten sağlık yardımını bekleyen insanlar bu süre içinde bekleyip ilgi göremedikleri için geleneksel şifacılar ve yerli tıp uygulayıcılarına başvurmuşlardır. Bunu engellemek adına özel sektör, geleneksel şifacıların yerine ikame edilecek ve insanların taleplerine cevap verilebilecektir. Griffin, aşağıdaki sözleriyle devletin sağlık alanındaki rolüne ilişkin daha detaylı bilgiler vermektedir:²⁶⁰

“Koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilerek hükümet sorumluluğuna bırakılması; hastalık kontrolü, aşılama ve anne çocuk sağlığına ilişkin programların yürütülmesi ile mümkün olabilir. Tedavi edici hizmetlerde ise özel sektörün önemi göz ardı edilmemelidir. Ayrıca sağlık sigortası teşvik edilmeli, gerektiği takdirde özel sağlık sigortacılığından yararlanılmalıdır. Geleneksel şifacılar sistemden uzaklaştırılmalı veya sertifika verilerek bunlar istihdam edilmelidir.”

“Eğer hükümetler tüm sağlık hizmetlerini gerçekleştirmek isterse bu maliyetin altından kalkılamadığı gibi özel sektör de yer altına gönderilmiş olacaktır. Kırsal alanlardaki modern sağlık hizmetleri için devletin özel girişimcilerin hakkını vermesi ve onları desteklemesi gerekmektedir. Şehirlerde ise verimlilik ve düşük maliyet gerekçesiyle sağlık bakımına ilişkin hizmet sağlanması ve dağıtım konusunda sübvansiyonlar yapılabilir. Ancak bu verimlilik temelinde hükümet müdahalesinin meşruluğunu zayıf bırakacaktır.”

Yukarıda yer alan görüşler toparlanacak olursa devletin sağlık hizmetlerindeki rolünün regülasyon politikaları ile sınırlandırılması gerekmektedir. Hastane hizmetlerinde özel sektörün alana dâhil olabilmesi ve özel sağlık sigortacılığının uygulanması için bu müdahalenin gerekli olduğu varsayılmaktadır. Yukarıda yer verildiği üzere özel sektörün yer altına gönderilmesi ifadesi tabiri caizse merdiven altı sağlık hizmetine benzer bir uygulamanın gerçekleşeceğine dönük bir imadır. Bu aynı zamanda gerekli düzenlemelerin yapılmaması durumunda özel sağlık hizmetlerinin devletin kontrolünden çıkacağı anlamına gelmektedir.

DB uzmanlarından Roth ise gelişmekte olan ülkelerde özel sektörün sağlık yatırımları için -özellikle hastane hizmetleri- büyük bir potansiyel bulunduğunu iddia etmiştir. Bu aynı zamanda hükümetlerin üçüncü parti ödeme sistemlerine yönelik düzenlemeleri yeniden gözden geçirmesini de gerektirmektedir. Hükümetin sigorta sistemlerini geliştirmesi özel sektörü ise özel sağlık hizmetlerinden yararlanmak ve parasını ödemek isteyenler için teşvik etmesi gerekmektedir. DB uzmanı Golloday²⁶¹ özel sektörün piyasaların daha iyi ve kullanışlı çalışması açısından tercih edilmesi gerektiğini belirtmektedir. Bu bağlamda özel sağlık girişimleri kamu bütçesini rahatlatmak için kullanılmalıdır. Ancak sağlık hizmetleri için ayrı bir kaynağın

²⁶⁰ a.k.

²⁶¹ World Bank, a.g.e.,1980, s.35.

yaratılması gerekmektedir. Vatandaş ve özel sağlık sunucuları arasında üçüncü bir ödeme sisteminin yer aldığı ve bu sistemin devlet tarafından düzenlendiği bir kaynağa ihtiyaç duyulmaktadır. Bu doğrultuda üçüncü parti ödeme sistemleri hem hastalar ve firmalar hem de hükümet üzerindeki yükü hafifletecektir. Kaynak yaratma çabaları ise mevzuata yönelik düzenlemeler üzerinden sağlık hizmetinin sunum ve finansmanın yerleşmesiyle çözüme kavuşturulacaktır.

Yukarıda yer alan ifadelerden sağlık harcamalarının kaynağının hükümet olduğu ve bu durumun sağlık hizmetlerinin sunumunda problemlere yol açtığı anlamı çıkmaktadır. Bununla birlikte sağlık hizmetlerine olan talebin esnek olmadığını dolayısıyla insanların her durumda sağlık hizmetine başvuracağını ifade etmek gerekir. Başka bir deyişle DB uzmanları, insanların sağlık hizmeti için zorunlu olarak para ayıracağı kanaatindedir. Tüm bunlardan çıkarılan sonuç ise sağlık harcamaları için kaynak oluşturulması, bu kaynağın ise hükümetin yanı sıra kullanıcılardan toplanmasına yönelik bir çözümü gerektirdiğidir.

Nihayetinde sağlık reformunda devletin iki farklı işleve sahip olduğu söylenmelidir: Temel sağlık hizmetlerinin sunumu ve tedavi edici hizmetlerin özel sektör için harcama değeri yaratan bir alana dönüşümünü sağlama.²⁶² Bu işlevlerin yerine getirilmesi ise aşağıda ele alındığı üzere sağlık hizmetlerinin ayrıştırılması/parçalanması anlamına gelen yerleşme ile mümkün olmuştur.

1.Sağlık Hizmetlerinde Yerleşme: Harcama Alanının Belirlenmesi

1980'lerde yaşanan ekonomik durgunluk büyüme hızını da yavaşlatmış bu durum kamu harcamalarının azaltılmasını gerektirmiştir. Bu doğrultuda sağlık hizmetlerinde alternatif yaklaşımlara ihtiyaç duyulmuştur. Yerleşme, sivil toplum katılımı, kullanıcı ücretlerinin yerleştirilmesi ve sağlık sigortasının kurulması gibi alternatif modeller üzerinden yeni finansal stratejilerin tartışılması DB'ye bir zemin yaratmıştır. DB uyarılarının dikkate alınması için elinden geleni yapacağını bildirmiştir.²⁶³ Bu doğrultuda aşağıda da ele alındığı üzere DB sağlık reformuna yönelik olarak gelişmekte olan ülkeler için kendi uzmanlarına raporlar hazırlatmıştır.

²⁶² Örneğin, Türkiye'de 1980'li yıllarda kurumsal reformlar yapılmış ancak DB raporlarında da yer aldığı üzere bu yeterli görülmemiştir. 1980'li yıllarda Türkiye'de özel sağlık hizmet sunuculuğunun yasaklandığını belirten uzmanlar bunun sağlığın geliştirilmesinde büyük bir engel olduğunu ifade etmişlerdir. Gabriel Roth, *The Private Provision of Public Services in Developing Countries*, World Bank Institute, Washington, D.C., 1987.

²⁶³ World Bank, *Financing Health Services in Developing Countries – An Agenda for Reform*, Washington D.C., 1987, <http://documents.worldbank.org/curated/en/1989/07/440431/financing-health-services->, (29.12.2015).

Sağlıkta yerleşme kavramı, gerek DSÖ gerekse DB tarafından 1970'lerin sonundan itibaren sürekli dile getirilmektedir. Ancak DB'nin yerleşme kavramını kullanımı ile DSÖ'nün kullanımı birbirinden farklıdır. DB söz konusu kavramı piyasa ilişkileri açısından yeniden kurgulamıştır. DB'nin yayınladığı raporlarda gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin kamu tarafından oluşturulan fonlardan karşılandığı; fakat alternatif modeller ile kullanıcıların ödeyeceği bir sistemin kurulamadığı belirtilmiştir. Sağlık hizmetlerinin gelişmesi ile birlikte hizmetlere olan talebin ve hükümetlerin sorumluluğunun artacağı vurgulanmıştır.

DB uzmanlarına göre sağlık, teknik yönü ağır basan karmaşık bir kavramdır. Aynı zamanda sağlık tümüyle devlete veya tümüyle özel sektöre devredilemeyecek kadar yoğun bir kavramdır.²⁶⁴ DB'ye göre kamu hizmeti sınırlıdır ve katı kurallarla yönetilir; bu yüzden sağlık kamu hizmeti kavramının içine sıkıştırılamaz. Sağlık sadece devlet tarafından gerçekleştirilirse verimlilik/maliyet temelinde yetersizlikler baş gösterir ve sağlık hizmetlerine erişim kısıtlanmış olur. Tedavi edici hizmetler sürekli teknoloji ile tıbbi medikal yatırımı gerektirdiğinden görece yüksek maliyetlidir. Temel sağlık hizmetleri görece daha az maliyetli olduğu için devlet bu alanda sorumlu olmalıdır. Bu hizmetleri özel sektör yerine getiremez; çünkü temel sağlık hizmetlerinin maliyeti hesaplanmadığı gibi insanlar da gerekli ücreti ödemekte isteksizdir. Dolayısıyla sağlık hizmetinin yerleşmesi gerekmektedir.²⁶⁵

Yukarıdaki genel çerçeveye uyumlu olarak sadece Sağlık Bakanlığı'nın merkezi ve hiyerarşik yapısının kırılması anlamına gelmeyen yerleşme²⁶⁶, özel sektör tarafından verilen sağlık hizmetlerinin devletin uç birimlerine kadar (kırsal kesimlere ve orda yaşayan vatandaşlara) yayılması anlamını taşımaktadır.²⁶⁷ Sağlık alanında yerleşme, sağlık hizmeti sunan sivil toplum kuruluşlarının desteklenmesi gerektiği,

²⁶⁴ Frederick Golladay, a.g.e., s.47.

²⁶⁵ Ayırıştırma; erişim, maliyet, verimlilik gibi kavramlar üzerinden yapılmıştır. Sağlık pozitivist anlayış ile teknik bir kavrama indirgenmiş pozitivistin olgu değer ayrımı üzerinden sağlık alanı da etkilenmiştir.

²⁶⁶ Yerleşme hastanelerin idari ve mali olarak özerkleştirilmesi anlamında kullanılmıştır. Sağlık Bakanlığı içinde alt birimlere yetki devri anlamına gelen devolüsyon kavramı ise yerleşmenin başka bir kullanım biçimi olarak kavramsallaştırılmıştır.

²⁶⁷ Sağlık hizmetlerinin kırsala götürülmesinin kârlı bir iş olmadığı parçalı yapıda bulunan sağlık hizmetlerinin aslında toplulaştırılarak entegre bir biçimde verilmesi gerektiği üzerinde çalışmalar yapılmıştır. Bölgesel sağlık hizmetinin ortaya çıkmasıyla sonuçlanan sağlık reformu etkinlik ve verimlilik gibi söylemler üzerinden taşradaki vatandaşların merkezi hastanelere "zorunlu sevkine" dayanmaktadır. Bu düşünceler Türkiye'nin sağlık projelerinde ise şu şekilde yer almıştır: "Üyenin kayıtlı olduğu bir aile hekimi veya sağlık ocağı aracılığıyla, tedavi ve kişisel koruyucu hizmetler de dahil olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetleri, ...sağlık hizmetini alırken Bölge Sağlık İdarelerinin anlaşmalı olduğu hizmet sunan birimler arasından... temin edecektir." Bu durumda hastanın hizmet seçme şansı olmayacaktır. Sağlık Bakanlığı, Türkiye *Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje*, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1992, s.36.

temel sağlık hizmetlerinin kamu tarafından verilebileceği ve bu alanda hizmet veren piyasa aktörü yoksa sağlık hizmetini devletin üstlenebileceği gibi fikirler etrafında şekillenmektedir. Bu çerçevede sağlık hizmetlerinin verimli olabilmesi için kullanıcı ücretlerinin toplanması, planlama ve bütçe faaliyetlerinin düzenlenmesi açısından faydalı görölmektedir.²⁶⁸ Ancak DB, sağlık hizmet sunumu ve finansman birimlerinin ayrıştırılması ve kamu hastanelerine özerklik verilmesi düşüncesi ile yerelleşmeye yeni bir anlam katmıştır.

DB'nin Sağlık Bakanlığı'nın hiyerarşisini kırmaya yönelik söylemleri birbiriyle çelişmektedir. Genele sürekli ve düzenli bir kamu hizmeti verilebilmesi için hiyerarşik yapının sürdürülmesi gerekmektedir. Zaten yerelleşme politikasıyla devletin sağlık hizmetlerini tamamen özel sektöre devretmesi gerektiği gibi bir anlam da çıkmamaktadır. Tezin üçüncü bölümünde şehir hastaneleri başlığında ele alındığı üzere Sağlık Bakanlığı alandaki kontrolünü artırırken Bakanlık, özel sektörden mal ve hizmet alımı konusunda vazgeçilmez bir alıcı konumundadır. Dolayısıyla sağlık reformunun uygulama ayağını kamu oluşturmakta; kurumsal düzenleyicilik rolü ön plana çıkan Sağlık Bakanlığı'nın ise sözde merkezi ve hiyerarşik yapısı, reformun başarısı için gerekli görünmektedir.

Daha önce ele alındığı üzere sağlık hizmetinin kamusal niteliği tartışmalara konu olmuş; sağlık bölünebilirlik üzerinden reforma tabi tutulmak istenmiştir. Bu çerçevede David De Ferranti'nin²⁶⁹ sağlık hizmetlerinde *tedavi edici* (curative) ve *koruyucu* (preventive) ayrımı kamu ve özel sektörün sağlık alanındaki rollerinin belirlenmesi için önemli bir başlangıçtır. DB uzmanları ise Ferranti'nin yaklaşımını geliştirmiş, uzmanlar sağlık hizmetinin ne tür bir mal olduğunu *tercih* (choice) ve *tüketici* (consumer) kavramlarını sağlık hizmetlerine yerleştirerek açıklamıştır.²⁷⁰

“Parası olanlar alternatif medikal yöntemler ile tıbbi cihaz tercihini yaparak karar alma mekanizmasında yer almak isteyecektir. Parayı kim ödüyorsa tercih hakkına da sahip olacaktır. Tüketici alternatif sağlık hizmeti ve tedavi yöntemi arayacak ve satın almaya talip tüketiciler için bu hizmetler özel sektör tarafından sunulacaktır.”

“Sağlığa ayrılan kamu kaynakları sınırlıdır ve bu kaynaklar hiçbir şekilde verimsiz kullanılamaz. Kaynakların hem finansal açıdan hem de insan kaynakları açısından verimli kullanılması gerekmektedir. Sağlık bakımı için tahsis edilen miktar piyasalar tarafından arzu edilmez. Bunun sebebi sağlık ihtiyacına ayrılan kaynakların gelirle aynı oranda dağıtılmasıdır. Çünkü geliri olmayan kadın ve çocuklar, bakım ihtiyacı olanlar arasında ilk sırayı alır. Ayrıca gelir düzeyi sınırlı olan insanların temel sağlık hizmetlerini alması gerekir”.

²⁶⁸ World Bank, *a.g.e.*

²⁶⁹ David De Ferranti, *a.g.e.*

²⁷⁰ Frederick Golladay, F. Liese, *a.g.e.*, s.47.

Yukarıdaki paragrafta yer alan fikirler 1980’li yıllarda düşük gelirli ülkelerde (GSYH’nin %2’sine denk gelen) yapılan sağlık harcaması üzerinden yükselmiştir. Söz konusu harcamayı kamu kesimi yaptığı için DB, sağlık hizmetlerinin gelişmesinin yetersiz olacağını iddia etmiştir.²⁷¹ Sağlık hizmetlerinin gelişmesinin özel sektörün alana girmesiyle mümkün olacağını ifade eden DB, aynı zamanda özel sektöre harcama değeri sağlayacak kaynak bulma görevini de devlete yüklemiştir.

2. Yerelleşme Uygulaması Olarak Sağlık Hizmetlerine Kaynak Sağlama

Kamu harcamalarındaki dengesizliğin piyasalarda yarattığı olumsuz dışsallıklar,²⁷² devletin asli görevlerine dönmesi gerektiği gibi fikirleri ortaya çıkarmıştır. Örneğin kamu yararı gerekçesiyle hareket eden bürokratlar, kendi bürolarının çıkarını düşünürken gereksiz harcamalarda da bulunabilmektedirler. Ancak merkezi bütçeden ayrı olarak kullanıcı katkılarına dayalı bir finansman birimi üzerinden harcamalar gerçekleşirse kamu bütçesi de rahatlayacaktır. Sağlık hizmetlerinde harcama ve finansman birimlerinin merkezi yapılardan idari ve mali olarak özerk çalışması ile durum çözülmüş gibi görünecektir.²⁷³

Sağlık hizmetleri gerek özel gerekse kamu tarafından sunulsa da hizmetler için baskın bir fikir vardır ki o da hakkaniyet ve adaletin sağlanmasıdır. Bu doğrultuda sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında finansal riskten kaçınılması için ek kaynakların oluşturulması da gerekmektedir. Risk, hakkaniyete ilişkin bir durum yaratmasa da verimlilik sorunlarını beraberinde getirir.²⁷⁴ DB, sağlıkta talep esnekliği olduğu için gelişmekte olan ülkelerde fon ya da sigorta sisteminin kurulması ile bu sorunun aşılabileceğini iddia etmiştir. Sağlık, tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmeti olarak ayrılırken geliştirilen fon sistemiyle de finansmanın hizmet sunumundan ayrılması önerilmektedir.²⁷⁵ Ek bir harcama yapmadan bir kaynak oluşturularak nerde

²⁷¹ World Bank, *a.g.e.*, 1980, s.77. DB uzmanları gelir düzeyi farklı olmasa dahi pek çok tüketicinin sağlık hizmeti seçmek için yeterli niteliğe sahip olmadığını ifade etmektedir. Sonuç olarak DB, zorunlu olarak kamu sağlık hizmetlerini kullanan insanların özel sektörü tercih veya talep edebilecek bilinç düzeyinin oluşmadığı yönünde bir şikâyette bulunmuştur. Bu bağlamda sağlık bakımına ilişkin hizmetlerin karmaşıklığı da tüketicinin deneyimsizliği de değerlendirmeye yansımaktadır. Frederick Golladay, F. Liese, *a.g.e.*, s.47-48.

²⁷² Kamunun sağlık hizmetlerine ilişkin yaptığı personel, eğitim, bina gibi harcamalar sağlık üzerindeki müdahaleleri artırır. Kontrol ve düzenlemeler ile yapılan müdahaleler aynı zamanda hizmet sağlayan özel girişimleri kaldırır. Bu durum hizmetlerden özel kazanç sağlanmasını engellerken ilaç kullanımı, malzeme ve personel üzerindeki mali disiplini azaltarak özel finansal teşvikleri baskılayacaktır. Çözüm ise kullanıcı katkılarının getirilerek mali riskin toplumun tüm kesimlerine paylaşılması olmuştur.

²⁷³ Söz konusu düşünceye bir eleştiri getirmek gerekirse merkezi idareden transfer edilen kaynaklar arttığında durum tekrar eski haline dönerken; ikinci bölümde ele alındığı üzere devletin özerk harcama birimlerini finanse etmeye başlayacağı da söylenmelidir.

²⁷⁴ Charles C. Griffin, *a.g.e.*, s.2.

²⁷⁵ World Bank, *a.g.e.*, 1980, s.46-48.

ne zaman görüleceği belli olmayan sağlık sorunları için harcamaların yapılması, büyüme ve gelir düzeyini etkileyecektir. Dolayısıyla finansal araç olarak bir kaynağın oluşturulması sağlık sisteminin dayanıklılığını da artıracaktır.

DB uzmanlarına göre, fon üzerinden havuza dayalı bir sigorta sistemi kurulmalıdır ve bu zaten gelişmiş ülkelerde uygulanmaktadır.²⁷⁶ Sigorta sistemi, ekonomik sıkıntılar karşısında bir önlem olarak maliyetin sigorta yaptırılanlar arasında paylaşılmasına dayanmaktadır. Özel sektörün sigortacılık işi planlı ve uzun vadeli bir ödeme sistemini gerektirir. Hastalık riski fazla olanlar diğerlerine göre sigortadan daha çok yararlanırlar.²⁷⁷ Burada vurgulanan şey tüm kişilerin zorunlu olarak sağlık sigortasına geçirilmesidir. Gönüllülük, maliyet paylaşımı ve risk açısından yukarıdaki örnekte olduğu gibi birtakım dengesizlikler bulunmaktadır. Zorunlu sosyal sigorta sistemi için prim ödemeleri, kesintiler ve teşvikler gereklidir. Sigorta sisteminin yoksul insanların tamamını kapsamamasına rağmen erdemli bir uygulama olduğu ifade edilse de prim ödemeyenlerin yararlanamayacağı bir sistemin ne kadar erdemli olduğu tartışma konusudur.

DB uzmanlarına hazırlatılan raporlarda görüldüğü üzere devletin sağlıkta yükümlülük alanı maliyet üzerinden belirlenmiştir. Ayrıca daha önce ele alındığı üzere DB'ye göre, sağlık hizmeti 'sektör' olarak teknik yönü oldukça ağır basan bir alan olduğu için kamu hizmeti sınıflandırılmasına aykırıdır. Dolayısıyla teknik özelliği yüksek olan sağlık sektörünün katı kurallar ile yönetilemeyeceği varsayılmaktadır. Sağlık sektörünün teknik yönü gerekçesiyle problemlerin profesyonel, esnek, performans odaklı olarak maliyet temelinde kurumsal düzenlemeler ile çözümü beklentisi oluşmuştur. Çözüm, daha önce ele alındığı gibi hükümete yüklenen regülasyon rolü üzerinden kurumsal düzenlemeler ile gerçekleştirilecektir. Kurumsal düzenlemeler ise sağlıkta dönüşüm adı altında DB politikaları doğrultusunda şekillenmiştir.

DB sağlıkta radikal değişiklik gerektiren reformların özellikle denetleme ve lojistik alanlarında²⁷⁸ yapılmasını önermektedir. Düşük maliyetli koruyucu sağlık hizmetleri aynı zamanda dağınık ve karmaşık bir yapı içinde bulunmaktadır. Bu yüzden devlet, idari yapısı ile yereldeki kaynakları harekete geçirecek bir örgütlenmede

²⁷⁶ Sigorta sisteminin merkez veya yerel tarafından örgütlenebileceği bu örgüt içinde işverenlerin, sendikaların ve çalışanların oluşturduğu kuruluşlar ya da yarı kamu, yarı özel sigorta sistemlerinin bulunabileceği ifade edilmektedir. Frederick Golladay, F. Liese, *a.g.e.*, s.48.

²⁷⁷ *a.k.*, s.49.

²⁷⁸ Frederick Golladay, F. Liese, *a.g.e.*, s.40-44.

bulunmalıdır.²⁷⁹ Sağlık bürokrasisinin rolüne yapılan vurgu yerel otoriteleri sağlık alanında etkin hale getirme bağlamında kullanılmaktadır.²⁸⁰ Yerel örgütlenmeleri desteklemek gerekli mevzuatın çıkarılması ile gerçekleştirilebilir. Sürekli kanun ve yönetmelik değişikliği ise yerel otoriteleri çöküntüye uğratarak girişimcilerin başarısız olmasına neden olacaktır. Dolayısıyla hükümetlerin rolünün özel sektörün yatırımlarını destekleyecek düzenlemelerden geçtiği ve çıkarılacak yönetmeliklerin ise özel sektör için bir ‘ilaç’ olacağı ifade edilebilir.²⁸¹ Kurumsal düzenlemeleri kamunun özel sektörden mal ve hizmet temini çerçevesinde değerlendirmek gerekirse; sözleşme sisteminin ön plana çıktığı görülecektir. Tezin teorik yaklaşımlar kısmında da ele alınacağı üzere sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için devletin özel sektörden yararlanması durumu sözleşme teorisi ile çözümlenebilir. Bu doğrultuda özel sektör için ilaç gibi gelecek düzenlemelerin piyasa başarısızlığının etkisini de ortadan kaldıracığı öne sürülmektedir.²⁸² Ancak kamunun özel sektörden hizmet satın almasının önünde engel olarak merkezi bütçe yer almaktadır. Dolayısıyla kullanıcı katkılarında dayanan idari ve mali olarak özerk bir finansman birimi kurulursa devletin sağlık hizmetlerine kaynak ayırmasına gerek kalmayacak özel sektör ise oluşturulan kaynaktan yararlanabilecektir.

Kurumsal düzenlemeler sözleşme teorisinin yanı sıra mevzuat çalışmaları bağlamında da değerlendirilmelidir. Mevzuat çalışmaları sağlık alanının piyasa ilişkileri çerçevesinde yeniden düzenlenmesi anlamına gelmektedir. Daha net bir açıklama yapmak gerekirse özel sektörün sağlık hizmetlerine dâhil olabilmesi ve kamu sağlık hizmetleri ile rekabet etmesi için yeni bir fiyatlandırmaya ihtiyaç duyulacaktır. Ücretsiz olan hizmetler fiyatlandırılarak sağlık, özel sektörün yatırım yapması için cazip hale

²⁷⁹ Sağlık bürokrasisinin kırsal alana hizmetleri götürmesi için altı önemli konuya eğilmesi gerekmektedir. Bunlar: personel idaresi, tedarik, kalite, güvence, lojistik ve maliyedir. Sağlık bürokrasisi yerel sağlık hizmetleri için gerekli itici güç olacaktır. Hükümet bu bağlamda kaynak yaratma açısından ilk adımı gerçekleştirmek için yerel örgütlenmeleri harekete geçirmelidir. *a,k.*

²⁸⁰ Neoliberal anlayış, birçok alanda olduğu gibi sağlık alanında da devletin etkinliğinin azaltılması gerektiğini ileri sürmektedir. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin sunumunda kamunun rolü yeniden tanımlanmakta, hizmet sunumunda yerel daha güçlü ve etkin konuma getirilmekte; merkezin rolü politika belirleme, planlama, koordinasyon ve denetimle sınırlandırılmaya çalışılmaktadır. Ayrıca sivil toplum kuruluşlarının ve özel sektörün sağlık hizmeti sunumunda temel aktörler olmalarının sağlanmasına yönelik uygulamalar hayata geçirilmektedir. Cem Ergun, Ayşegül Dericioğulları Ergun, “Dönüşüm mü, Piyasalaştırma mı? Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Üzerine Bir Tartışma”, *Toplum ve Demokrasi*, Cilt:4, Sayı: 8-9-10, s.34. Leadership kavramı için Bkz: Frederick Golladay, F. Liese, *a.g.e.*, s.41.

²⁸¹ Sağlıkta yerel yönetimler üzerinden bir sonuç alamayan Banka özel sektör girişimlerinin desteklenmesi konusunun merkezi hükümetlerin çıkaracağı kanunlar ile olacağına farkına varmıştır. Üniter yapıda bulunan ülkelerde merkezi idarenin siyasi istikrardan uzak olması durumuna karşın yerel otoritelerin destekleneceği fikri baskın çıkarken; siyasi iktidarın tasarısı ve teklifleri hızla yasalaştırılması durumunda buna ihtiyaç kalmayacaktır.

²⁸² Gabriel Roth, *a.g.e.*

getirilecektir. Bu da yukarıda yer verildiği üzere devletin deregülasyon politikalarına geçmesi ile mümkün olacaktır. Nihayetinde mevzuat çalışmaları kullanıcı katkılarının yaygınlaştırılmasına dayalı fon sistemini sağlayacağı için kamuya bütçe dışı bir harcama mekanizması kurulmakta, özel sektöre ise harcama alanı yaratılmaktadır. Ancak bu bile tek başına yeterli görülmemekte özel sektörün alana yatırım yapması için devlete daha önemli bir görev düşmektedir.

3. Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Çalışmaları: Bilgi/Veri Sağlama

Devletin sağlık hizmetlerine müdahale etmesi ve dışsal ekonomilerden dolayı piyasa başarısızlığının varlığı, hükümete birtakım sorumluluklar yüklemektedir. Sağlık hizmetlerine ilişkin verileri elinde bulunduran devlet ile özel sektör arasında bu anlamda bir rekabet de mümkün görünmemektedir. Bu doğrultuda özel sağlık hizmeti sağlayıcılarının en büyük başarısızlığı sağlık sistemine ilişkin tüketici davranışlarından eylemlerine, tıbbi verilerden ilaçlara kadar piyasadan türetebilecekleri bilginin ‘rasyonel’ olduğunun sanılmasıdır. Sağlık hizmet sağlayıcılarının iyi bilgilendirilmiş olması gerekmekte bunu yapacak kurum ise devlet olarak görülmektedir.²⁸³

Hasta davranış ve tercihleri özel sektör tarafından tam olarak bilinemediği için hastalara ilişkin tam bilgi akışı mümkün görünmemektedir. Sınırlı rasyonalite üzerinden kavramsallaştırılan durum, devletin güvenilir bilgiler toplayarak özel sektör ile paylaşmasını ve bu anlamda sağlık bürokrasisinin yeniden yapılandırmasını gerektirmektedir. Böylece devlet, özel sektör için gerekli yasa ve yönetmelikleri çıkaracaktır. Devlet, sağlık sistemine ilişkin bilgileri (hastalık, hasta bilgisi, medikal bilgiler vs.) özel sektöre sunacak ve özel sektör de bilgilendirilmiş olacaktır. Bunun yanı sıra sağlık sisteminin bir arada bulunması özel sektörün alana girişini zorlaştıracığı için sağlık sistemi koruyucu ve tedavi edici olarak ikiye ayrılacaktır. Ancak burada vurgulanması gereken nokta özel sektöre yapılan bu desteklerin devletin üzerindeki işlem maliyetini artıracak olmasıdır. Dolayısıyla sağlıkta dönüşüm, devlete kurumsal düzenleme rolü yüklemekte ortaya çıkacak maliyeti ise devlet üstlenmektedir. Özel sektöre bilgi sağlamaya yönelik faaliyetler devletin daha fazla personel istihdam etmesine, veri hazırlanacak teknolojinin ithal edilmesine neden olurken piyasa için bu girişimler teoriye göre işlem maliyetini düşürecektir. Çelişki tam da bu durumda ortaya çıkmaktadır. Özel sektörün sağlık alanına ilişkin sınırlı olan bilgi düzeyi devletin imkânları ile aşılrken bu durum, devlete duyulan ihtiyaç doğrultusunda Sağlık

²⁸³ World Bank, *a.g.e.*, 1980, s.40-44.

Bakanlığı'nın yapısını da bir anlamda kuvvetlendirmiş olacaktır. Daha önce de ele alındığı üzere Sağlık Bakanlığı'nın işlevi üzerinden yapılan tartışmalar burada da görüldüğü üzere birbiriyle çelişmektedir.

Yukarıda yer alan ifadelerin aksine DB uzmanları sağlık sistemlerinde verimliliği artırmak için hükümetlerin sağlık alanındaki gereksiz yüklerinden kurtulması gerektiğini²⁸⁴ belirtmektedir. Bu doğrultuda koruyucu hizmetleri sunmaya devam eden devlet, hastane ve hasta bakımı hizmetlerinde özel sektörü teşvik edecek girişimlerde bulunacaktır. Sonuç olarak sağlıkta dönüşüm özel sektör aracılığıyla sağlık alanında yaşanan arz kısıtlamalarını kaldıracak, özel sektöre ek finansman kaynakları yaratarak sağlık hizmetlerine erişimi artıracaktır. Ancak bu durum aşağıda ele alınacağı üzere daha fazla sağlık hizmeti kullanımına neden olurken, finansal anlamda kamu harcamalarının özel sektöre yönlendirilmesini gerektirecektir.

4. Sağlık Hizmetlerinin Özel Sektörden Temin Edilmesi: Sözleşmecilik

Sağlıkta dönüşüm, sağlık hizmetlerinin maliyetinin azaltılmasına yönelik olarak başlatılmıştır. DB'ye göre, çözüm sağlık arzının fazlalaştırılmasından ve sağlık hizmetinin piyasa şartlarında dolaşımından geçmektedir. Bu doğrultuda piyasada birden fazla sağlık arzı sağlayıcısı olduğu zaman fiyatlar da rekabet gereği düşecek, alternatif tıbbi yöntemler teknoloji ile gelişecek bu alanda faaliyet gösterenlerin ilgilenmesi ile tıbbi gelişmeler sağlanacaktır.

DB uzmanlarına göre,²⁸⁵ sağlık hizmetlerinde kaynakların sabit olmaması gerekir. Çünkü hükümet, ihtiyaçları doğrultusunda işlem yaptığı için bugün sorun olarak görülen bir durum yarın görülmeyebilir ve bu da kaynakların başka alanlara kaydırılmasına neden olabilir. Ama özel sektör sağlık hizmetlerine girerse hükümetin önceliğine bağlı olarak değil, kendi önceliği (kâr) doğrultusunda işlem yapar. Dolayısıyla özel sektör ve hükümet arasındaki işbirliğinin de düzenlenmesi gerekmektedir. Özel sektör ile hükümet arasındaki ilişki ise sözleşme ilişkisi üzerinden kurulacaktır.

Sağlık hizmetlerinde sözleşmecilik, özel sektörün ürettiği mal ve hizmetlerin kamu tarafından finanse edilmesi anlayışına dayanmaktadır. Sözleşme sistemi ancak hükümet taahhütü ile sürdürülebilir.²⁸⁶ Bu bağlamda literatüre kazandırılan

²⁸⁴ Charles C. Griffin, *a.g.e.*

²⁸⁵ Gabriel Roth, *a.g.e.*

²⁸⁶ World Bank, *a.g.e.*,1980, s.46.

kavramlardan biri de *private provision*²⁸⁷ kavramıdır. Bu kavram, hizmetlerin sunum ve dağıtımını çeşitli yollardan özel sektörün vermesi anlamına gelmektedir. Dolayısıyla özel sektörün sağlık alanına girmesi sağlığın piyasa ilişkileri doğrultusunda dönüşmesine neden olacaktır. Bunun her ne kadar rekabetçiliği teşvik edeceği beklentisi olsa da aşağıda sözleşme yöntemi tanımlamalarında da yer verildiği üzere yöntem rekabeti değil; piyasada tekel olmayı teşvik etmektedir. Sözleşme yöntemiyle mal ve hizmetlerin tedariki ise beş yoldan yapılmaktadır. Bunlar:²⁸⁸ Kamu kurumlarıyla sözleşme yapılması, tekel nitelikte bayilik (monopoly franchises), yönetim sözleşmeleri (management contracts), makbuz/senet (vouchers) ve tüketici kooperatifleri (consumer cooperatives) olarak sıralanmaktadır. Tekel nitelikte bayilik ve yönetim sözleşmeleri (imtiyaz) sağlık mal ve hizmet alımları ve sağlık altyapı yatırımlarında kullanılan yöntemlerdir.

-Tekel Nitelikte Bayilik (Monopoly Franchises): Yatırımların uzun süreli olması durumunda kamu tarafından tek bir şirketin yatırım için tayin edilmesidir. Bu tip yatırımlar su arzının sağlanması gibi uzun vadeye yayılmış projelerdir. Yirmi, otuz yıl süre ile yapılan sözleşmeler kullanılan ekipman doğrultusunda yapılmaktadır. Ölçek ekonomisi gerektiren yatırımlar doğal tekeller gibi tek bir yatırımcı tarafından işletilince, üretim sürecinde sabit sermaye yatırım maliyetleri zamana yayılır ve çıktılar daha uygun maliyete dönüşebilir. Bu model özellikle enerji ve sağlık gibi yoğun sermaye gerektiren alanlarda kullanılmaktadır.

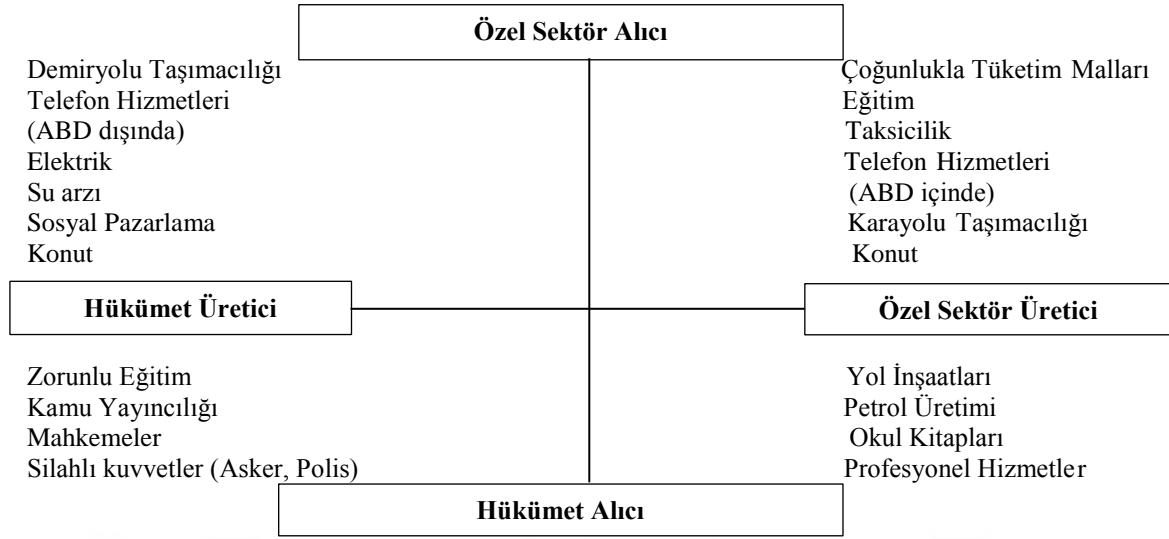
-Yönetim Sözleşmeleri (Management Contracts): Kamunun özel hizmet için bir firmaya imtiyaz vermesidir. Bunun için kamunun süreci yönetmesi gerekmektedir. Telefon, internet ve taşımacılık hizmetleri buna örnek gösterilebilir. Örneğin belediye taşıma sistemleri mülkiyeti, belediyeye ait olsa da özel firmalar tarafından işletilebilir.

Şekil 1’de görüldüğü üzere üretici ve satın alan olarak kamunun ürettiği hizmetler, özel sektör veya doğrudan vatandaşlarca alınmaktadır. Şekilde aynı zamanda özel sektörün ürettiği mal veya hizmetleri doğrudan tüketicilerin ya da kamunun aldığı durumlar da gösterilmektedir. Sağlık hizmeti de sözleşme yöntemi ile sağ alt kadranda görüleceği üzere kamunun satın alma garantisi vermek üzere özel sektörün yürüteceği bir işlem olarak çözümlenebilmektedir.

²⁸⁷ Gabriel Roth, *a.g.e.*

²⁸⁸ *a.k.*, s.1.

Şekil 1: Hükümet ve Özel Sektörün Kamu Hizmetlerinde Üreten ve Satın Alan Konumunda Olduğu Durumlar²⁸⁹



Sağ üstteki kadran üretim ve satın almanın piyasa açısından (özel olarak) gerçekleştiği durumdur. Bu hizmetler özel sektörün ürettiği ve aynı zamanda satın aldığı, kamu tarafından üretilse de özel sektörün alanına giren konulardır (taksicilik, şişelenmiş su, ilaçlar vb.). Sol üst kadran ise hükümet faaliyetlerini içermektedir. Bu kapsama kamunun ürettiği tüm mal ve hizmetler girmektedir. Burada üreticiler ve alıcılar özel kişiler gibi hareket ederler (elektrik telefon, su arzı vb.). Sol alt kadranda başlıklar ise kamu kurum ve kuruluşlarının üretici ve alıcı gibi hareket ettiği durumlardan oluşmaktadır. Burada alınan kararlar siyasi süreçlerden geçer. Örneğin ilköğretimin zorunlu olması ve öğretmen istihdamının ne kadar olacağına kadar hükümetlerin karar vermesi gerekmektedir. Bu çeyrekte ayrıca asker, polis gibi silahlı kuvvetler ve mahkemeler de yer alır.

Sağ alt kadran özel sektör tarafından üretilen ancak kamu tarafından satın alınan ürün ve hizmetleri göstermektedir. Yol yapımları, petrol arama-çıkarma faaliyetleri ve okul kitapları bu kısımda yer almaktadır. Özel sektörün sağlık yatırımları da bu alana dâhil edilmelidir. Çünkü özel sektörün ürettiği sağlık hizmeti, sözleşme ilişkisi ve sigorta sistemi üzerinden en büyük ve garantili hizmet alıcısı olan devlet tarafından satın alınmaktadır. Sağlık alanı bu anlamda kurumsal düzenlemeler yoluyla devlet ve özel sektörün işbirliği yaptığı bir alan haline gelmiştir.

²⁸⁹ Gabriel Roth, *a.g.e.*, s. 13.

Bölüm Değerlendirmesi

Tezin birinci bölümünde ele alınan başlıklar genel olarak sağlık hizmetlerinin piyasa ilişkileri doğrultusunda nasıl bir dönüşüm geçirdiğini göstermek için kullanılmıştır. Bu bölümde vurgulanması gereken en önemli konu sağlığın nasıl, kim tarafından ve hangi nedenlerle harcama değeri haline getirildiğidir. Bu doğrultuda tezde sağlıkta dönüşüm ile ilk olarak sağlık hizmetlerinin tanım ve kapsamı ele alınmış, kamu sağlık hizmetlerinin harcama değeri olarak dönüşümü incelenmiştir. Sağlık hizmetlerinin devletin sorumluluğuna geçmesi ile birlikte gerek piyasa başarısızlığı gerekse devlet başarısızlığı gibi tartışmalar yapılmıştır. Ancak sağlık, kamu kaynaklarının önemli bir kısmının harcanması nedeniyle sağlık ekonomisi disiplini açısından önemli bir yatırım alanı olarak görülmüştür. Gelişmekte olan ülkeler için kalkınma sorununun aşılması, yoksulluğun engellenmesi gibi söylemler ise DB'nin sağlık politikalarında etkili olmasına neden olmuştur. Sağlık hizmetlerinin DB tarafından reform konusu haline gelmesi özel sektörün öncelik alanlarına göre sağlığın dönüşümünü gerektirmiştir. Bu doğrultuda hizmetler temel ve tedavi edici sağlık hizmetleri olarak ayrıştırılmış, devletin ve özel sektörün sorumluluğu yeniden belirlenmiştir.

Sağlık hakkı kavramı çerçevesinde erişim, maliyet ve verimlilik konuları sağlık hizmetlerinin piyasa ilişkileri doğrultusunda nasıl dönüştüğünü göstermektedir. Dolayısıyla kamusal hizmet olarak görülen sağlık hizmetleri uluslararası örgütlerin müdahaleleriyle yeniden tanımlanmış sağlık, özel sektörün yatırım alanı olarak değerlendirilmiştir. Bu çerçevede gelişmekte olan ülkelerin sağlık politikaları uluslararası örgütlerin yönlendirmelerine bırakılmıştır. Bu iddiayı destekleyen kavram ise küresel kamusal mal olarak sağlık tanımı olmuştur. Yapılan analizler sonucunda uluslararası anlaşmalar ve krediler aracılığıyla gelişmekte olan ülkelerin sağlık alanının dönüşüme uğratıldığı tespiti yapılmıştır. Birtakım çözümler doğrultusunda devlet ve özel sektör arasındaki ilişki biçiminin sağlık alanında yapılan düzenlemeler ile kurumsallaşma üzerinden yapıldığı sonucuna varılmıştır.

Özel sektör için sağlık alanı gelir getirici faaliyet olarak görülmekte; sağlık harcamaları ise karşılığında bir değer yarattığı zaman (kâr) harcama değerine kavuşmaktadır. Bu çerçevede sağlık hizmetleri tanımlanırken yeni bir kavram kullanılmakta ve sağlık harcamalarının harcama değeri yaratması istenmektedir. Ancak yapılan analizler sonucunda özel sektör için harcama değeri kavramının yatırımlardan elde edilecek kazanç olduğu; kamu için ise söz konusu değer harcamaya sonrası

gerçekleŖecek tasarruflar olduğu belirlenmiŖtir. Bu çerçevede tezin ikinci bölümünde Türkiye’de sağlık reformu uygulamaları sağliğın özel sektör için harcama değeri haline dönüşümü üzerinden ele alınacaktır. Tezin teorik yaklaŖımları kısmında yer verildiği üzere sağlık hizmetlerinde reform, devlet ve özel sektör arasındaki iliŖkinin kurumsal düzenlemeler ile belirlenmesine dayanmaktadır.



İkinci Bölüm

TÜRKİYE’DE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI UYGULAMALARI

Tezin birinci bölümünde sağlıkta dönüşüme yönelik kullanılan kavramlar ve kuramsal arka plan ele alınmıştır. İkinci bölümde ise sağlıkta dönüşüm hareketinin yöneticisi olarak DB’nin Türkiye’ye yönelik hazırladığı raporlar SDP doğrultusunda yapılan anlaşmalar ve projeler çerçevesinde ele alınacaktır. SDP, DB ve DSÖ’nün önderliğinde gelişmekte olan ülkelerde yabancı sermayenin sağlık alanında yatırım yapmasının önünü açan ve sonuçları uzun yıllara yayılmış olan bir programdır. Sağlığın harcama değeri olarak nasıl özel sektör için kârlı bir yatırım alanı haline getirildiği SDP uygulamaları üzerinden değerlendirilecektir. Bu bağlamda tezin ilk kısmında yer verilen kavramsal açıklamalar ve kuramsal çerçeve ışığında analiz edilen sağlıkta dönüşümün Türkiye özelinde uygulamaya nasıl yansıdığı sağlık projeleri üzerinden ortaya konacaktır. Ayrıca bu bölümde tezin amacı çerçevesinde SDP’nin kamu sağlık harcamalarına ve özel sektöre etkilerinin saptanması hedeflenmektedir.

Sağlıkta dönüşüm, Yeni Kurumcu İktisat Teorisi bağlamında ele alındığı üzere sağlık piyasasına ilişkin verilerin toplanarak bunların özel sektör ile paylaşılmasına ve potansiyel müşterilerin ortaya çıkarılmasına yardımcı olmaktadır. Söz konusu veriler sağlık harcamalarının nasıl kullanıldığını ve kamu sağlık harcamalarının özel sektör yatırımlarına etkisini değerlendirmede yol göstermektedir. Bu bölümde ayrıca kamu sağlık harcamalarının finansmanını gerçekleştiren örgüt olarak SGK, harcama birimleri olarak ise kamu hastaneleri ele alınacaktır. Elde edilen veriler doğrultusunda özel sektörden temin edilen hizmetlere yapılan harcamalar ve transferler harcama değeri kavramı üzerinden çözümlenecektir.

I. SAĞLIK HİZMETLERİNDE YAŞANAN DÖNÜŞÜM

A. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ

Tezin bu başlığında Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişiminden sonra Türkiye’de sağlık hakkı ve sağlık hizmeti kavramlarının nasıl işlediği ele alınarak sağlık yatırımlarının gelişimine yer verilecektir. Bu doğrultuda sağlıkta dönüşüm öncesi ve sonrasını daha iyi anlayabilmek adına birtakım politika metinleri ele alınmıştır. Tezin inceleme alanı olan Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişimine yer verilerek tarihsel süreç çerçevesinde sağlık hizmetlerinin dönüşümü anlaşılmasına çalışılacaktır.

1. Sağlığın ve Ulusal Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

Sağlık hizmetleri Osmanlı İmparatorluğu'nda 19. yuzyıla kadar Saray evresi ile sınırlı kalmış, daha sonra batı tipi sağlık hizmetlerine ynelik adımlar atılmıştır. Bu dönemde hekimbaşılık kurumunun herhangi bir örgütlenmesi bulunmazken sağlık hizmetleri hayır kurumları ve vakıflar tarafından yerine getirilmiştir. Sağlık hizmetlerinin büyük kentlerde sınırlı olarak verilmesi sonucu vakıflar aracılığı ile sağlık hizmetlerinin yürütülmesi planlanmıştır. Sağlık hizmetleri uygulamaları ile hizmet sunumunun kapsamı genişletilmiş 1850'li yıllarda hizmetler Tıbbiye Nezareti tarafından yrtlmştir.²⁹⁰ 1870'lere gelindiğinde ise İdare-i Umumiye-i Tıbbiye Nizamnamesi ile hükümet, sağlık hizmetlerinden sorumlu tutulmuştur.²⁹¹ 1920 yılında 3 sayılı Kanunla Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti kurulmuş; daha sonra Bakanlığın merkez ve taşra örgütleri yapılandırılmıştır.²⁹²

Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluğu ile birlikte bakanlık düzeyinde sağlık örgütlenmesi uygulaması da devam ettirilmiştir. Kamu kurumları üzerinden yeni bir devlet olma saiki ile birlikte sağlık alanında taşra yapılanmasına gidilmiştir. 1923-1937 arası dnem²⁹³ ise günümüz anlamında sağlık hizmet ve örgütünün yapılandırıldığı yıllar olmuştur. Bu dönemde ilçelerde hükümet tabiplikleri, illerde ise sağlık müdürlükleri kurulmuştur.²⁹⁴ Cumhuriyetin ilk yıllarında sağlık hizmetleri tedavi edici hizmetlerden çok koruyucu hizmetler temelinde gelişmiş, ülkenin belirli merkezlerine numune hastaneleri yapılmıştır. Yataklı tedavi hizmetlerinin sunumunda ise yerel yönetimler görevli kılınmıştır.²⁹⁵

²⁹⁰ Recep Akdur, *a.g.e.*, s10-11.

²⁹¹ Hükümet serbest çalışan doktorlara ücret ödeyerek yoksul kesime sağlık hizmeti verilmesini talep etmiştir. Nusret Fişek, "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi üzerinde çalışmalar", http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/20.html, (22.05.2016).

²⁹² 1921 Anayasası'nın 11. maddesinde sıhhiye işlerinin vilayet şurasına bırakıldığı belirtilmektedir. Teşkilatı Esasiye Kanunu, Ceride-i Resmkiye (1-7 şubat 1337). 1921 Anayasa'sı kabul edildikten sonra meclis hükümeti kurulmuş ve halk sağlığından sorumlu bir ye bu kabinede yer almıştır. Erdal şafak, "1921 Anayasası", <http://www.sabah.com.tr/yazarlar/safak/2012/01/06/1921-anayasasi>, (10.06.2016).

²⁹³ Sağlık Bakanlığı yapan kişiler üzerinden bir dönemlendirme ilk olarak Nusret Fişek tarafından yapılmıştır. Bu dönemlendirme sağlık politikalarına ilişkin olarak şu şekilde yapılmıştır: Refik Saydam ve sonrasındaki CHP Hkmetleri (1923-1945) dönemi. 2. Behçet Uz'un CHP Hkmetinde bakan iken önerdiği plan. 3. Demokrat Parti Dönemi (1950-1960). 4. Milli Birlik Komitesi Hükümeti (1960-1961). 5. 1962-1980 yıllarında uygulamalar. 6. MGK ve ANAP dönemi. Nusret Fişek, "Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Sağlık Politikaları", http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/13.html, (18.03.2016).

²⁹⁴ Türkiye'de 1925 yılında 1631 hekim bulunmaktadır. Serbest alışan hekim sayısı ise 600 civarındadır. Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti'nde ise 560 hekim, 554 sağlık memuru, 136 ebe, 69 hemşire, 4 eczacı çalışmaktadır. Erdem Aydın, "Türkiye Cumhuriyeti'nin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri", *Ankara Ecz. Fak. Dergisi*, Cilt: 31, Sayı:3, 2002, s.187.

²⁹⁵ Türkiye'nin kuruluştan sonraki dönemlerinde sağlık politikalarında yerelleşmenin esas olduğu politika belgelerine rastlanmaktadır. Refik Saydam'ın bakanlığı döneminde yerelleşme düşüncesi gündeme

Kuruluş yıllarında merkezileşmeyi kamu kurumları üzerinden yürüten iktidar, sağlık alanında da teşkilatlanmayı merkezi yapıya bağlayarak sağlayabilmiştir. 1923-1945 yılları arasında sağlık örgüt ve birimlerinin yurt geneline yayılması için çaba gösterilmiştir. Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun²⁹⁶ ile kendi muayenehanesini açan doktorların çalışma usulleri düzenlenmiş, ayrıca diğer tıp meslek kollarının faaliyetleri genel bir çerçeve içinde sunulmuştur. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nda²⁹⁷ ise sağlık, devletin hizmet alanı olarak belirtilmiştir. Bu doğrultuda Kanun'un 1. maddesi memleketin sıhhatini korumak ve hastalıklarla mücadele etmekte Bakanlığın sorumlu tutmuştur. Daha çok bulaşıcı hastalık ve salgın hastalıklara karşı koruyucu önlemlerin sıralandığı Kanun, sağlık hususunda yerel yönetimler için Sıhhat ve İctimaî Muavenet Vekâleti'ni denetleyici göstermektedir.

Kanunla her ilde Sıhhat ve İctimaî Muavenet müdürlükleri (il sağlık müdürlüğü) ilçe ve kazalarda ise Hükümet Tabiplikleri kurulmuştur. Bakanlık, Milli Müdafaa Bakanlığının sağlık işlerinden bağımsız kılınmıştır. Hastanelerin yerlerinin tespiti, inşaatı ve diğer düzenlemeler Sıhhiye ve Muavenet-i İctimaiye Vekâleti ve Nafia Vekâleti (Bayındırlık Bakanlığının) tarafından yapılmıştır. Hastaneler Talimatnamesi ile yerel yönetimlerde bulunan hastanelerde birinci sınıf yataklarda yatmak isteyen hastaların hastanenin %10'unu aşmamak kaydıyla ücretli olarak yatabileceği ve on günlük parayı da peşin olarak ödeyeceği hükme bağlanmıştır.²⁹⁸

1933 yılında çıkarılan Hususi Hastaneler Kanunu²⁹⁹ ile Sıhhat ve İctimaî Muavenet Vekâlet'inden alınacak izinler doğrultusunda hastanelerin açılması kararlaştırılmıştır.³⁰⁰ “Yatan hastaların tedavilerinin karşılandığı merkezler” olarak tanımlanan özel hastaneler için yapılan fiyatlandırmanın Bakanlığın belirlemiş olduğu miktarın üzerinde çıkamayacağı ifade edilmiştir. Özel hastanede yatan ancak parası olmayanların ücretlerinin belediyeler tarafından verilmesi kararlaştırılmıştır. Ayrıca Kanuna göre, Bakanlık il teşkilatı aracılığı ile özel hastanelerin kapatılmasına karar verebilmekte, para ve hapis cezasına yönelik yaptırımlar uygulayabilmektedir.

gelmiştir. Bu dönemde sağlık hizmetlerinin sunumunda yerel yönetimlerin yetkili olması, bakanlığın politika belirleme ve denetleme konularına yoğunlaşması görüşleri üzerinde durulmuştur.

²⁹⁶ 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, RG: 14.04.1928, Sayı: 863.

²⁹⁷ 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, RG: 06.05.1930, Sayı: 1489.

²⁹⁸ Hastaneler Talimatnamesi ilk olarak 20 Temmuz 1924 yılında çıkarılmış daha sonra kararnameler ile (6449, 9767, 11641, 14019) düzenlenmiştir. 17413 sayılı kararname RG: 06.04.1942, Sayı: 5076.

²⁹⁹ 2219 sayılı Hususî Hastaneler Hakkında Kanun, RG: 05.06.1933, Sayı: 2419.

³⁰⁰ Özel hastaneler hastane planlarından hastane için ne kadar para ayırılacağına kabul ettiği hastaların ne kadarının paralı ne kadarının parasız bakılacağına kadar Bakanlığa bildirmekle yükümlü tutulmuştur. Vakıf hastaneleri de bu kanun kapsamına alınmıştır. *a.k.*

1936 yılında çıkarılan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memurin Kanunu³⁰¹ ile Bakanlık sağlık tesisi yapımı konusunu üstlenmiş, İskân Umum Müdürlüğü'nün bütçesini de kullanmak üzere görevli kılınmıştır. Sağlık konusunda “salgın hastalıklara karşı sağlıklı nesiller yetiştirme” amacı taşıyan Bakanlık, mesleğini icra edenlerin denetimi ve atanmasında sorumluluğunu devam ettirmiştir. Bakanlığın taşra teşkilatı³⁰² dışında il özel idareleri, belediyeler ve köyler tarafından gerçekleştirilen sağlık hizmetleri için de bir denetim yetkisi bulunmaktadır. Bu bağlamda il özel idareleri bünyesinde seyyar tabiplikler ve hastalıklarla mücadele teşkilatı örgütlenmiştir. Köylerde çalıştırılan hekimler için verilecek ücret, il özel idaresi ve köy sandıklarından karşılanarak ücretlerin dağıtımı Bakanlık tarafından planlanmıştır.

SSK ise özel sektörde çalışan işçilere ve kamu sektöründeki mavi yakalılara sağlık sigortası sağlamak üzere 1946 yılında³⁰³ kurulmuş ve sermaye için çok önemli olan işçilerin sağlık hizmeti devletçe üstlenilmiştir.³⁰⁴ Bu tarihlerde İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu³⁰⁵ da yürürlüğe girmiştir. Bu düzenlemelerin yanı sıra 1949 yılında Verem Savaş Dispanserleri; 1952 yılında ise Anne ve Çocuk Sağlığı birimleri kurulmuştur. 1953 yılında il özel idarelerinin sahip olduğu hastanelerin, meclislerinin vereceği olur kararı doğrultusunda Hazineye devredilmesine ilişkin değişiklik yapılmıştır. Söz konusu değişiklik ile il özel idarelerinde bulunan hastaneler Bakanlığa geçmiştir. Memleket Hastanesi adıyla faaliyet gösteren ve kırk yedi ilde örgütlenmiş

³⁰¹ Bakanlık Merkez Teşkilatı: Müsteşarlık, Hususi Kalem, Teftiş Heyeti Reisliği, Hıfzıssıhha İşleri Dairesi, İçtimaî Muavenet İşleri Dairesi, Sicil ve Memurlar ve Muamelât Müdürlüğü, Sağlık Propagandası ve Tıbbî İstatistik Umum Müdürlüğü, Hukuk Müşavirliği, Muhasebe Müdürlüğü, Seferberlik Şubesi Müdürlüğü, Evrak Müdürlüğü, Ayniyat Muhasipliği, Levazım Memurluğu, Türkiye Cumhuriyeti Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi ve Merkez Hıfzıssıhha Mektebi'nden oluşmaktadır. 3017 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memurin Kanunu, RG: 23.06.1936, Sayı: 3337.

³⁰² Taşra teşkilatı; Umumi Müfettişlikler Sıhhi Müşavirlik ve Muavinlikleri, Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Müdürlükleri, Hükümet Tabiplikleri, Küçük Sıhhat Memurlukları, Tıbbî ve Sıhhi, İçtimaî Müesseseler, Hastalıklarla Mücadele Teşkilâtı, Seyyar Sıhhi Teşkilattan oluşmaktadır. 3017 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memurin Kanunu, RG: 23.06.1936, Sayı:3337.

³⁰³ 1936 tarihli ve 3008 sayılı İş Kanunu ile Türkiye'de sosyal sigortaların kuruluşu ve sosyal sigortalara ilişkin temel ilkeler öngörülmüştür. Ancak Kanunda öngörülen sistem, İkinci Dünya Savaşı nedeniyle 1945 yılına kadar oluşturulamamıştır. Sosyal sigorta kolları ile ilgili ilk kanun, 27.06.1945 tarihli ve 4772 sayılı İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları Kanunudur. Bu Kanunun yürürlüğe girmesi ile İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortası uygulanmaya başlamıştır. Anılan Kanuna paralel olarak 16.07.1945 tarihinde 4792 sayılı İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu çıkarılmıştır. Bu Kanunun 01.01.1946 tarihinde yürürlüğe girmesiyle İşçi Sigortaları Kurumu kurularak 1945 yılına kadar kurulan çok sayıdaki sandığın da birleştirilmesi sağlanmıştır. İşçi Sigortaları Kurumu kurulduğu yıl, ilk önce 4772 sayılı İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları Kanunu kapsama alınmıştır. Sonrasında ise, 1950 yılında 5417 sayılı İhtiyarlık Sigortası Kanunu, 1951'de 5502 sayılı Hastalık ve Analık Sigortası Kanunu ve 1957'de de 6900 sayılı Maluliyet, İhtiyarlık ve Ölüm Sigortası Kanunu kabul edilmiştir. <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/tarihce>, (05.05.2015).

³⁰⁴ Hastalıklar çalışma gününü azaltırken işçilerin verimini düşürmekte, zihni gelişmelerini engellemektedir. Ragıp Üner, Nusret Fişek, *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Uygulama Planı Üzerinde Çalışmalar*, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayın No: 256, Ankara, 1961, s.5.

³⁰⁵ İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu, RG: 16.07.2015, Sayı: 6058.

hastaneler toplamda üç bin sekiz yüz doksan beş yatak kapasitesi ve çalışanları ile birlikte Bakanlığa devredilmiştir.³⁰⁶

1954 yılında ortaya çıkan Milli Sağlık Programı'nda sağlık hizmetlerinin belediyelerden ve Savunma Bakanlığı'ndan alınarak Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na (SSYB) devredilmesi planlanmıştır. Ayrıca Türkiye'nin on altı sağlık bölgesine ayrılarak yirmi bir farklı sağlık kuruluşu ile sağlık hizmetlerinin ülke geneline yayılması da amaçlanmıştır. Bu doğrultuda kırsal alanın sağlık örgütlenmesi için her kırk köye on adet hastanenin kurulması planlanmıştır.³⁰⁷ Bölgelerin, DSÖ uzmanlarından Dr. Olle ve Sağlık Mühendisi Mr. Shipman tarafından hazırlanan raporlara uygun olarak hazırlandığı belirtilmiştir.³⁰⁸ Bölgeler nüfus ve yüz ölçümüne göre hesaplanmış, yirmi bir milyon nüfus, merkezi bir il belirlenerek etrafındaki illeri de hesaba katacak şekilde planlanmıştır.³⁰⁹ Her sağlık bölgesi için kurulacak hastaneler³¹⁰ ise tedavi etmekten çok koruyucu sağlık politikasına önem verildiğini göstermektedir. Programın on yıllık bir sürede hayata geçirebileceği dolayısıyla maliyetinin devlete bir yük getireceği belirtilmiştir.

Dönemin Sağlık Bakanı Behçet Uz, fertlerin koruyucu hizmetler dışında kalan tedaviler için bireysel katkıda bulduklarını ve diğer ülkelerdeki gibi sağlık sigortasına geçerek maliyetin altından kalkılabileceğini vurgulayarak Program'da sağlık sigortasına geçişin ilkelerine de yer verdiklerini belirtmiştir. Sağlık sigortasının yanı sıra Milli Sağlık Programı'nın finansmanı için Sağlık Bankası'nın kurulması da Program içindeki fikirlerin başında yer almıştır. Banka'nın sağlık sigortasını işleten birim olarak devlet ve hissedarları tarafından finanse edilmesi gerektiği üzerinde önemle durulan konulardan biri olmuştur. Uygulama imkânı bulamayan bu projeler Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmetlerinde merkezi bütçeyi kullanmasına neden olmuştur.

³⁰⁶ 1946-1960 yılları arasındaki dönemde, Türkiye'de sağlık ocakları kurulmuş; tüm hastaneler, yerel yönetimlerden Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Özel İdare Hastanelerinin Muvazenei Umumiyye Devri ve 4862 sayılı Kanuna Bağlı (1) ve (2) sayılı Cetvellerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, RG: 15.07.1953, Sayı: 8458.

³⁰⁷ Sihat ve İçtimai Muavenet Vekâleti, *Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etüdler*, T. C. Ziraat Bankası Matbaası, No:177, Ankara, 1954.

³⁰⁸ *a.k.*, s.11.

³⁰⁹ 16 bölgenin merkezleri şu şekilde sıralanmıştır. İstanbul, Sakarya, Bursa, İzmir, Eskişehir, Antalya, Ankara, Konya, Samsun, Sivas, Seyhan, Trabzon, Elazığ, Diyarbakır, Erzurum, Van. *a.k.*, s.29.

³¹⁰ Milli Sağlık Planı'nda hastaneler şu şekilde isimlendirilmiştir: Verem Hastanesi, Sanatoryum, Prevantoryum, Akıl Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Emrazısarıye Hastanesi, Dinlenme Yurdu, Doğum Evleri, Çocuk Yuvası, Sağlık Merkezi. Ayrıca bu tesislere ek olarak: Sağır Dilsizler ve Körler Müessesesi, Hemşire Okulu, Köy Ebe Okulu, Sağlık Memuru Okulu Bölge Hıfzısıhha Laboratuvarı, Cüzzam Hastalıkları ve Lebzazori, Kanser Arama ve Radyoloji Ens. Tropikal Hastalıklar Ens. Rehabilitasyon Müesseseleri, Kimsesiz Çocukları Barındırma ve Yetiştirme Yurtları. 1953 yılı itibarıyla 15917 olan hasta yatak sayısının Program tamamlanınca 42892 artacağı beklenmiştir. Verem yatak sayısı ise bu rakamlardan hariç olup 1953 yılı itibarıyla 6557'dir. *a.k.*

1960 yılından sonra ise sağlık hizmetlerinin ülke genelinde sosyalleştirilmesi planlanmıştır. Sağlıkta sosyalizasyon, devletin sağlık hizmetlerini her yurttaşı için eşit bir şekilde verme ve tedavi imkânlarını sağlamak olarak tanımlanmaktadır. Bu anlayış doğrultusunda çıkarılan 224 sayılı Kanun Türkiye’de bütün sağlık hizmetlerinin devletin ödevi olduğunu, birinci basamak tedavi hizmetini kentlerden köylere varıncaya kadar yayarak herkesin yararlanmasını, koruyucu ve tedavi edici hekimlik hizmetlerinin birlikte yürütülmesini içermektedir.³¹¹

1961 yılında Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Uygulama Planı’nda on altı sağlık bölgesi düşüncesi devam etmiş ve on iki program dâhilinde bir plan hazırlanmıştır.³¹² Bu dönemde sağlık alanı için yabancı uzmanların teknik yardımlarından yararlanılmaya devam edilmiş ve birtakım raporlar hazırlanmıştır.³¹³ Bu çerçevede Sir John A. Charles³¹⁴ sosyalleştirmenin pilot illerdeki (Tekirdağ, Çankırı, Elazığ) uygulamaları ve Bakanlık teşkilatına ilişkin görüşlerini bir rapor halinde sunmuştur.³¹⁵ Dr. Olle’ye hazırlatılan sağlık raporunda ise birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi gerektiğine vurgu yapılmıştır.³¹⁶

Sosyalleştirmeye ilişkin uygulama planlarında doktor, hemşire ve diğer sağlık görevlilerinin yanı sıra tesislerin ortaya çıkaracağı maliyete varıncaya dek bir hesaplama yapılmıştır. Devlet Planlama Teşkilatı’nın yanı sıra SSBY’nin görüşlerine de yer verilen Türkiye’de Sağlık İşlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Rapor’da³¹⁷ sağlık hizmetleri için devlet müdahalesinin gerekli olduğu yönündeki fikirler ağır basmış ve Amerika’da dahi sosyalizasyon yönünde uygulamaların varlığından bahsedilmiştir.³¹⁸

³¹¹ Kayıhan Pala, *Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu*, Bursa, 2007, s.11.

³¹² Sağlık Evi, Sağlık Ocağı, Sağlık Merkezi, Sağlık Müdürlüğü, Bölge Hastaneleri, Bölge Laboratuvarları, Bölge Müdürlükleri, Depo ve Tamirhaneler, Yardımcı Sağlık Personeli Yetiştiren Okullar, Müteferrik Projeler, Bakanlık Merkez Teşkilatı, Maaş ve ücretlerden oluşan bir program oluşturulmuştur. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Uygulama Planı Üzerinde Çalışmalar*, Ragıp Üner- Nusret H. Fişek (Ed.), Yayın No: 256, Ankara, 1961, s9-11.

³¹³ DSÖ’nün sağlık mühendislerince 1950’li yıllardan itibaren (Türkiye’nin üyeliğinin hemen akabinde) Türkiye’nin sağlık alanında idari bölge kurması gerektiği hakkında raporlar hazırlanmış (1952 – 1954 – 1972 – 1977 – 1980) bu tarihlerden sonra DB bu işlevi sürdürmüştür. Ayrıntılı bilgi için Bkz: Barış Övgün ve Aziz Küçük, *a.g.m.*

³¹⁴ İngiltere Sağlık Bakanlığı eski müsteşarı.

³¹⁵ Sir John A. Charles, “Türkiye’de Sağlık İşlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Rapor”, *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Uygulama Planı Üzerinde Çalışmalar*, Ragıp Üner- Nusret H. Fişek (Ed.), Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Yayın No: 256, Ankara, 1961.

³¹⁶ Olle P. V., “Türkiye’de Genel Sağlık İdaresi”, *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Uygulama Planı Üzerinde Çalışmalar*, Ragıp Üner- Nusret H. Fişek (Ed.), Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Yayın No: 256, Ankara, 1961.

³¹⁷ Sir John A. Charles, *a.g.e.*

³¹⁸ *a.k.*

Cumhuriyetin kuruluşundan 1980’li yıllara kadar Türkiye’nin sağlık hizmetlerinin gelişimi değerlendirildiğinde; hastalıkların daha ortadan çıkmadan önlenmesi için oluşturulan temel sağlık hizmetlerinde devletin daha önemli roller üstlendiği söylenebilir. Koruyucu sağlık hizmetleri alanında tüm ülkede sağlık örgütlenmesi için çalışmalar yapılırken tedavi edici hizmetler ise belirli bir zamana kadar yerel yönetimlerin sorumluluğunda kalmıştır. Ancak nüfusun ve toplumsal ihtiyaçların artışına bağlı olarak belirli merkezlerde tedavi edici hizmetlere yönelik örgütlenmeye de gidilmiştir. Dolayısıyla bu anlamda sağlık hizmetlerinin bir arada yürütüldüğü söylenebilir. Hastane hizmetlerinin pahalı olması ise sigorta sisteminin getirilmesini ve kullanıcıların katkılarıyla finanse edilecek bir sağlık sistemini ortaya çıkarmaktadır.

Türkiye’de ise bu durum Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası üzerinden devletin sağlık hizmetlerini finanse etmesi anlayışı ile ülkenin kendi dinamikleri üzerinden yürütülmek istenmiştir. Buna ilave olarak Türkiye’nin sağlık hizmetlerinin gelişimine ilişkin söylenebilecek en önemli şey sağlık hizmetlerinde bölge planlamasının hastaneler üzerinden yapılmış olmasıdır. Böylelikle gereksiz ve pahalı olan hastane hizmetleri gerektiği kadar olmak üzere bölgeler üzerinden bir planlama yapılarak vatandaşların kullanımına sunulacaktı. Ancak aşağıda ele alındığı üzere sağlıkta sosyalleştirme planının başarıya ulaşamaması ve ardından uygulanan neoliberal politikalar, sağlıkta öncelikli alanlara yapılacak yatırımı ve hastane planlamasını piyasa ilişkileri doğrultusunda dönüştürmüştür. Bu durum aşağıda da yer verildiği üzere Türkiye’de sağlık hakkı ve bu hakkın devlete yüklediği sorumluluk üzerinden sağlığın kamusal niteliğinin değişimi bağlamında ele alınmıştır.

2. Sağlık Hakkı ve Türkiye’de Devletin Sorumluluğu

Sağlık hakkı kavramının Birleşmiş Milletler ve DSÖ’nün kurulması ile yaygınlaştığı kabul edilirse; Türkiye’de sağlık hakkı doğrultusunda politikalara geçilmesi 1960’lı yıllara denk gelmektedir. Çünkü sağlık hakkı, 1961 Anayasasına kadar hukuki bir zemin bulamamış, bu bağlamda sağlık devletin ödevi olarak da sayılmamıştır. 1961 yılında kabul edilen Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’unun 1. maddesinde “İnsan Hakları Evrensel Beyanname’sinde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifasına sağlamak maksadıyla... sosyalleştireceği”³¹⁹ belirtilmiştir.

³¹⁹ Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, RG: 12.01.1961, Sayı: 10705.

Cumhuriyetin kuruluşu ile birlikte mevzuat çalışmaları başlatılmış olmasına rağmen sağlık sistemine ilişkin kayıtlar oluşturulamamış, ancak savaş yıllarının ortaya çıkardığı³²⁰ sorunlar ile ilgili çalışmalar yapılmıştır.³²¹ 1937 yılına kadar ise sağlık örgütlenmesi ve kurumsallaşmasına yönelik adımlar atılmış; hizmetler hükümet, küçük sivil sivil memurlukları ve belediyelerce verilmiştir.³²² Bu dönemde merkezi idare önleyici sağlık hizmetlerine yönelik çalışmalarda bulunurken yerel yönetimler, tedavi edici hizmetleri yerine getirmiştir. 1950’li yıllarda ise sağlık hizmetleri merkezi idarenin yetki alanında toplanmış, DSÖ üyeliği³²³ doğrultusunda sağlık hizmetleri için raporlar hazırlanmıştır. Hükümetin ihtiyaç dâhilinde olan sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayamayacağı belirtilmiş, sağlık hizmetlerinin yurt geneline yayılması için sağlık bölgelerinin oluşturulması planlanmış ve oluşacak maliyetlerin vatandaşlardan alınması fikri baskın çıkmıştır.

Dönemin Sağlık Bakanı Behçet Uz, Türkiye dışındaki devletlerde sağlığın devletin görevleri olmaktan çıktığını ifade etmiştir.³²⁴ 1950’li yıllarda liberal politikaların izlenmesine bağlı olarak sağlık hizmetleri için kullanıcı ücreti ve primleri toplamak suretiyle sağlık hizmetlerinin maliyetinin vatandaşlar tarafından karşılanması planlanmıştır. Söz konusu dönemde özel sektörün sağlık alanında yatırımı olarak serbest çalışan hekimlerin muayenehaneleri bulunmaktadır. Buna karşılık sağlığın sosyalleştirmesine ilişkin planlarda hekimlerin serbest çalışmasının yerine tamamıyla amme hizmeti vermeleri öngörülmüştür.

1961 tarihli ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi³²⁵ Hakkındaki Kanun ile Türkiye’de tüm sağlık hizmetlerinin bir devlet görevi olduğu kabul edilerek, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kırsal kesime kadar yayılarak herkesin sağlık hizmetlerinden yararlandırılması, koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerinin bir arada

³²⁰ 1923 yılında yapılan İzmir İktisat Kongresinde savaş ve zorunluluktan dolayı nüfusun artması sonucu hayatın korunması ve hayatta kalabilme mücadelesi için çalışmaların yapılması gerektiği belirtilmiştir. Yasemin Yeginboy, Şevket Sayın, “Cumhuriyet Döneminden Günümüze Sağlık Politikaları ve Sorunları”, 2. Ulusal İktisat Kongresi, Dokuz Eylül Üniversitesi, 20-22 Şubat 2008, İzmir.

³²¹ İllere rehberlik yapmak için 1924’te Ankara, Diyarbakır, Erzurum, Sivas Numune Hastaneleri ve 1936’da Haydarpaşa Numune Hastanesi faaliyete girmiştir. Daha sonra Trabzon ve Adana Numune Hastaneleri ile Numune Hastanesi sayısı yediye çıkmıştır. “Sağlık Bakanlığı’nın Tarihçesi”, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-40121/tarihce.html>, (14.06.2016).

³²² Bu dönemde sağlık hizmeti; 86 adet yataklı tedavi kurumu, 6.437 yatak, 554 doktor, 69 eczacı, 4 hemşire, 560 sağlık memuru ve 136 ebe ile verilmiştir. *a.k.*

³²³ Türkiye 2 Ocak 1948 tarihinde DSÖ’ye üye olmuştur.

³²⁴ T.C. Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti, *a.g.e.*

³²⁵ Sosyalleştirme: “Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile amme sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına iştirak suretiyle eşit şekilde faydalanmalarıdır”. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, RG: 12.01.1961, Sayı: 10705.

yürütülmesi hedeflenmiştir. On beş yıllık bir plan dâhilinde tüm ülkeye yaygınlaşacağı öngörülen planın sosyalleştirme yapılmadan uygulanmayacağı belirtilmiştir.³²⁶ Bu çerçevede Kanun'un 2. maddesinde yeniden bir sağlık ve sağlık hizmeti tanımı yapılmıştır.³²⁷

“Sağlık, yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir. İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, beden ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (Rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler sağlık hizmetidir.”

Devletin ödevi olarak bir bütün halinde verilen sağlık hizmetleri basamaklara ayrılarak koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin kullanımı da planlanmıştır. Bu bağlamda söz konusu Kanun'un 13. maddesinde ise hasta sevk sisteminin nasıl yapılacağı ele alınmaktadır. Buna göre sosyalleştirmeden faydalanmak isteyenlerin acil haller dışında ilk önce sağlık ocaklarına gitmeleri gerektiği; oradaki hekimlerin tedavi edememeleri durumunda sevk ile bir üst basamakta bulunan merkezlere gidebilecekleri belirtilmiştir. Dolayısıyla sağlık ocakları³²⁸ ve hastanelerin işbirliği halinde olmaları gerektiği konusu kanunla düzenlenmiştir. 14. maddede ise sevke uymayanların ilaç ücretlerini kendilerinin karşılayacağı belirtilmiştir. Kamu sağlık kuruluşlarında muayene ücreti alınmayacağı, kendi arzusu ile ücretli tedavi olmak isteyenlerin serbest hekimlere de müracaat edebileceği kanunda yer almaktadır. Kamuda çalışan hekimlerin ise muayenehane açamayacağı kararlaştırılmıştır. Hastanelere merkezi idareden bütçe ayrılmasının yanı sıra tedavi masraflarının bir kısmının vatandaşların iştiraklerinden alınabileceği de Kanun'la düzenlenen konular arasında yer almıştır.

1964 yılında yürürlüğe giren Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik'te³²⁹ ise sağlık hizmetleriyle koruyucu ve önleyici hizmetlere öncelik verildiği, tedavi edici hizmetlerin ise tamamlayıcı olduğu ifade edilmiştir. Sağlık ocakları temel alınarak bölge hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri biçiminde örgütlenen Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerine erişim çerçevesinde hizmetlerin yurt geneline yaygınlaştırılması için çalışmalarda bulunmuştur. Bu doğrultuda geniş bölgede çok yönlü hizmet politikasından dar bölgede

³²⁶ Nusret Fişek, *a.g.e.*

³²⁷ Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, RG: 12.01.1961, Sayı: 10705.

³²⁸ DB kaynaklı sağlık reformları hizmetlerin işlevselliğini ve örgüt yapısını dönüştürmeye zorlarsa da Türkiye'de sağlık ocaklarının halen varlığını sürdürdüğü ifade edilmelidir. Her ne kadar isim değişirse de bu yapı sosyalleştirme planının başarısı olarak görülmektedir. Çünkü sosyalleştirmeye genel ile yerelin dengesi kurulmuş merkez ve taşra arasındaki bağ da sağlamlaştırılmıştır. Can Umut Çiner ve Gürhan Fişek, “Sağlıkta Sosyalleştirme “Genel” ile “Yerel”in Önemi, *Prof. Dr. Kurthan Fişek için Yönetim Üzerine*, 2010, s. 295.

³²⁹ Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik, RG: 09.09.1964, Sayı: 11802.

çok yönlü sağlık hizmeti politikasına geçilmiştir.³³⁰ Sağlıkta sosyalleştirme kanunundan sonra çıkarılan 1961 Anayasası'nda sağlıkla ilgili maddeler yer almış; Anayasa'nın 48. maddesinde sosyal güvenliğe, 49. maddesinde ise sağlık hakkına atıf yapılmıştır:

“Herkes; sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Bu hakkı sağlamak için sosyal sigortalar ve sosyal yardım teşkilatı kurmak ve kurdurmak Devletin ödevlerindedir.”

“Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır.”

Toparlanacak olursa sağlık hizmetinin devlet tarafından verilmesinde bir bakıma özel sektörün bu alanda yatırım yapamayacak durumda olması gösterilebilir. Çünkü temel hizmetler ile ilgili yatırımların kârsız olduğu, büyük teşkilatlanmalar ve sermaye gerektirdiği, kısa sürede kârlı olmadıkları³³¹ gibi nedenler sağlık hizmetlerinin devletçe üstlenmesinin gerekçesi olmuştur. Sağlık ve sağlık hakkının 1960'lı yıllarda anayasal güvence altına alınmasından sonra liberal politikaların etkisi ile 1982 Anayasa'sında devletin düzenleyici rolüne atıfta bulunulmuş, buna bağlı olarak sağlık da dönüşüm geçirmeye başlamıştır. Aşağıda ele alındığı üzere sağlık yatırımlarına önem verilmesiyle alana ilişkin teşvik politikaları ve özel hastanecilik faaliyetlerinde de hareketlilik yaşanmıştır.

3. Ulusal Sağlık Yatırımlarının Gelişimi

Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluşundan 1960'lı yıllara kadar sağlık alanında önleyici hizmetlerden başlamak üzere sırasıyla tedavi edici hizmetler ve eğitim araştırma hizmetleri olmak üzere sağlık planlaması yapılmıştır. Sağlık örgütlenmesi ise gerek sosyo-ekonomik koşullar gerekse savaşa bağlı göçlerin getirdiği bulaşıcı ve salgın hastalıkları önlemek amacıyla koruyucu odaklı sağlık politikası çerçevesinde işlemiştir. Sağlık örgütlenmesinin adım adım kurulması, merkezi idarenin sağlık alanında kendini sorumlu görmesi ile gelişmiş; sağlık yatırımları ise belirli planlamalar³³² çerçevesinde yürütülmüştür. Devlet Planlama Teşkilatı'nın (DPT) Sosyal Planlama Dairesi bünyesindeki sağlık planlaması birimi aracılığıyla Türkiye'de plan ve sağlık arasındaki

³³⁰“Sağlık Bakanlığı'nın Tarihçesi”, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-40121/tarihce.html>, (14.06.2016).

³³¹ DPT, *Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967)*, Ankara, 1963, s.61.

³³² Cumhuriyetin ilk yıllarında Birinci ve İkinci Beş Yıllık Sanayileşme Planları yapılmış; sosyal sabit sermaye yatırım alanlarından biri olarak görülen sağlık hizmetleri merkezi bütçeden karşılanmıştır. Bu doğrultuda sağlık alanı da plan dışında tutulmuştur. Sanayileşme planları ile kamu teşebbüsü yoluyla özel sektöre ara mal üretiminin gerçekleştirilmesi amaçlanmıştır; sağlık, savunma gibi hizmetler pür kamu malı olarak görüldüğü için söz konusu planlarda yer almamıştır. Hasan Özyurt, “Atatürk Dönemi Birinci ve İkinci Beş Yıllık Sanayileşme Planları ve Türk Ekonomisindeki Yapı Değişikliğine Etkileri (1933-1938)” <http://www.journals.istanbul.edu.tr/iusoskon/article/view/1023006477>, (10.06.2016).

ilişki de kurulmuştur.³³³ Bu doğrultuda sağlık yatırımlarının gelişimi de sağlık planlaması üzerinden daha net ortaya koyulabilmektedir. Aşağıda sağlık yatırımlarının gelişimi ve sağlık hizmetlerinin piyasa ilişkileri doğrultusunda nasıl dönüşüme uğradığını anlayabilmek adına bir dönemlendirme yapılmıştır.

1960-1980 Yılları Arası Sağlık Planlamaları

Planlı dönem olarak ifade edilen yıllarda sağlık hizmetleri plan dahilinde ele alınan konulardan birisi olmuş, sağlığa sosyal refahı artıran alan gözüyle bakılmıştır. Sağlık göstergeleri gelişmişlik göstergesi olduğundan Türkiye'nin sağlık için bütçeden yaptığı harcamalar diğer alanlara göre az da olsa sağlık, devlet tarafından bir yatırım alanı (insan esaslı) olarak görülmüştür. Ayrıca sağlık, iktisadi gelişmeye etki eden faktörlerden biri olarak (tarım, eğitim gibi) kalkınmanın bir aracı gibi ele alınmıştır. Eşitlik ilkesi gereği sağlık hizmetinden faydalanılması üzerinde durulmuş, tıpkı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirmesinde öngörüldüğü gibi kalkınma planının uygulanma süresi de on beş yıl olarak planlanmıştır.

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sağlık alanı için koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi, Bakanlık aracılığıyla halk sağlığı hizmetlerinin sunulması amaçlanmıştır. Bu çerçevede Plan'da sağlık personelinin ülke genelinde eşit bir şekilde dağıtılması, toplum sağlığı hizmetleri ve yerli ilaç sanayinin geliştirilmesi, özel hastanelerin kurulmasının teşvik edilmesi, sağlık sigortasının kurulması, devlet hastanelerinde döner sermaye sisteminin kurulması gibi hedeflere yer verilmiştir.³³⁴

Söz konusu dönemde sağlık yatırımları toplam yatırımların %2,3'ü iken bu oranın daha da artırılması planlanmıştır.³³⁵ Temel sağlık göstergelerinden biri olan doğumda ölen bebek sayısı %0,165 olarak açıklanmış, kişi başına düşen doktor sayısı ise dört binde bir olarak ifade edilmiştir. Bu dönemde hastanelerde on bin kişiye 2,6 doktor, bir hemşireye ise yüz on bir yatak düşmektedir.³³⁶ Bu verilerden yola çıkarak Plan'da, sağlık politikasında hastane hizmetlerinin etkisiz ve pahalı olmasından hareketle koruyucu önlemlerin yer aldığı ve ayakta tedavinin mümkün olduğu bir sağlık programına geçilmesi gerektiği vurgulanmalıdır.³³⁷ Sağlık ve sosyal güvenlik

³³³ Can Umut Çiner ve Gürhan Fişek, *a.g.e.*, s. 292.

³³⁴ DPT, *a.g.e.*, 1963, s.414.

³³⁵ *a.k.* s.137.

³³⁶ Bebek ölüm oranı ABD için binde yirmi altı Almanya için ise binde otuz altı olarak gösterilmiştir. On bin kişiye düşen doktor sayısı ise ABD için on iki Almanya için on üçtür. *a.k.*, s.26.

³³⁷ Planda "Hasta bakımı hizmetlerinde az sayıda nüfusun faydalandığı ve pahalı bir hizmet olan hastanecilik yerine, evde ve ayakta tedaviyi sağlayan ve küçük topluluklara kadar yayılan bir sağlık teşkilâtının kurulmasına öncelik verildiği" belirtilmektedir. *a.k.*, s.406.

sistemleri açısından kamu harcamalarının artırılarak kalkınmanın amaçlarına ulaşması hedeflenmiştir. Sağlık harcamasının on beş yıllık süre içinde iki katı kadar artırılması planlanmıştır. Bu bağlamda sağlığa yapılacak yatırım kişilerin refah düzeyinde toplu bir artış gösterecektir. Aynı şekilde kalkınmanın iktisadi amaçlarına ulaşması için kamu harcamalarının sosyal amaçların gerçekleştirilmesine yardım edecek şekilde artırılması planlanmıştır. Bu doğrultuda 1950'li yıllarda sağlık harcamalarına genel bütçeden ayrılan pay, 1960'larda sağlıkta yaşanan sosyalizasyon ile birlikte üç katına kadar çıkmıştır. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda toplumun ruh ve beden sağlığının yükseltilmesi, kalkınmanın amacı olarak gösterilmiş, sağlıktaki iyileşmenin ekonomik ve sosyal gelişme için zaruri olduğu³³⁸ belirtilmiştir.

Sosyalleştirme planında sağlık hizmetlerinin tek elden planlanması öngörülmüşken, bu hedefe ulaşılamamış; SSYB dışında diğer bakanlıklar, iktisadi teşekküller, SSK, tıp fakülteleri ve özel kuruluşların da sağlık hizmetlerine katıldıkları ifade edilmiştir.³³⁹ Bu dönemde doktor başına iki bin dokuz yüz hasta düşse de bölgeler arası gelişmişlik farklarından kaynaklanan personel dengesizliğinden şikâyet edilmiştir. Örneğin 1960'lı yıllarda İstanbul, Türkiye nüfusunun %8,3'ünü barındırırken; doktorların % 40'ı ise yine İstanbul'da çalışmaktadır.³⁴⁰ Koruyucu sağlık hizmeti veren doktor sayısının azlığı bir yana eğitime gönderilen doktorların %30'unun yurt dışından gelmemesi sağlık politikasındaki dengesizliklerin başlıca sebebi olarak görülmüştür.³⁴¹

Bu dönemde ilçe ve köylerde kurulması planlanan sağlık ocakları, altyapı yatırımları eksikliği nedeniyle sosyalleştirme planındaki gibi işletilememiştir. Sürekli şikâyet edilen bir konu olarak hasta yatak sayısı verimli bir şekilde kullanılamamakta ve ihtiyaç olmayan yerlerde hastane bulunmaktadır. Örneğin 1965 yılı itibariyle yatak sayısı yetmiş bin civarında iken on bin kişiye yirmi iki yatak düşmektedir. Sağlık harcamaları açısından da sorunlara neden olan tedavi edici hizmetler, koruyucu sağlık hizmetlerinin geri planda kalmasına neden olmuştur. Bu doğrultuda yataklı tedavi kurumlarına ayrılan bütçe, toplam sağlık harcamalarının önemli bir kısmını teşkil etmiş;

³³⁸ a.k., s.39.

³³⁹ DPT, *İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972)*, Ankara, 1968, s.215-216.

³⁴⁰ a.k.. Takip eden yıllarda ise; İstanbul, İzmir ve Ankara illerinde hasta yatağı toplam yatak sayısının %45'ini geçmiştir. DPT, *Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977)*, Ankara, 1973, s.111.

³⁴¹ Halk sağlığı politikası koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde tek başına yeterli olmamıştır. SSYB'nin 1960'lı yıllarda hızlı nüfus artışının önüne geçmek amacıyla aile ve nüfus planlamasını devreye soktuğu görülmektedir. Devletin sağlık hizmetlerinde önleyici ve koruyucu olması aynı zamanda nüfus üzerinde politikalar geliştirmesinin de yolunu açmıştır. Günümüzde nüfus planlaması konusunda tartışmalar alevlenirken bunun nedeni olarak SSYB'nin uyguladığı politikalar -aile ve nüfus planlaması- gösterilmektedir.

bu harcamalardan halk sağlığı için %10 hastaneler içinse %60 oranında bir pay ayrılmıştır.³⁴²

İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sağlık ocaklarının kuruluş sistemi ve çalışma esaslarının Türkiye için en iyi uygulama metodu olduğu ifade edilmiştir.³⁴³ Bu bağlamda sağlık ocağı, sağlık evi, gezici sağlık istasyonları, verem savaş dispanserleri ve laboratuvarların kurulmasına devam edilerek tedavi edici kuruluşların yatak sayısının artırılması planlanmıştır. Özel sektörun yatak sayısının artırılması da yapılacak faaliyetler arasında sıralanmıştır. Sağlık yatırımlarından önce altyapı yatırımlarının tamamlanması, sosyalleştirmenin doğu illerinden başlayarak batıya doğru genişletilmesi planlanmıştır. Aynı şekilde tedavi hizmetlerinin yaygınlaşması için özel sektörun desteklenmesi gerektiği belirtilmiştir. Yabancı sermaye ile yerli sermaye arasındaki sağlık yatırım farklarının kapatılması ve yerli olana öncelik verilmesi hedeflenmiştir. Tek bir sağlık sigortasının kurularak koordinasyonun sağlanacağı ifade edilmiştir.³⁴⁴ Genel bir sağlık sigortasının kademeli olarak kurulması ile sağlık hizmetlerinde yaşanan finansman sıkıntısının aşılacağı belirtilmiştir. Bunlara ilave olarak köylere kurulacak sağlık evlerinin halkın gönüllü katılımı ile sürdürülebileceği de İkinci Plan'da yer alan önemli gelişmelerdendir.³⁴⁵

Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda 1982 yılına kadar sağlık alanında iyileştirmelerin kamu eliyle yürütüleceği vurgulanmıştır.³⁴⁶ Bu dönemde sağlık hizmetleri sınıflandırması "özelliği gereği kamu görevi niteliğinde" sayılmıştır.³⁴⁷ Sağlık yatırımlarının %95'i devlet tarafından yerine getirilmiş, toplam harcamalar içinde sağlığa %1,4 oranında kaynak ayrılmıştır.³⁴⁸ Koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik politikalar dört planda da yer almış ve küçük yerleşim birimlerine varıncaya kadar sağlık hizmetlerinin götürülmesi öngörölmüş; tedavi edici hizmetler ile koruyucu hizmetlerin bir arada verilmesi gerektiği görüşü ile hareket edilmiştir.³⁴⁹ Bu dönemde sağlık sisteminin finansmanına yönelik yaşanan geliřmeler³⁵⁰

³⁴² a.k.

³⁴³ DPT, a.g.e., 1968, s.219.

³⁴⁴ a.k., s.222-224.

³⁴⁵ 1965 yılına kadar on yedi ilde on bin köye yaklaşık dört milyon kişiye sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti götürölmüştür. a.k.s.244.

³⁴⁶ On bin kişiye bir sağlık ocağı, üç bin kişiye bir sağlık evi ve on bin kişiye otuz üç hasta yatağı; 1995 yılına kadar ise yedi bin beş yüz kişiye bir sağlık ocağı, iki bin beş yüz kişiye bir sağlık evi ve on bin kişiye elli yatak düşmesi hedeflenmiştir. DPT, a.g.e., 1973, s.150.

³⁴⁷ a.k., s.167.

³⁴⁸ Toplam sağlık harcamaları içinde üç milyar sekiz yüz milyon lira kamu; iki yüz milyon lira ise özel sektörun payı bulunmaktadır. a.k., s.170.

³⁴⁹ DPT, *Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983)*, Ankara, 1979.

sosyal yardımların artmasını tetiklemiştir.³⁵¹ Planlı dönemde sağlık hizmetlerinin finansmanın merkezi bütçeden karşılandığı eleştirileri³⁵² olsa da sosyalleştirme uygulamalarının haricinde harcamalara, kullanıcıların iştirak edeceği belirtilmiştir. Sigorta sistemlerinin kurulması merkezi bütçe dışında sağlık harcamaları için fon sistemini geliştiren uygulama olarak görülebilir. Bu dönemde sosyal güvenlik kuruluşlarının gelir gider dengesi gözetilmiş olmasına karşın³⁵³ 1983 yılı itibariye sigortalı çalışan sayısı beş milyonu geçerken, sigortalıların bakmakla sorumlu olduğu nüfus ise yirmi dört milyona yaklaşmıştır. Bu durum merkezi bütçeden transfer edilen harcamaların³⁵⁴ kaynağını ve bir anlamda da başlangıcını oluşturmaktadır.

Yukarıda yer verilen gelişmeler doğrultusunda sağlık sisteminde finansman sıkıntısı yaşanmasının sebebi olarak kamu harcamalarının artırılması gösterilebilir.³⁵⁵ Bu dönemde koruyucu ve önleyici sağlık hizmetine yönelik politikalar devam etmiş; ancak personelin yurt içindeki dengesiz dağılımına neden olan faktörler (yetersiz

³⁵⁰ Türkiye’de sigorta sistemin geç uygulanmasının sebebi olarak tarımsal işgücünün fazlalığı ve sanayileşmenin geç başlaması gösterilmiştir. 1961 yılında sigortalıların nüfusa oranı %9,5 iken; 1971 yılında bu oran %16,2’ye yükselmiştir. DPT, *a.g.e.*, 1973, s.797. İşçilere uygulanmakta olan sosyal sigorta sisteminden 1960’ların başında altı yüz seksen bin kişi yararlanırken; 1971 yılında bu sayı bir milyon dört yüz bini geçmiştir. İşsizlik ve sağlık sigortası olarak iki şekilde yararlanan program, bankaların kendi sandıklarının yanı sıra devlet memurları için Emekli Sandığı’nın kurulması ile çeşitlenmiştir. Ayrıca 1961 yılında Ordu Yardımlaşma Kurumu kurulmuş sigorta sistemi giderek ayrılmıştır. Bağımsız çalışanlar için ise 1971 yılında Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar adında bir sigorta sisteminin kurulacağı belirtilmiştir.

³⁵¹ Sigorta sistemlerinin sigortalama, prim kesintisi, emeklilik ve aylık bağlama gibi farklı uygulamalar göstermesi her plan döneminde şikâyet edilen konular arasında yer almıştır. Bu sebeple genel sağlık sigortasının herkesi kapsamı gerektiği ifade edilmiştir. *a.k.*, s 143.

³⁵² Emine Orhaner, “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası”, *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, Sayı: 1, 2006, s.10-11.

³⁵³ Sosyal güvenlik kuruluşlarının prim gelirleri dışında gelirleri bulunmasına rağmen sadece primler bile giderlerini karşılamaya yetmiştir. 1977 yılı itibariyle sosyal güvenlik kuruluşlarının gelirleri 49.548.507 lira iken; kurumun giderleri ise 32.878.083 liradır. DPT, *a.g.e.*, 1979, s.191.

³⁵⁴ 1983 yılında çıkan 2926 sayılı kanun kapsamında tarım sektöründe çalışan ve bakmakla yükümlü olunan nüfusun sigortalanması ile birlikte on yıllık bir dönemde iştirakçi sayısında büyük bir artış beklendiği ifade edilmiştir. 1983 yılı itibariyle Türkiye’nin nüfusunun %50’sinin sigorta kapsamında olduğu ve sosyal güvenliğin tüm nüfusa yaygınlaştırılacağı belirtilmiştir. Bu çerçevede sağlık ve sigorta sisteminde büyük finansman açıklarının yaşanacağı beklentisi oluşmuştur. 2926 sayılı Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu, RG: 20.10.1983, Sayı:18197.

³⁵⁵ DB 1993 yılında hazırladığı kalkınma raporunda yoksullar için sağlık hizmetlerinin devlet tarafından karşılanması gerektiğini ifade etmiştir. Böylelikle merkezi bütçeden yeşil kart gibi uygulamalara kaynak aktarılmıştır. World Bank, *World Development Report 1993: Investing in Health*, Oxford University Press, Washington, D.C., 1993. Yoksulların sağlık hizmetlerinden yararlanması için getirilen Yeşil Kart uygulaması Türkiye’de 1992 yılında yürürlüğe girmiştir. Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Devlet Tarafından Karşlanması ve Yeşil Kart Uygulaması Hakkında Yönetmelik, RG: 13.08.1992, Sayı: 21314. Türkiye’de uygulanan sosyalleştirme programı emeklilik yaşının düşürülmesini de beraberinde getirmiştir. Sosyal Sigorta Kurumu’nun emeklilik maaşına yaptığı ödemelerin yanı sıra ilaç ücretleri için ayırdığı kaynakta daralmalar baş göstermiştir. Emekli Sandığı’nın fonları gayrimenkullere yatırılmış 1970’li yıllarda gayrimenkullerde büyük bir artış yaşanmıştır. Finansman sıkıntısına neden olacak gerekçeler arasında yer alan fonların kullanım alanları ilerleyen zamanlarda büyük eleştiriler almıştır.

uzmanlaşma, koordinasyon eksikliği, vb.) engellenememiştir.³⁵⁶ 1978 yılında tam gün yasa³⁵⁷ olarak bilinen ve kamuda çalışan hekimlerin özel muayenehane açamayacağıının esaslarının belirlenmesi ile sosyalleştirme için önemli bir adım atılmış; ancak 1980 yılında darbe hükümetinin ilk faaliyetlerinden biri olarak bu yasa uygulamadan kaldırılmıştır.³⁵⁸ Bu durum sağlık çalışanlarının özel muayenehane açabilmelerine olanak sağlamıştır.

1980-2000 Yılları Arası Sağlık Planlamaları

1970 ve 1980’li yıllar³⁵⁹ aynı zamanda DB’nin DSÖ üzerinden uyguladığı sağlık politikalarının başlangıcı sayılabilir. Bu dönemde başta DSÖ olmak üzere sağlıkta yerleşme söylemlerinin artması, Türkiye’de serbest piyasa ekonomisine geçiş gibi nedenler özel sektörün sağlığı yatırım alanı olarak değerlendirmesini kolaylaştırmıştır. Bu bağlamda Alma Ata Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı, 1983 yılında çıkarılan 181 sayılı Sağlık Bakanlığı’nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname,³⁶⁰ 1987 yılında çıkarılan Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, DSÖ öncülüğünde Türkiye’de uygulanmaya çalışılan sağlık projeleri, sağlığın sosyalleşmeden uzaklaşmasında önemli kırılmalar olarak görülmektedir.

Türkiye’de sağlık dâhil, devletin kamu hizmetlerini sunduğu alanlarda yaşanan reformların neoliberal sistemin önkoşullarıyla uyumlu hale getirilme süreci 24 Ocak 1980 kararları³⁶¹ ile başlamıştır. Bu bağlamda sosyal devlet anlayışının getirdiği felsefe ile devletin sunması gereken bir hizmet olan sağlık hizmetleri, 1982 Anayasası³⁶² ile

³⁵⁶ DPT, a.g.e., 1979, s.144.

³⁵⁷ “Bu Kanun kapsamında çalışan personel, hariçte serbest olarak sanat ve mesleklerini icra edemezler, resmi ve özel herhangi bir müessesede maaşlı, ücretli veya sözleşmeli olarak mesleki görev alamazlar...”, 2162 sayılı Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun, RG: 29.06.1978, Sayı: 16341.

³⁵⁸ 17207 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun, RG: 31.12.1980, Sayı:2368.

³⁵⁹ 1944 Bretton-Woods kuruluşları olan IMF ve DB, ilk olarak savaştan tahrip olmuş Batı Avrupa ülkelerinin yeniden inşası ve bu ülkelerin savaş ekonomisinin olumsuz etkilerini gidermek için az gelişmiş ülkelerin kalkınması amacıyla kurulmuştur. 1970’lerin sonunda yeni sağın yükselişi ile IMF ve DB’de yapısal değişikliğe gidilerek, kredilerin niteliği değişmiş, üye ülkelere kredi açma, borç verme ya da borç erteleme koşullarını belirleyen politikalar yeniden ele alınmıştır. Tülay Korkmaz, “Türkiye’nin Kullandığı Uluslararası Krediler Ve Çevre (IMF ve DB)”, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Çevre Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2003, s.9.

³⁶⁰ 181 sayılı Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, RG: 14.12.1983, Sayı: 18251.

³⁶¹ Turgut Özal’ın 1979’da Başbakanlık Müsteşarlığına getirilmesi ve ekonomik istikrar programı hazırlaması sonucunda; dış ticaret serbestleştirilmiş, günlük kur uygulamasına geçilmiş, destekleme ve sübvansiyonlar azaltılmış, yabancı sermaye yatırımları teşvik edilmiştir. Muhittin Ataman, “Özalist Dış Politika: Aktif ve Rasyonel Bir Anlayış”, *Bilgi*, 7/3, 2003, s.51.

³⁶² 1982 Anayasası’nın 56. maddesi ile sağlık hizmetleri, devletin sunmakla yükümlü olduğu bir hizmet olmaktan çıkarılmış ve devlet “sağlık kuruluşlarını tekelden planlayıp hizmet verilmesini düzenlemekle” görevlendirilmiştir.

devletin sunmakla yükümlü olduğu bir hizmet olmaktan çıkarılmış; devlet, sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet verilmesini düzenlemekle yetkili kılınmıştır.

1980’li yıllardan itibaren sağlık alanında yürütülen politikalar genel olarak sağlığın devlet tarafından denetlenmesi ve planlanması, özel sektörün teşvik edilerek alanda daha aktif yer almasının sağlanması ve piyasa koşullarının geçerli olduğu bir sistemin kurulması doğrultusunda şekillenmiştir. Dolayısıyla sağlık politikalarında bu yönde değişiklik yapılabilmesi için çeşitli yasal ve yönetsel düzenlemeler gerçekleştirilmiştir.³⁶³ Bu uygulamalara ise sağlık hizmetlerinin devlete mali bir yük getirdiği, dolayısıyla devletin kaliteli, verimli bir hizmet sunamadığı anlayışı hâkim olmuştur.

Sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından da yerine getirilebileceği ve sağlık harcamalarındaki artışın buna gerekçe olarak gösterilmesi 1982 Anayasası’nın 56. maddesinde şu şekilde yer bulmuştur:

“Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.”

“Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.”

Sağlık hizmetlerindeki kamusal nitelik yukarıdaki maddede olduğu gibi esnetilmiş; alana özel sektörün dâhil olabilmesi için özel sektörden sağlık hizmeti satın alınmasının önü açılmıştır. Sağlık hizmetlerine erişim ve eşitlik çerçevesinde devletin sağlaması gereken hizmetler devletin yeniden düzenlediği bir alana dönüşmüştür.³⁶⁴

³⁶³ 1983 yılında 181 Sayılı Sağlık Bakanlığı’nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK, 1987 yılında çıkarılan 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, DB işbirliği ile yapılan sağlık projeleri ve SDP en son 2011 yılında çıkarılan 663 sayılı KHK ile dönüşüm istikrarlı bir şekilde devam etmektedir.

³⁶⁴ Günümüzde ‘Yeni Anayasa’ tartışmaları sürerken TBMM Uzlaşma Komisyonu’nda sağlık hizmetine ilişkin Anayasa’ya girmesi beklenen madde şu şekildedir: “Herkes sağlık hakkına sahiptir. Hiç kimse temel sağlık hizmetlerinden yoksun bırakılamaz. Devlet temel sağlık hizmetlerini ücretsiz olarak sağlar. Hasta hakları dâhil sağlık hakkının esasları, yaşam hakkı ile sağlığın korunması da gözetilerek kanunla düzenlenir. Her kadın üreme sağlığı ve doğurganlık hakları konusunda ücretsiz hizmet alma hakkına sahiptir. Devlet sağlık hakkının gerçekleşmesi için gerekli her türlü tedbiri almakla yükümlüdür. Devlet sağlık alanındaki görevini, kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kuruluşlardan yararlanmak suretiyle etkili bir sağlık hizmeti ağı kurarak onları denetleyerek yerine getirir.” Kanunun gerekçesinde ise “doğurganlık hakkının doğurmama hakkını da içerdiği belirtilecektir. Genel sağlık sigortasına ilişkin hükme, yasamanın yetkisi dâhilinde ele alınacağı varsayılarak, anayasada yer verilmemiştir” ifadeleri dikkat çekicidir. “Yeni Anayasada Sağlık Hakkı”, http://www.ntv.com.tr/saglik/yeni-anayasadaki-saglik-hakki,Zu5_9vDsoESEHDyBBEH7bw, (13.06.2016).

1980’li yılların koşullarını yansıtan Beşinci Plan ile birlikte sağlık hizmetlerinin “eşit, sürekli ve etkili bir biçimde herkese ulaştırılması” hedeflenmiştir.³⁶⁵ Planda ana-çocuk sağlığının geliştirilmesi ve temel sağlık hizmetleri ile birlikte yürütülmesi esas alınmıştır. Sağlık ocakları ve sağlık evlerinin sosyalleştirme planına uygun olarak yapımına devam edileceği belirtilmesine rağmen planda yataklı tedavi kurumları ile ilgili bir yatırımdan bahsedilmemesi dikkat çekmektedir. Hastaneler için ‘hastane işletmeciliği’ kavramı kullanılmış, rasyonel ve verimli olmayan hastanelerin yapımı engellenerek sağlık hizmetlerinin birbirinden ayrılmasının³⁶⁶ sağlanacağı ifade edilmiştir. Beşinci Planda bölge hastaneleri uygulamasından vazgeçilmediği de görülmektedir. Bölge hastaneleri uygulamasıyla pahalı olan hastane yapımı engellenmiş olacak ve işleyen bir sevk sistemi³⁶⁷ ile hastalar sağlık ocaklarından başlayarak bölge hastanelerine sevk edilebileceklerdir.

Sosyalleştirme planında özel hastanelerin çalışma koşulları ve muayene ücretleri SSYB tarafından belirlenirken Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ile özel hastanelerin devlet eliyle teşvik edileceği ve muayene ücretlerinin serbest bırakılacağı ifade edilmiştir. Bu doğrultuda kamu kurumlarının sağlık hizmeti vermeye yönelik tesis kurma girişimlerinin de engelleneceği düşünülmüştür. Ayrıca hekimler ile anlaşma yaparak özel hastanelerden hizmet satın alınmasına yönelik düzenlemelerin³⁶⁸ yapılacağı da bir diğer önemli husus olarak Plan’da yer almıştır.

Türkiye’nin sağlık hizmetlerinde 1990’lı yıllardan itibaren gündeme gelen yapısal reformlar birtakım projeler çerçevesinde uygulanmaya çalışılmıştır. Özel sektörün söz konusu tarihlerle birlikte sağlık alanında devlet teşviki uygulamasından yararlanmaya başlaması, kamu harcamalarında sıkı maliye politikalarının güdülmesi, 5 Nisan Kararları³⁶⁹ olarak bilinen ekonomik yaptırımların devreye girmesi gibi gelişmeler Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı’ndan itibaren kalkınma planlarında etkisini hissettirmiştir. Altıncı Plan’da ülkenin genelinde uygulanan sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması politikası, sonraki planlarda bölgeler arası dengesizlikleri gidermeye yönelik olarak değişmiş; sağlık alanında örgütlenmeye yönelik reformlar bu doğrultuda gerçekleşmiştir. 1990’lı yıllardan itibaren kamunun sağlık alanındaki

³⁶⁵ DPT, *Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989)*, Ankara, 1985, s.2.

³⁶⁶ Planda poliklinik ve idari hizmetlerin birbirinden ayrıştırılması öngörülmüştür. *a.k.*, s.152.

³⁶⁷ Planda sağlık müracaat zinciri olarak kullanılan kavram günümüzde de (hasta sevk zinciri) aile hekimliğinden yapılacak sevkler ile Şehir hastaneleri için kullanılacaktır.

³⁶⁸ *a.k.*, s.152.

³⁶⁹ 1990’lı yıllar kamu borçlarının azaltılması için özelleştirmelerin hız kazandığı bir dönem olarak da bilinmektedir. “5 Nisan Kararları”, <http://www.milliyet.com.tr/5-nisan-1994-kararlari-ekonomi/ydetay/1863180/default.htm>, (21.05.2017).

yatırımları azalmaya başlamış; sağlık harcamalarındaki maliyet artışı gerekçe gösterilirken sağlık alanında yapısal reformlar dönemi başlamıştır. Altıncı Plan'dan sonraki planlarda da sağlık hizmetlerinde modern işletmecilik anlayışına geçilmesi, hastanelere idari ve mali özerklik verilmesi gibi söylemlerle sağlıkta dönüşümün yönü belirlenmiştir.

Refah devleti döneminde kamunun sağlık alanını üstlenmesi, sağlığın yatırım yapmaya değmeyecek kadar kârsız bir alan olmasından kaynaklanmaktadır. 1990'lı yıllarda ise serbest piyasa ekonomisinin öneminin kavranmasıyla birlikte sağlığı kârlı bir alana dönüştürme hamleleri gerçekleştirilmeye çalışılmıştır.³⁷⁰ Birinci bölümde ele alındığı üzere Yeni Kurumcuların devletin ve bürokrasinin düzenleyiciliğinin önemine yaptıkları vurgu ile sağlıkta dönüşümün başarısı hükümete bağlanmış, kurumsal düzenlemeler ve mevzuat çalışmaları alanı cazip hale getirme çabaları ile yoğunlaşmıştır.

Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı³⁷¹ 1990-1993 yılları arasında sıkı para ve maliye politikalarının, 1994 yılından itibaren ise yapısal reformların uygulamaya konulduğu bir plandır.³⁷² Bu dönemde sağlık politikası ise koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yöneliktir. Temel sağlık göstergeleri; bebek ölüm hızı, vatandaşların yaşam süresi, kişi başına düşen doktor ve hemşire sayısı gibi kriterlerden oluşmaktadır. Ayrıca Plan'da modern işletmecilik anlayışı doğrultusunda hastanelerin işletilmesi, hasta bilgi-kayıt sistemlerinin kurulması, hasta sevk sisteminin işletilmesi ve sağlık yatırımlarında özel sektörün teşvik edilmesi gibi ifadeler yer almaktadır. Plan'da koruyucu sağlık hizmetlerinde yeterli gelişme gösterilemediğinden dolayı tedavi edici hizmetlere olan talebin arttığı ve söz konusu durumun verimsizliğe neden olduğu ileri sürülmektedir. Bu doğrultuda kırsal alana götürülen sağlık hizmet ve ünitelerinin yaygınlaştırılacağı belirtilmektedir.³⁷³ Altıncı Plan'da sağlık hizmetlerinin finansmanında özel sektörden yararlanılması için yeni finansman tekniklerinin geliştirilmesi üzerinde durulmuş; sağlık hizmetlerinin ülke sathına yayılması

³⁷⁰ Sağlık alanında yaşanan gelişmeler, devletin sağlık hizmetlerini aşamalı olarak özel sektöre aktararak bu alandan finansal olarak çekilmeye başlamasına neden olmuştur. Sağlık alanında deregülasyonun başlatıldığı bu dönemde; devletin hizmet üretenlerle hizmet alanlar arasında tarafsız bir konumda olmadığı, sağlık alanında sermaye hareketlerinde hızlı bir artış yaşandığı ve devletin özel sektörün desteklenmesinde aktif rol oynadığı ifade edilebilir.

³⁷¹ Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı, ekonomik göstergelerin yer aldığı ve genellikle ithalat ve ihracat üzerine yoğunlaşan bir plandır. Planın amacı "...refah seviyesini açık toplum ve rekabete açık ekonomi ilke esasları doğrultusunda yükseltmek..." olarak ifade edilmektedir. DPT, *Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994)*, Yayın No: 2174, Ankara, 1989.

³⁷² DPT, *Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000)*, Ankara, 1995, s.6.

³⁷³ DPT, *a.g.e.*, 1989, s.321.

amaçlanmıştır. Sonraki planlarda olduğu gibi bölgeler arası dengesizlikleri gidermeye yönelik bir sağlık politikası ise güdülmemiştir.

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda³⁷⁴ (1996-2000) *Temel Yapısal Değişim Projeleri* başlığı altında sağlık reformuna yer verilmiştir. Plan'da tarım, sanayi, eğitim ve teknoloji gibi başlıklar ekonomik-sosyal göstergeler ile birlikte yer almıştır. Bu doğrultuda Plan'da Avrupa Birliği (AB) ile entegrasyonun önemi vurgulanırken, uluslararası ticaret anlaşmalarının da getirdiği yükümlülüklerin piyasa ilişkileri için artan bir önemde olduğu belirtilmektedir. Rekabet ve uluslararası bağımlılığın zorunlu sonucu olarak devletin rolü ve örgütlenmesinin de söz konusu yükümlülükler doğrultusunda değişmesi gerektiği önemle belirtilmektedir.

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı aynı zamanda özel sektörün teşvik edilmesine yönelik düzenlemeleri içermektedir. Bu doğrultuda Plan'da 5 Nisan 1994 tarihinde Ekonomik Önlemler Uygulama Planı'nın uygulamaya konulduğu vurgulanarak kamu açıklarının kapatılması ve kalkınmada özel sektörün teşvik edilmesi gerektiği üzerinde durulmaktadır. Bu dönemde özel sektörün yap-işlet-devret modeli ile kamu altyapı yatırımlarını gerçekleştirmesini sağlayacak yasanın yürürlüğe girdiği³⁷⁵ sosyal güvenlik kuruluşlarının ise kaynak yaratma girişimlerinde bulunduğu belirtilmelidir. Plan'da ayrıca sağlık hizmetlerinin mevcut sorunlarına yer verilmiş sağlık örgütlenmesinin parçalı yapıda olmasının yarattığı koordinasyon ve iletişim eksikliğine dikkat çekilmiştir. Plan'da temel sağlık hizmetlerinin yeterince geliştirilemediği, sağlık insan gücünden yararlanılamadığı bu bağlamda bölgesel dengesizliklerin sürdüğüne ve GSS'ye geçilemediğine de değinilmiştir.³⁷⁶

³⁷⁴ DPT, *a.g.e.*, 1995.

³⁷⁵ Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapıtırılması Hakkında Kanun, RG:13.06.1994, Sayı: 21959.

³⁷⁶ DPT, *a.g.e.*, 1995, s.10-14.

Tablo 3: Hastane ve Hasta Yatak Sayıları³⁷⁷

Kuruluşlar	Hastane Sayısı (1989)	Yatak Sayısı	Hastane Sayısı (1994)	Yatak Sayısı
Sağlık Bakanlığı	549	68,258	666	77,753
Milli Savunma Bakanlığı	42	15,900	42	15,900
SSK Genel Müdürlüğü	91	20,129	115	25,196
KİT'ler	15	2,146	11	2,099
Diğer Bakanlıklar	3	780	2	680
Tıp Fakülteleri	24	17,749	29	19,852
Belediyeler	5	1 160	5	1,160
Yabancılar	8	670	6	560
Azınlıklar	5	934	5	934
Dernekler	10	621	10	741
Özel	102	3,614	133	5,690
Toplam	854	131,961	1024	150,565

Yukarıdaki tabloda 1989-1994 yılları arasında Türkiye’de faaliyet gösteren hastaneler ve bu hastanelere ait yatak sayıları gösterilmektedir. Özel sektöre ait hastane sayısı 1989 yılı itibariyle 102 iken; beş yıl içinde bu rakam %30 artış göstererek 133’e yükselmiştir. Ayrıca özel hastanelerinin sayısal artışından daha da önemli bir husus olarak özel hastanelere ait yatak sayılarında da muazzam bir artış yaşandığını söylemek gerekir. Özel hastanelerin yatak sayısı söz konusu dönem içinde %60 artarak beş bini geçmiştir. Kamu sağlık kuruluşları ise gerek hastane sayıları gerekse yatak sayıları ele alındığında özel sektördeki gibi sıçrama gösterememiş ve bu durumun sebebi olarak³⁷⁸ hizmet kullanımındaki verimsizlik gösterilmiştir.

³⁷⁷ a.k., s.44.

³⁷⁸ Sağlık politikalarının ilerlememesinin nedeni olarak alınan kararların sürekli olmaması ve hazırlanan mevzuatın hemen uygulanmayışı gösterilmektedir. Kamu sağlık kuruluşlarının hizmet sunumu ve finansmanını bir arada buldurmasının planlama ve uygulamada sorunlar yarattığı ifade edilmektedir. Verilere göre hasta yataklarının % 95’i; koruyucu sağlık hizmetlerinin ise tamamı kamuya aittir. a.k. s.41. Ayrıca sağlık enformasyon sistemlerinin kurulması ve tek tip kayıt sistemine geçilmesi planlanmakta bu doğrultuda Sağlık Finansmanı Kurumu Kuruluş ve İşleyişi Kanunu’nun çıkarılacağı belirtilmektedir. Hasta sevk sisteminin kurulamadığı 224 sayılı Kanun’un kırsal alanlarda işlevsel olmadığından yakınılmakta; il sağlık hizmetlerinin güçlendirileceği ve merkezi idarenin sorumluluklarının azaltılacağı belirtilmektedir.

Yedinci Plan'da kamu politika alanlarına yönelik yapılacak hukuki ve kurumsal düzenlemeler ayrıntılı bir şekilde ele alınmıştır. Bu bağlamda sağlık alanında örgütlenme, denetim ve personel konuları ayrı bir başlık halinde reform alanı olarak belirlenirken, Sağlık Bakanlığı'nın görev ve teşkilat yapısına yönelik düzenlemeler hizmet sunumu ve yönetim başlıklarıyla sağlık reformu projesi olarak yer almıştır.³⁷⁹ Dolayısıyla Yedinci Plan ile birlikte sağlık hizmetlerinde reforma yönelik birtakım düzenlemelere gidileceği anlaşılmaktadır. Aşağıda da ele alınacağı üzere sağlık alanında yatırıma yönelik gelişmeler kamu ve özel hastanelerin sayısı ve bunların sahip olduğu yatak sayısı üzerinden bir değerlendirme imkânı sunmaktadır.

Tablo 4: 2002 Yılı İtibariyle Kurumlara Göre Yatak Sayısı

Kurumlar	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler	Özel Hastaneler	Diğer
Hastane sayısı	774	50	270	61
Yatak Sayısı	107.394	26.341	12.387	18.394

Tablo 4'de 2002 yılı itibariyle Türkiye'de kamu ve özel sektöre ait hastane ve yatak sayıları yer almaktadır. Kamu ve özel hastanelere ait hastane ve yatak sayılarını karşılaştırmak için Tablo 3 ve Tablo 4'deki verileri kullanarak bir değerlendirme yapmak gerekirse: 1990'ların sonunda Türkiye'deki hastanelerde yaklaşık yüz otuz yedi bin yatak bulunurken, bu sayı %20 artış göstererek 2002 yılı itibariyle yaklaşık yüz altmış beş bin yatağa çıkmıştır. Ancak 1994-2002 yılları arasında özel hastane sayısı yaklaşık %100 artış ile 133'ten 260'a kadar çıkmış; bu hastanelere ait yatak sayısı ise beş binden %150 artış ile on iki bine kadar yükselmiştir. Bu durum özel hastanelere yönelik uygulanan teşvik politikasına bağlı olarak hastane ve yatak sayılarının arttığını göstermektedir. 2000'li yıllar ile birlikte başka bir değişiklik de sağlık planlamasının kalkınma planlarındaki projelerden daha farklı bir programa taşınarak uygulanmaya çalışılmasıdır. Diğer bir ifadeyle 2000'li yıllara kadar sağlık alanında gerçekleştirilmeye çalışılan uygulamalar planlarda ayrıntılı bir şekilde yer alırken bu tarihlerden sonra aynı uygulamalar SDP olarak isimlendirilmiştir. Aynı zamanda daha sonra ele alınacağı üzere SDP ile yukarıda yer alan tablolardaki kriterler de değişiklik göstermeye başlamıştır. Türkiye'nin sağlık politikalarına yönelik söz konusu değişiklikler aşağıda ele alınacağı üzere sağlık reformlarıyla hız kazanmıştır.

³⁷⁹ DPT, *a.g.e.*, s.223-226.

B. UYGULAMANIN GÜCÜ: YENİ SAĞLIK PROJELERİ

Çalışmanın bu başlığında SDP'nin daha iyi anlaşılabilmesi için sağlıkta reform hareketi çerçevesinde raporlar, anlaşmalar ve sağlık projeleri ele alınacaktır. Bu doğrultuda Türkiye'nin sağlık alanını DB'nin sağlık politikasına uyumlaştırma girişimleri ve bu girişimler doğrultusunda şekillenen sağlık mevzuatı incelenecektir. Mevzuatı ortaya koyan sağlık bürokrasisi ise sağlıkta dönüşümün kurumsallaşması bağlamında ele alınacaktır. DB'nin Türkiye Raporu'nda sağlık hizmetlerine erişim ve hizmetlerde verimliliğin artırılması için hükümete düşen roller idari ve mali olarak sıralanmıştır.³⁸⁰ Bu doğrultuda sağlıkta dönüşüm kurumsallaştıktan sonra hükümete düşen rol ise mevzuat çalışmalarına başlamak ve bunun uygulanmasını sağlamaktır. Tezin birinci bölümünde teorik yaklaşımlar kısmında da ele alındığı üzere sağlıkta dönüşüm, sınırlı rasyonalitenin ortadan kaldırılması için sağlık verilerinin toplanmasını gerektirirken verileri doğru bir şekilde kullanabilecek personelin yetiştirilmesi ve bu anlamda sağlık bürokrasisinin yeniden yapılandırılmasını da zorunlu kılmıştır. Bu çerçevede aşağıda DB'nin kullandığı kavramlar doğrultusunda sağlığı kârlı bir alan haline getirme girişimleri, hükümetin özel sektör teşvikleri ve mevzuat çalışmaları ile birlikte değerlendirilecektir.

2000'li yıllara girerken Türkiye uluslararası örgütlerin mali desteği doğrultusunda alınacak reform tedbirlerini de uygulamayı taahhüt etmiştir. Bu tedbirler neoliberal ekonomik sisteme eklenme hedefiyle de örtüşmektedir. Bu doğrultuda Türkiye'de DB yardımları çerçevesinde makroekonomik istikrar için alınması gereken yapısal reform önlemleri, “devlet teşebbüslerinin açığının azaltılması, tarımsal sübvansiyonların azaltılması, emeklilik sistemi açığının azaltılması, devlet bankalarının işleyişi ve mali yaşayabilirliğinin iyileştirilmesi”³⁸¹ olarak sıralanmaktadır. Bir sosyal politika alanı olarak sağlığın Türkiye için yeterince gelişmediği gerekçesiyle kurumsal düzenlemeler ile sorun aşılma çalışılmıştır. Aşağıda da görüleceği üzere sağlık sistemine ilişkin sorunlar birtakım projeler ve bunlara sağlanan kredilerle çözülmeye çalışılmıştır.

³⁸⁰ World Bank, *Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency*, Report No. 24358-TU, Washington D.C., 2003, s.2.

³⁸¹World Bank, *Türkiye'de Dünya Bankası 1993-2004 Ülke Yardım Değerlendirmesi* <http://documents.worldbank.org/curated/en/907721468172152090/pdf/>, (25.06.2016).

1. I. Sağlık Projesi, II. Sağlık Projesi ve Temel Sağlık Hizmetleri Projesi

Sağlık hizmetlerinin iyileştirilme süreci -reform- rengi beyaz olan sağlığın tüm renkleri içinde barındırdığından hareketle bir başlangıç olarak da kabul edilmektedir. Çünkü kamu reformuna uygun olarak sağlık, önemli bir sıçrama alanıdır.³⁸² Sağlık reformlarının başarıya ulaşmasında hükümetlerin karar alma yapısı, politik ortamın uygunluğu, siyasi ve ekonomik istikrar, yasama, yürütme organlarının çalışma yapısı ve kamuoyuna tanıtma³⁸³ gibi unsurlar önemli görülmektedir. Dolayısıyla 1980 ve 2000 yılları arasında sağlık reformu çalışmalarının istenen başarıyı elde edememesinde politik kurumların işleyiş biçimi³⁸⁴ etkili olmuştur. Bu anlamda reformlar, Yeni Kurumcu İktisat teorisyenlerinin çalışma alanlarına -politik kurumlar ve örgütlerin işleyiş mekanizmalarının iktisadi faktörler üzerindeki etkilerine- denk düşmektedir. Sağlık reformunun süreklilik kazanması ve başarıya ulaşması, kurumların etki ettiği çevre ile birlikte değerlendirildiğinde, firmaların piyasadaki faaliyetlerinin sanıldığı gibi kendi hareketleri dışındaki eylem ve işlemlerden etkilenmediği varsayımını çürütmüştür.

Tezin teorik yaklaşımlar kısmında da yer verildiği üzere; hükümet, siyasi partiler ve kurumlar eylem ve işlemleri ile gerek piyasadaki tekel durumları gerekse yarattıkları dışsallıklar üzerinden piyasayı doğrudan veya dolaylı olarak etkilemekte ve piyasaya hesaplanması gereken bir maliyet yüklemektedir. Politik kurumların istikrarsızlığı piyasayı doğrudan etkileyeceği gibi kamusal mal ve hizmet üretmeye bağlı olarak da ekonomi üzerinde müdahale biçimleri olabilmektedir. Bu çerçevede DB'nin kurumsal düzenlemeler üzerinden geliştirdiği sağlık politikası da hükümetlere önemli roller yüklemektedir. Sağlık reformu açısından piyasayı düzenleme, sağlık alanını özel sektörün kullanımına uygun hale getirmenin yanı sıra hükümetlerin eylem ve işlemleri ile reformun başarısını gözler önüne sermektedir. Sağlık reformu çerçevesinde kamuoyunu yönlendirme, reforma ilişkin kavramsal çerçeveyi çizme, reformun sahiplenilmesi, uygulama ve değerlendirilmesinin yapılması gibi çeşitli faktörler üzerinden geliştirilen pratikler özel sektörün sağlık alanındaki faaliyetlerini

³⁸² Sağlık Bakanlığı, *a.g.e.*, 2003.

³⁸³ *a.k.*, s.7.

³⁸⁴ Bir ülkedeki politik kurumların etkisini tartışan Yeni Kurumcu İktisat Okulu sağlık reformunun başarısında önemli bir etkiye sahiptir. Kurumların reforma karşı direnç göstermesi aynı zamanda köklü yapısal reformların önemini göstermiştir. Reformları uygulayacak personelin de eğitimsiz olması Sağlık Bakanlarının diğer bakanlıklar arasındaki konumunun zayıf olması (gerek bütçe gerekse personel) reformun öneminin algılanmasında sorun yaratmıştır. R.B. Saltman, Josep Figureas, "The Process of Implementing Reform", *Dans: European Health Care Reform Analysis Of Current Strategies*, WHO Regional Publications, European Series, No: 72, s.248-249.

kolaylaştırıcı etkide bulunmaktadır. Bu bağlamda aşağıda ilk olarak söz konusu reform pratiklerini ortaya koymak adına Türkiye’de uygulanmaya çalışılan sağlık projeleri ele alınacaktır.

Türkiye’de 1980’li yıllar ile birlikte DSÖ’nün öncülüğünde birtakım sağlık projeleri uygulanmaya çalışılmış, DB ise söz konusu projelerin finansmanını üstlenmiştir. Daha önce ele alındığı üzere sağlık alanında yapısal reform hareketinin başlangıcı sayılan bu yıllar Türkiye’nin sağlık alanının piyasa ilişkileri doğrultusunda dönüşümüne neden olan uygulamaları barındırmaktadır. Bu doğrultuda 1986 yılında yayınlanan Türkiye Sağlık Sektörü Araştırması’ndan³⁸⁵ kısa bir süre sonra DPT tarafından Price Waterhouse³⁸⁶ şirketine Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü hazırlanmıştır. Söz konusu çalışma ile sağlık sektörüne ilişkin mevcut durum analizi yapılmış ve bu çerçevede dört ana strateji ortaya koyulmuştur. Bunlar:³⁸⁷ Sağlıkta mevcut statünün iyileştirilmesi, serbest pazar stratejisine bağlı olarak sağlığın geliştirilmesi, sağlık hizmeti stratejisinin belirlenmesi son olarak piyasa ve kamuyu ortak bir noktada buluşturmaya dönük uzlaştırma stratejisi olarak ifade edilebilir.

Yukarıdaki gelişmelerden sonra 1987 yılında 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu yürürlüğe girmiştir. Kanun’un amacı “sağlık hizmetleri ile ilgili temel esasları düzenlemek” olarak belirtilmektedir. Söz konusu düzenlemede koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verileceği, özel hastanelerin destekleneceği, sağlık kurum ve kuruluşlarının işletilmesi ve fiyat tespitinin Bakanlıkça yapılacağı ifadeleri dikkat çekmektedir. Ayrıca Kanun’un 5. maddesi sağlık işletmesi başlığına yer vermekte ve hastanelerin Bakanlar Kurulu kararı ile kamu tüzel kişiliğine haiz sağlık işletmelerine dönüştürülebileceği belirtilmektedir.³⁸⁸ Sadece bu madde bile sağlık reformlarının hastanelerin piyasa ilişkileri doğrultusunda dönüşümüne neden olacağı konusunda bir fikir vermektedir. Bu fikri gerçekleştirmek adına ilk önce DSÖ’nün “Herkes İçin Sağlık Hedefleri” kapsamında 16 Ağustos 1990 tarihinde Türkiye ile DB arasında yapılan ikraz anlaşması sonucu I. Sağlık Projesi ortaya konmuştur. Yüz kırk yedi milyon dört yüz yetmiş bin dolar bütçeye sahip anlaşmanın yetmiş beş milyon doları DB kredisi, geri kalan kısmı ise hükümet katkısı olarak belirlenmiştir. Proje, temel olarak Sağlık Bakanlığı’nın izleme, denetleme ve planlama kapasitesinin güçlendirilmesi gerektiği

³⁸⁵World Bank. *Turkey – Health Sector Review*, Report No: 6089-TU, 1986, <http://documents.worldbank.org/curated/en/1986/09/740886/turkey-health-sector-review>, (22.11.2015).

³⁸⁶ Günümüzde kamu özel ortaklığı modeline ilişkin çalışmaları da bulunan şirket, sağlık alanını yatırım yapmaya değer bir alan olarak görmekte ve sağlık alanıyla ilgili yatırım projeleri hazırlamaktadır.

³⁸⁷ DPT, *Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü Sonuç Raporu*, 1990, Ankara.

³⁸⁸ Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, RG: 15.05.1987, Sayı: 19461.

üzerine kuruludur. Buradan anlaşılan Sağlık Bakanlığı'nı belirli sınırlara çekerek tedavi edici hizmetlerde piyasa unsurlarını harekete geçirmektir. Koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik desteklemelerin ise devam edeceği aşağıda yer verildiği üzere söz konusu proje tanımından da anlaşılmaktadır:³⁸⁹

“Temel sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği artırmak, sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık sektörünün yönetiminde etkinliği artıracak önlemleri almak, Sağlık Bakanlığı'nın teknik ve yönetim kapasitesini güçlendirmektir.”

Temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerinin il düzeyinde etkinleştirilmesini öngören proje ile kurumsal gelişime de önem verilmiş; sağlık personelinin uzmanlaşması için yurt dışı eğitimine gönderilmeleri sağlanmıştır. Projenin uygulanacağı illerde³⁹⁰ yalnızca kamu sağlık sistemlerinden yararlanıldığı, “gerek il ve gerekse yerel düzeyde sağlık hizmeti arzı için daha az merkezi yöntemler geliştirilmesi gerektiği...” belirtilmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın kurumsal yapısının güçlendirilmesi fikri sağlık hizmetlerinin il düzeyinde daha az merkezi yöntemler geliştirmesi ile birlikte düşünüldüğünde yerleşme anlamı taşımaktadır. Sağlık ocakları ve bölge hastanelerinin kendi kaynaklarının yönetiminde daha etkin olmaları ve sorumlu tutulmaları onları idari ve mali olarak özerk kılma düşüncesini yansıtmaları bakımından önemli görülmektedir.

Sağlığın piyasa ilişkileri doğrultusunda dönüşmesi için DB finansman desteğinin yanı sıra kendi politika formülasyonunu kullanmaktadır. Aşağıda da ele alınacağı üzere politika formülasyonu çerçevesinde Türkiye'de sağlık projelerinin uygulanabilirliğini artırmak adına Türkçe metinler yayınlanırken aynı zamanda kamuoyunu ikna etmek adına kongreler de düzenlenmiştir. I. Sağlık Projesi'nin uygulanması için Sağlık Bakanlığı tarafından 1990 yılında Ulusal Sağlık Politikası adlı bir metin yayınlanmış, 1992 yılında ise I. Ulusal Sağlık Kongresi düzenlenmiştir. I. Ulusal Sağlık Kongresi'nde beş yüz kişiden oluşan³⁹¹ otuz dört çalışma grubu ile raporlar hazırlanmış, ayrıca Sağlık Reform Çerçeve Taslağı oluşturulmuştur. Sonuç

³⁸⁹ Milletlerarası Andlaşma, Türkiye Cumhuriyeti İle Uluslararası İmar Ve Kalkınma Bankası Arasında Akdedilen Sağlık Projesi İkraz Anlaşması İkraz No: 3057 TU, RG: 07.10.1990, Sayı: 20658.

³⁹⁰ I. Sağlık Projesi kapsamında sağlık merkezlerinin inşası ve onarımı için sekiz pilot il belirlenmiştir. Bu iller Ankara, Diyarbakır, İstanbul, Mardin, Muğla, Sivas, Tokat, Yozgat'tır. Söz konusu illerin seçilme gerekçesi ise: “Temel sağlık göstergelerinin ülke ortalamasına yakın ya da bu ortalamanın altında olması, güçlü ve bilinçli bir teknik ekibin varlığı, yıl boyunca ulaşılabilirlik, toplum desteğinin ve siyasi desteğin varlığı” olarak ifade edilmiştir. 91/2173 Milletlerarası Andlaşma, “T.C. Hükümeti ile UNDP Arasında Dünya Bankası Kredisiyle Finanse Edilen Birinci Sağlık Projesi ile İlgili Olarak UNDP Tarafından Sağlanacak Yönetim ve Destek Hizmetlerine İlişkin Anlaşma Mektubu'nun Onaylanması”, RG: 17.11.1991, Sayı: 21054.

³⁹¹ Kongreye, sağlık meslek kuruluşları, çeşitli bakanlık, siyasi parti, özel sektör, üniversite temsilcileri, sendikalar, yerel yönetim temsilcileri, basın mensupları ve yabancı uzmanlar davet edilmiştir.

olarak yapılan tüm çalışmalar sağlık sisteminin piyasa ilişkileri doğrultusunda kurumsallaşması ve mevzuat düzenlemesine yönelik olarak kullanılmıştır.

Yukarıdaki gelişmelerin hemen akabinde 1994 yılında DB'nin kredi desteği ile II. Sağlık Projesi Anlaşması imzalanmıştır. Projenin uygulama alanı olarak yirmi üç il belirlenmiştir.³⁹² İlk projede yer alan illerin genişletilmesi anlayışına dayanan proje, sağlık hizmetlerinin altyapısını dönüştürmeye yöneliktir. 31 Aralık 2001 tarihine kadar gerçekleştirilmesi planlanan proje için toplam iki yüz milyon dolar bütçe ayrılmış ve bunun yüz elli milyon doları DB kredisi, geri kalan kısmı ise hükümet katkısı olarak belirlenmiştir.

I. Sağlık Projesi'nde pilot illerdeki onarım ve inşaat işlerine ayrılan bütçe daha fazla iken; ikinci projede kredinin önemli bir kısmını danışmanlık ve eğitim hizmetleri oluşturmuştur.³⁹³ II. Sağlık Projesi sağlık hizmetlerine (politika yapım sürecine) toplumun katılımını öngörmekte ve maliyet etkinliği ön plana çıkarmaktadır. Bu çerçevede Bakanlığın sağlık hizmetleri yönetimi kapasitesini geliştirmek için modern örgütlenme yöntemlerini ve teknolojisini kurmak gerektiği ifade edilmiştir. Dolayısıyla hastanelerin yeniden yapılandırılmasına ilişkin örgütsel değişim istekleri ile birlikte Sağlık Bakanlığı'nın yeni rolü daha anlaşılır hale gelmektedir. Sağlıkta kurumsallaşma anlamına gelen ve sağlık piyasasına girmek isteyen girişimciler için Bakanlığın rolü burada sınırlı rasyonalitenin ortadan kaldırılması ve özel sektör için güvenilir verilerin toplanması noktasında daha açık hale gelmektedir. Aşağıdaki bilgiler ışığında reform ile sağlık bilgi sistemlerinin sağlık örgütlenmesi içinde yer alması gerektiği sonucuna varılmaktadır.³⁹⁴

“Hastalık yükü araştırması ve sağlık sektörünün yönetim ve işleyişini geliştirmek ve güçlendirmek amacıyla stratejiler geliştirmek üzere belirli uzmanlık alanında araştırma ve çalışmaları yürüterek sağlık sektörünün, hastalık parametrelerinin izlenmesi ve değerlendirilmesi yoluyla kapasitesini ve sağlık hizmetleri müdahalelerinin maliyet etkinliğini geliştirmek...”

Yukarıda yer alan iki proje birlikte değerlendirildiğinde, söz konusu projelerin belki de en önemli noktası sağlık bilgi sistemlerinin kurulması için teknik yardımların yapılması ve sağlık personelinin bu konuda eğitilmesi olmuştur. Bu doğrultuda

³⁹² Adıyaman, Ağrı, Ardahan, Artvin, Batman, Bayburt, Bingöl, Bitlis, Elazığ, Erzincan, Erzurum, Gümüşhane, Hakkâri, Iğdır, Kahramanmaraş, Kars, Malatya, Muş, Siirt, Sımak, Şanlıurfa, Tunceli ve Van'dır. Milletlerarası Andlaşma, Türkiye Cumhuriyeti ve Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası Arasında İkraz Anlaşması (İkinci Sağlık Projesi) İkraz No: 3802 TU, RG: 22.12.1994, Sayı: 22149.

³⁹³ İlk projede teknik danışmanlık için ayrılan pay toplam bütçenin %3,2'si iken ikinci projede bu pay %15,9 olmuştur. İlker Belek, *a.g.e.*, 2001, s.441.

³⁹⁴ Milletlerarası Andlaşma, Türkiye Cumhuriyeti ve Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası Arasında İkraz Anlaşması (İkinci Sağlık Projesi) İkraz No: 3802 TU, RG: 22.12.1994, Sayı: 22149.

enformasyon sistemlerinin³⁹⁵ sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanına dayalı araştırmalar için kullanıldığı ifade edilmelidir.

Sağlık reformu çerçevesinde yapılan mevzuat çalışmalarının sağlık projelerinden sonra meyvesini verdiği söylenebilir. Bu bağlamda Sağlık Reformu Çerçeve Yasa Taslađı³⁹⁶ sağlık projelerinde yer alan hedefleri gerçekteştirmeye yönelik olarak hazırlanmıştır. Söz konusu taslakta ilçe merkezlerinde kamu sağlığı merkezlerinin aile hekimliğine destek olacak biçimde sağlık planlamasını yapması hedeflenmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın sınırlı bir rol alarak sağlık hizmetlerini piyasaya bırakması anlamına gelen yerelleşme, yerelde aile hekimliği uygulaması olarak somutlaşmaktadır. Sağlık hizmetlerinin bireyselleştirilerek piyasa tipi bir hale gelmesi anlamını taşıyan³⁹⁷ aile hekimliği uygulaması, 2003 yılında ilan edilen SDP'de yer almıştır. Aynı şekilde SDP'nin 1990'lı yıllardaki ismi olan Sağlıkta Mega Proje isimli dokümanda ise serbest çalışan hekimlerin kişi başına muayene ücreti olarak özel sigorta şirketleri ile anlaşma yapacađı³⁹⁸ ifadeleri de aile hekimliği uygulamasını hatırlatmaktadır.

Sağlık projelerinin uygulanma aşaması olan mevzuat çalışmaları ise koalisyon hükümetleri ve muhalif çevrelerin baskıları ile yasalaşamamış; söz konusu metinler isim değişikliği ile sürekli gündeme gelmiştir. Örneğin 1993 yılında 50. hükümet "Sağlık Kanunu Tasarı Taslağı", "Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Tasarı Taslağı", "Bölge Sağlık İdareleri Kanun Tasarı Taslağı" ve "Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarı Taslağı" hazırlamıştır. Aynı konular 1996 yılında 54. hükümet tarafından "Sağlık Finansman Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu", "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanunu" ile "Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu" tasarı taslağı olarak sunulmuştur.³⁹⁹

Sağlık alanında yapılan üçüncü proje ise Temel Sağlık Hizmetleri Projesi'dir.⁴⁰⁰ On dört milyon beş yüz bin dolar bütçeli anlaşma ile Aile Hekimliği Eğitimi

³⁹⁵ Sağlık Enformasyon Sistemleri (SES) alanında çalışmalar Ulusal Sağlık Politikası hedeflerine uyumlu olarak gerçekteştirilmiştir. Bunlar Temel Sağlık İstatistikler Modülü (TSİM), Çekirdek Kaynak Yönetimi Sistemi (ÇKYS), Hastane Bilgi Sistemleri (HBS), Üst Düzey Karar Destek Modülü (ÜDKDM) olarak belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık Enformasyon Sistemleri Çalışmaları*, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1997.

³⁹⁶ İlker Belek, "Türkiye Aile Hekimliği Modeli: "Herkes İçin Sağlık" Perspektifli Bir Değerlendirme", *Toplum ve Hekim*, Cilt:12, Sayı:78, 1997, s.8-17.

³⁹⁷ TTB, *Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamını Nasıl Dönüştirdü ?*, Ankara, 2013, s.162-163.

³⁹⁸ Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje*, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1992.

³⁹⁹ Ata Soyer vd. *Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003 Türkiye'sinde Halka, Hekimlere ve Sağlık Personeline Ne Getiriyor?*, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 2004, s.9.

⁴⁰⁰ Milletlerarası Andlaşma, Türkiye Cumhuriyeti ve Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası Arasında İkraz Anlaşması (Temel Sağlık Hizmetleri Projesi), İkraz No: 4201 TU RG: 17.12.1997, Sayı: 23203.

Danışmanlık Komitesince verilecek eğitim için Bilecik ve Eskişehir illeri pilot olarak belirlenmiştir. Bu doğrultuda birinci basamak sağlık hizmetlerinde birey üzerinden bir model geliştirilmek istenmiştir. Aile hekimliği ve sevk işleminin kurulmasına yönelik projede bilgisayar destekli sistemin geliştirilmesi reçete, ilaç ve personel gibi konularda verilerin kayıt altına alınması planlanmıştır. Proje önceki iki projeden farklı olarak birinci basamak sağlık hizmetleri için entegrasyona dayalı bir model getirmektedir. I. ve II. Sağlık Projelerinden sonra GSS, aile hekimliği ve hastanelere idari ve mali özerklik verilmesi konuları taslak olarak hazırlanmış ve TBMM’de görüşülmüştür.⁴⁰¹ 56. ve 57. hükümet dönemlerinde daha önce yasalaşamamış metinler kamuoyuna farklı isimler ile sunulmuş fakat bunlar uygulanamamıştır.⁴⁰²

“Sağlık hizmetlerinde ticaret potansiyeli son yıllarda artan bir hızla genişlemektedir. Daha verimli ve etkili iletişim sistemleri (örneğin sağlık alanında, telediagnosis, teleanalysis vb.) ticaretteki coğrafi engelleri azaltmaya yardımcı olmakta, gelirin ve bilginin artması hasta hareketliliğini artırmakta, artan yaşlı nüfus, teknolojinin gelişmesi, hastalık biçimlerinin değişmesi gibi nedenlere dayalı olarak sağlık sistemlerinde artan maliyetler nedeniyle verimliliğin bir amaç olarak görülmesi...”⁴⁰³

Yukarıdaki paragrafta da yer aldığı gibi sağlığın ticari bir unsur olarak görülmesi, hastaların sağlık seviyelerine bağlı olarak birtakım maliyetlerin hesaplanmasını gerektirmiştir. Ancak buna ilişkin verilerin toplanması için sistemsel eksiklikler tamamlanmalıdır. Bu anlamda kurumsallaşma eksikliği ‘etkili’ bir hizmet sunumunun önündeki engellerden biridir.⁴⁰⁴

Tezin teorik yaklaşımlar kısmında da ele alındığı üzere sağlık hizmetlerinin kârlı bir alan haline getirilmesi için devlet kurumsal kimliğini ön plana çıkararak düzenleme yapmaktadır. Bu doğrultuda sağlık kârlı hale getirilerek özel sektör için harcama değerine sahip olacaktır. Sağlıkta dönüşümün kurumsallaşması ise sağlık bürokrasinin yeniden yapılandırılması ile mümkün olmuş ve mevzuat düzenlemeleri ile reform sürdürülebilmiştir. Mevzuatın yeterli görülmediği durumlarda devlet bizzat alanda veri toplamaya başlamıştır. Sağlık alanındaki bilgi asimetrisini ortadan kaldırmak için sağlık istatistikleri toplanarak potansiyel yatırım alanı tespit edilmiştir.

⁴⁰¹ Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanun Teklifi ve Gerekçeleri, <http://www2.tbmm.gov.tr/d21/2/2-0321.pdf>, (20.11.2015).

⁴⁰² 1999 yılında ilk önce “Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu” adıyla hazırlanan metin aynı yıl kurulan 57. hükümet tarafından yalnızca isim değişikliği yapıp “Sağlık Sandığı Kurumu Kanunu” tasarı taslağı olarak kamuoyuna duyurulmuştur. Ata Soyer vd. *a.g.e.*, s.10.

⁴⁰³ Ayşe Dericioğulları Ergun, Songül Sallan Gül, “Küreselleşme, Ulus Ötesi Aktörler ve Türkiye’de Sağlık Hizmetinin Piyasalaştırılması”, Sütçü İmam Üniversitesi İİBF, 8-9-10 Ekim 2009, Kahramanmaraş.

⁴⁰⁴ Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Dönüşüm*, Ankara, 2003, s.15.

Etkili yönetim için sağlık bilgi sistemlerinin kullanılması gerektiği daha önce ele alındığı üzere DB'nin politika metinlerinde yer almaktadır. Sağlık kurum ve kuruluşlarının kapasitesinin ölçülmesi, sağlık hizmetlerinin serbest piyasa ekonomisi ile eklemlenmesi için gerekli görülmüştür. Hizmeti kullananların yaş ve cinsiyetleri, daha çok hangi hizmetlere başvurulduğu ve başvuru sayısı gibi ölçmeye dayalı işlemler dağıtık yapıda bulunan verilerin bir araya getirilmesi ihtiyacını doğurmuştur. Veri⁴⁰⁵ toplamaya yönelik enformasyon sistemlerinin eksikliği, aynı zamanda sağlık harcamalarına yönelik maliyet hesaplamasının yapılamamasının nedenlerinden biri olarak da gösterilmektedir.⁴⁰⁶ İşlem Maliyeti Teorisi'nde de vurgulandığı gibi devlet müdahalesinin yarattığı dışsallıkları ölçmek için maliyet hesaplamalarının yapılması gerekmektedir.

2. Projelerin Sağlık Hizmetlerine Etkisi: Sağlık Bilgi Sistemleri

Sağlık reformu çerçevesinde devletin rolü sağlığın piyasa ilişkileri açısından yeniden düzenlenmesi noktasında gittikçe belirginleşmektedir. Dolayısıyla piyasa başarısızlığı karşısında devletin yeni görevi kamu rasyonelliğidir. Tezin teorik yaklaşımlar kısmında ele alındığı üzere karar verme yaklaşımında özel sektörün bilgi asimetrisinde bulunduğu ve buna dayalı rekabetin serbest piyasaya zarar vereceği düşünülmüştür. Ussal karar verme yaklaşımı ise devletin rasyonel bilgiyi elinde bulundurduğu anlayışına dayanmaktadır. Bu çerçevede bilginin güvenilir olması devletin alana ilişkin verileri toplaması ve bunları ortak bir sistemde paylaşması ile mümkün olacaktır.

Yukarıda ele alınan gelişmeler özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmadan önce iyi bilgilendirilmiş olmasının gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır. Bilgi kaynaklarının toplanması ve özel sektör ile paylaşılması noktasında kamu ve özel sektör arasındaki ilişki enformasyon sistemleri üzerinden oluşturulmuştur. Asimetrik bilgi, üretici ve tüketicilerin doğru bilgiye ulaşamaması sonucu piyasaların aksamasına neden olmakta ve rekabeti engellemektedir. Dolayısıyla sağlık alanına ilişkin istatistiklerin toplanması ve sağlık enformasyon sistemlerinin kurulması gerekmektedir. Burada devletin rolü güvenilir bilgileri toplayıp özel sektörün erişimine açmaktır. Bu anlamda olumsuz dışsallık önlenmiş olacaktır. Ancak daha önce de tartışıldığı üzere ortaya çıkan

⁴⁰⁵ Verilerin bilgi toplamaktan ziyade kullanılabilir şekilde yorumlanması önemli görülmektedir. Sağlık bilgi sistemlerinin sağlık yönetimine ilişkin olarak sistematikleştirilmesi yöneticilerin bilgiyi işlemesi ve değerlendirilmesi istenilmektedir. *a.k.*, s.19.

⁴⁰⁶ *a.k.*, s.16-17.

maliyeti devlet üstlenmekte bu durum sağlıkta maliyet odaklı reform hareketlerini çelişkiye düşürmektedir.

DB tarafından finanse edilen araştırmalardan biri sağlık istatistiklerinin tutulması ve hastalık yükü araştırmalarının yapılmasıdır. Hastalık yükü çalışmaları genel olarak sağlık harcamalarına sebep olan hastalıkların tespit edilmesi, maliyetlerin azaltılması ve hizmetlerin planlanmasıdır. Hangi hastalıklarda hastanelere ne oranda başvurulduğunun tespitinin yapıldığı çalışmalar, alanda yatırım yapacak girişimciler için yol gösterici nitelikte olacaktır. DB ile Türkiye arasında yapılan projelerle geliştirilen sağlık istatistikleri, sağlık harcamalarını artıran hastalıkların tespit edilmesine yönelik olarak çalışmaların da yapılmasını sağlamıştır.⁴⁰⁷ Bu çalışmalar aşağıda yer verildiği üzere devletin sağlık enformasyon sistemlerini kurmasına ve bunların maliyetini üstlenmesine bağlı olarak verilerin özel sektör ile paylaşmasını beraberinde getirmiştir.

Sağlık Enformasyon Sistemleri

Yönetim, bir süreç olarak bütün faaliyetlerin ve kaynakların bir plan dâhilinde kullanılmasını gerektirir. Kaynakların belirli önceliklere göre kullanılması için yöneticilerin gerekli tüm bilgiye sahip olması gerekmektedir. Alınan kararlar önceden toplanan bilgilerden oluşurken aynı şekilde hangi kararın hangi bilgiden elde edildiği de önem arz etmeye başlar. Çeşitli kanallardan elde edilen bilgiler ortak bir veri tabanında toplanarak belirli süreçlerden geçirilerek işlenmelidir. Nihayetinde toplanan veriler yönetimin tüm kademelerinde bulunan personel tarafından kullanılır. Bu sistemin tümüne ise Sağlık Enformasyon Sistemi (SES) adı verilmektedir.⁴⁰⁸

Sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanına yönelik reformlar sağlık bilgi sistemlerinin kurulması ile hızlanmıştır. SDP öncesinde sağlık enformasyon sistemlerine yönelik altyapı projeleri kredi anlaşmaları çerçevesinde sağlanmış ve bilgi sistemleri kurulmuştur. Örneğin Temel Sağlık Hizmetleri Modülü, Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi (ÇKYS), Medula vd. gibi. 2003 yılından itibaren ise e-sağlık projeleri için etüt çalışmaları başlatılmıştır. ÇKYS ile hastane bilgi sistemlerinin tek bir sistem üzerinden izlenebilmesi mümkün kılınmış ve il sağlık müdürlüklerinin sahip olduğu veriler bir araya getirilmiştir. Doktor Bilgi Bankası ile doktor sayısı, uzmanlık alanları

⁴⁰⁷ Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, *Türkiye Hastalık Yükü Çalışması 2004*, Ankara, 2006.

⁴⁰⁸ Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje*, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1992, s.50.

İnsan Kaynakları Yönetim Sistemine dâhil edilmiştir. Ayrıca Yatırım Takip Sistemi (YTS) ile Sağlık Bakanlığı'nın sahip olduğu bina ve teçhizat sayısı, Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi (MKYS) ile Bakanlığın depolarında tutulan ilaç ve malzeme sayısı, Özel Sağlık Kuruluşları Yönetim Sistemi (SKYS) ile özel hastanelerin hasta ve muayene işlemine ait bilgiler, Çekirdek Kaynak Yönetimi Sistemi ile entegre hale getirilmiştir.⁴⁰⁹

Sağlık harcamalarının denetimine ilişkin ulusal sağlık veri tabanı oluşturulması projesi kapsamında sağlık hizmetlerinin elektronik ortama aktarılması sağlanmıştır. Medula olarak adlandırılan sistem,⁴¹⁰ sevk işlemlerinden ilaç ve reçete takibine kadar sağlık sistemine ait bütün verilerin tek bir sistemde toplanmasını ve mali kontrolünü sağlamıştır.⁴¹¹ Medula'nın uygulanmasından sonra ulusal sigorta sisteminin kurulmasına yönelik adımlar da atılmaya başlamıştır.⁴¹² Ulusal sağlık sisteminin temel taşlarından biri olan sağlık sigorta bilgilerinin bir havuzda toplanması projesi GSS'nin de temelini oluşturmaktadır. Sigorta Bilgi Merkezi, sürekli güncellenen bilgilerle vatandaşların ne zaman hastalandığından ne kadar ilaç aldığına hangi doktora gittiğine ve sağlık raporuna kadar tüm bilgileri bir havuzda toplamıştır.⁴¹³ Sigorta Bilgi Merkezi⁴¹⁴ söz konusu bilgileri özel sektör ile ücret karşılığında paylaşmaktadır. Sistem, ortak bir veri tabanı üzerinden vatandaşların sigorta bilgilerine ulaşan özel sektör için

⁴⁰⁹ Bireylerin tıbbi verilerinin kayıt altına alınması, paylaşılması ve bilgi transferlerinin sağlanması amacıyla Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi'nin kurulacağı belirtilmiştir. Bu çerçevede elektronik sağlık kayıtlarının saklanması amacıyla veriler tek bir sistem üzerinden kontrol edilmeye başlamıştır. Ulusal sağlık bilgi sisteminin bir parçası olarak Aile Hekimliği bilgi sistemi de kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı, *2009 Yılı İdari Faaliyet Raporu*, Ankara, 2010.

⁴¹⁰ Medikal Ulak, Sosyal Güvenlik Kurumu, Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Uygulanan "Medula" Sistemi Hakkında Tebliğ (Seri No: 1), RG: 07.12.2006, Sayı: 26369. Medula, DSÖ ile yapılan anlaşmalar sonrasında sağlık politikalarının uygulanmasına yönelik olarak Orta Vadeli Mali Plan'da yer almıştır. Yüksek Planlama Kurulu mali planın hazırlanmasında koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi gerektiği üzerinde durmuş, Maliye Bakanlığı'nın yayınladığı tebliğde ise koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, sağlık giderlerinde verimliliğin sağlanması için etkin kontrol ve denetim mekanizmalarının kurulması gerektiği belirtilmiştir. Bakanlık bünyesinde sağlık ürünlerinin temini ve denetimi görevlerini yerine getirmek üzere Piyasa Gözetimi ve Denetimi Koordinasyon Komisyonu oluşturulmuştur. Sağlık Bakanlığınca Yapılacak Piyasa Gözetimi Ve Denetiminin Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik, RG:25.06.2007, Sayı: 26563. Yüksek Planlama Kurulu Orta Vadeli Mali Plan (2009 – 2011), RG:08.07.2008, Sayı: 26930 Mükerrer.

⁴¹¹ Maliye Bakanlığı Tebliğ 2009–2011 Dönemi Bütçe Çağrısı, RG:08.07.2008, Sayı: 26930 Mükerrer.

⁴¹² Akılcı ilaç planlamasına yönelik olarak ilaç takip sistemi kupür ve karekod uygulamasına geçilmiş ve Sağlık Bakanlığı'nın izin vermediği hiçbir ürün ruhsatlandırılmamıştır. Sağlık Bakanlığı Beşeri Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG:22.04.2009, Sayı: 27208. Sağlık Bakanlığı Beşeri Tıbbi Ürünler Ambalaj Ve Etiketleme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG: 30.05.2009, Sayı: 27243.

⁴¹³ "Özel sağlık sigortasında, sigorta şirketlerinin elinde sağlıklı verilerin olmayışı, uygun tarifenin bulunmasını zorlaştırmakta uygulanan tarifeler ya sigorta şirketi ya da sigortalı aleyhine olmaktadır. Net risk primini etkileyen yaş, cinsiyet, teminat türü, teminat kullanım maliyeti, iştirak oranı, vb. hakkında sağlıklı veriler ve istatistiki bilgiler yeterli değildir." Emine Orhaner, *a.g.e.*, s.10-11.

⁴¹⁴ Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı: Sigorta Bilgi Merkezi Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG: 19.06.2009, Sayı: 27263,

önemli bir kaynak olmuş ve bu bağlamda özel sağlık sigortacılığı⁴¹⁵ da gelişmiştir. Özel sağlık sigortacılığının geliştirilmesine yönelik bilgi ve veri paylaşımı, Medula ve Ulusal Sağlık Bilgi Sistemine yönelik adımlarla birlikte SGK tarafından çıkarılan bir yönetmelik⁴¹⁶ ile uygulamaya konulmuştur:

“Kurum, internet ve her türlü elektronik ortam ile benzeri elektronik iletişim araçları üzerinden bilgi alışverişinin yapılmasına ilişkin koşulları belirlemek, Kurum ve işveren ile diğer ilgili kişi ve kuruluşlar arasındaki ilişkiler ile tarafların birbirlerine karşı olan hak ve yükümlülüklerini düzenlemek için protokol veya sözleşmeler yapabilir.”

Söz konusu yönetmelikte kurumun sosyal sigorta kayıtlarında tutulan bilgilerini işveren, sigortalı, hak sahibi ve diğer ilgili kişi ve kuruluşların kullanımına açabileceği belirtilmektedir. Sağlıkta kurumsallaşmaya yönelik bu gelişmelerin sigorta sistemi dışında ilaç politikalarına da etki edeceğini söylemek mümkündür.⁴¹⁷ Bu çerçevede maliyet etkin politikaların ulusal ilaç politikasının geliştirilmesi ve uygulanması noktasında aşağıdaki gibi olduğu ifade edilebilir:⁴¹⁸

-Havuzun bölünmesini azaltan, kaynak dağılımında adaleti artıran ve hizmet sunumunda etkinlik yolunda güdülenmeyi sağlayan kapsamlı ulusal sağlık finansmanı politikasının tasarlanması,

-Sağlık finansmanı için ilaçların da dâhil olduğu ulusal politikaların geliştirilmesi,

-Sağlık sisteminin güçlendirilmesi için performans izleme çerçevesini ve ulusal gösterge ve çalışma paketini içeren izleme ve değerlendirme sistemi.

Yukarıda yer verilen reformlar DSÖ'nün beklediği küresel sonuçlar olarak ifade edilmektedir. Türkiye ile yapılan işbirliği için belirlenen öncelik alanları sağlık hizmetlerinin finansmanı ve koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik olarak düzenlenmektedir. Fakat oluşturulması planlanan sağlık sistemleri ve buna bağlı bilgi havuzları özel sektörün sağlık alanına ilişkin bilgi düzeyini en üst noktaya taşıyacak türden gizliliğe sahiptir. Bu çerçevede tezin birinci bölümünde yer alan

⁴¹⁵ T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Emekliliğe Yönelik Taahhütte Bulunan Kuruluşların Aktüeryal Denetimi Hakkında Yönetmelik, RG:01.03.2009, Sayı: 27156. T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Bireysel Emeklilik Aracıları Hakkında Yönetmelik, RG: 29.08.2009, Sayı: 27334. Bu çerçevede bireysel emeklilik sistemine ilişkin yapılan düzenlemeler de daha sonra ele alınacağı üzere özel sektörün ilgisini çekecektir.

⁴¹⁶ Sosyal Güvenlik Kurumu Sosyal Sigorta İşlemleri Yönetmeliği, RG:12.05.2010, Sayı: 27579.

⁴¹⁷ Örneğin TÜSİAD'nın Türkiye'nin ilaç sektörünün sorunlarına yönelik bulduğu çözümlerden bir tanesi de SGK'nin yaptığı sağlık harcamalarının ilaç ve tedavi alanındaki verilerle birlikte özel sektör ile paylaşılmasıdır. TÜSİAD, *Sağlık Sektörünün Öncelikli Sorunlarına İlişkin Görüş ve Öneriler*, İstanbul, 2012.

⁴¹⁸ Milletlerarası Andlaşma, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ve DSÖ Avrupa Bölge Ofisi Arasında İki Yıllık İşbirliği Anlaşması (2004–2005)"nın Onaylanması, RG:08.07.2009, Sayı: 27282.

küresel kamusal mal sağlık tanımı ile örtüşen temel sağlık hizmetlerinin küresel düzeyde geliştirilmesi hedefi, küresel sağlık standartlarının oluşturulmasına yönelik adımlardan biridir. Bu bağlamda aşağıda da yer verileceği üzere sağlıkta dönüşüm, sağlık alanını küresel piyasalara eklemleyebilmek adına yabancı sermayenin yatırım yaptığı bir alan olarak şekillenmiştir.

C. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI: PROJE Mİ PROGRAM MI?

Tezin birinci bölümünde ele alındığı üzere, DB raporlarında sağlıkta dönüşüm için atılması gereken adımlar sayılırken verimlilik ve etkinlik çerçevesinde sağlık alanının özel sektöre açılması gerektiği ifade edilmişti. Bu çerçevede sağlık hizmetlerinin (temel/tedavi edici) yerleşmesi gerektiği fikri üzerinden Sağlık Bakanlığı'nın rolü de belirlenmiştir. DB, devletin sağlık hizmetlerinde ortaya çıkan maliyeti kaldıramadığına işaret etmekte ve kaynakların kullanımında rasyonel olunması gerektiği konusunda yol göstermektedir.

DB, gelişmekte olan ülkeler için kredi, uzman ve teknik destek yardımıyla bulunacağını açıklamış; yatırım ortamının iyileştirilmesi için hükümetlere birtakım sorumluluklar yüklemiştir. Bu bağlamda uluslararası alanda kamu hizmetlerinin özel sektör aracılığı ile gördürülmesi anlaşmalar ile de taahhüt edilmiştir. Bu süreç içinde DB ilk olarak aşağıda ele alınacağı üzere 1978 yılında Türkiye'nin dış ticaret açıklarının yer aldığı bir belge yayınlamıştır. Belge ile Türkiye'nin dış ticaret açığının kapatılması için piyasa ekonomisine geçilmesi ve özel sektör yatırımlarının teşvik edilmesi gerektiği üzerinde durularak sağlık sektörü de ele alınmıştır. Daha sonra 1986 yılında Sağlık Sektörü İnceleme Raporu'nu yayınlayan DB'nin reforma ilişkin kullandığı kavramlar Türkiye Ulusal Sağlık Politikası adlı metine yansımış; Sağlık 21 Herkese Sağlık, Sağlıkta 21 Hedef gibi belgeler de bu çerçevede çıkarılmıştır. Bu çalışmalarda sağlık hizmetlerine erişim kavramı herkese sağlık söylemi ile çok sık dile getirilmiş ve devletin sağlık alanındaki rolü sağlık hizmetlerinin yerleşmesi üzerinden yeniden kurgulanmıştır.⁴¹⁹

Yukarıda bahsedilen ve 1978 yılında yayınlanan Ödemeler Dengesi Açığı ve Türkiye İçin Büyüme ve Strateji: 1973-1983 (The Foreign Exchange Gap, Growth and

⁴¹⁹ DSÖ ile birlikte yürütülen herkese sağlık programı, Banka'nın raporlarında en çok kullandığı erişim kavramının önemini göstermektedir. Çünkü sağlık hizmetlerine erişim yetersizdir ve devlet maliyetli olan sağlık hizmetlerini yerine getiremezken; özel sektör medikal teknoloji ve alternatif tedavi yöntemlerine daha fazla para harcayabilir. Devlet kırsal kesimde daha düşük maliyetli olan koruyucu hizmetleri yapabilir ve tedavi edici hizmetler için özel sektörü teşvik etmelidir.

Industrial Strategy in Turkey: 1973-1983) adlı belge,⁴²⁰ ithal ikameci politikaların terk edilerek sanayileşme ve ihracata dayalı politikalara geçmek için gerekli bir başlangıçtır. Belgede Türkiye'nin cari açığının ithal ikameci politikadan vazgeçilmesiyle ortadan kaldırılacağı ifade edilmiştir. Söz konusu yıllarda dış borcun ve dış ticaret açıklarının önlenemez düzeyde oluşu ise DB gibi örgütlerin Türkiye üzerindeki etkisini gittikçe artırmıştır.⁴²¹

DB'nin 1986 yılında yayınladığı Türkiye'nin Sağlık Sektörü İncelemesi Raporu'nda⁴²² ise kalkınma stratejisinin uygulanması için reformların yapılması gerektiği belirtilmiştir. Raporla sağlık alanında son yirmi yılda büyük bir gelişme kaydedildiği vurgulanmış; mevcut duruma ilişkin bilgilerden sonra maliyet etkin yapısal reformların uygulamaya konulması için gerekli planlamaya yer verilmiştir. Türkiye'nin nüfus ve beslenme gibi temel sağlık ihtiyaçlarına yer veren Rapor, I. Sağlık Projesi öncesi durumu ortaya koymak için hazırlanmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın hizmetlere ilişkin konumundan başlayarak tıp eğitimi, sağlık personeli ve sağlık sigortası gibi alanları kapsayan Raporla özel sektörün durumuna ilişkin bilgiler de yer almıştır.

Raporla hükümetin özel sektörün sağlık alanındaki konumunu geliştirmek için alternatif arayışlarda olduğu (özellikle DPT tarafından) belirtilirken, özel sağlık kuruluşlarının toplam hastaneler içinde ancak %4 civarında olduğu belirtilmiştir.⁴²³ Mevcut doktorların da %40'ının tek başına ya da ortaklıklar halinde (şirket halinde değil de muayenehane açarak) sağlık hizmeti verdiği ifadesi ise dikkat çekicidir. Bu verilerden sağlık hizmetlerine erişim ve kaliteyi artırmak için özel sektörün alandaki rolünün güçlendirilmesi gerektiği sonucuna varılmaktadır. Türkiye'nin Sağlık Sektörü İncelemesi Raporu'nda özel sektörün sağlık alanında yetersiz bir konumda olduğu; ancak hükümetin koruyucu sağlık hizmetlerine yönelerek ağır bütçe yüklerinden kurtulacağı belirtilmiştir. Diğer yandan Raporla özel sektörün tedavi hizmetlerine girmesiyle hastalar için 'tercih hakkının' ortaya çıkacağı ve alternatif tedavilerin uygulanacağı ileri sürülmüştür.⁴²⁴ Buna göre sağlık hizmetlerinde kalite artarken

⁴²⁰ Kemal Derviş, Sherman Robinson, *The Foreign Exchange Gap, Growth and Industrial Strategy in Turkey: 1973-1983*, World Bank, USA, 1978.

⁴²¹ Raporla Türkiye'de kişi başına düşen gelirin sağlık ve eğitime harcanma düzeyi diğer ülkelere nazaran yüksektir ifadesi dikkat çekicidir. *a.k.*

⁴²² World Bank, *Turkey Health Sector Review*, Population, Health and Nutrition Department, 1988.

⁴²³ *a.k.*, s.37. 2014 yılı itibariyle yataklı tedavi kuruluşlarının %36 özel sağlık kuruluşlarına aittir. Aslı Şat Zengin, "Özel Hastaneler Sektörü", Türkiye İş Bankası, https://ekonomi.isbank.com.tr/UserFiles/pdf/sr04_ozelrastanelersektoru.pdf, (15.06.2016).

⁴²⁴ DB sağlık hizmetlerinin gelişmesi için özel sektörün desteklenmesi gerektiği fikrini hasta hakları ve tercihleri üzerinden sürdürse de Türkiye'de kamu hastanelerinde doktor seçme hakkı bulunmakta dolayısıyla kamu aracılığıyla da vatandaşlara sağlık hizmetlerinde tercih hakkı sunulmaktadır.

sistemin kontrolü açısından bir verimlilik ortaya çıkacaktır. Raporda daha sonra ele alınacağı üzere özelleştirme anlamına gelen ve kamu hastanelerinin özel sektör tarafından işletilmesini kapsayan uygulamalar ile verimliliğin de artacağı⁴²⁵ ileri sürülmüştür.

Bu gelişmelerden sonra 1995 yılında Türkiye Sağlık Reformu Araştırması adında bir doküman yayınlamış⁴²⁶ ve reforma ilişkin bir politika analizi hazırlanmıştır. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü'nün yaptığı söz konusu araştırma hastaların, doktorların ve kamuoyu önderlerinin reform algısını ortaya çıkarırken aynı zamanda reformun başarıya ulaşması için gerekli önerilerden oluşmaktadır. Sağlık alanının mevcut durumunun belirlenerek buna göre geleceğe yönelik hedefleri koymanın zaruri olduğu belirtilen araştırma, reform imajı, beklentisi ve algısı üzerine bir çalışmanın yapılması ile başlatılmıştır. Sağlık Reformu Araştırması ile sosyal güvenlik kuruluşları, Sağlık Bakanlığı ve hastanelerin kalite-fiyat gibi kriterler üzerinden ortaya çıkardığı memnuniyet ölçülerek, buna ilişkin reform talepleri de toplanmıştır.⁴²⁷ DB, planladığı reformların uygulanması için bir politika formülasyonu oluşturmuştur. DB'nin bu adımı reformların nasıl uygulanacağına yönelik önemli ipuçları vermektedir.

1. Sağlıkta Dönüşüm Politikası

2000'li yıllara kadar Türkiye'de özel sektörün sağlık alanında güçlü bir aktör olması için istenilen düzeyde bir reform dalgası oluşturulmaması da dönüşümün kurumsallaşması için gerekli adımlar atılmış; sağlıkta dönüşümün sürekliliği içinse SDP'nin devreye girmesi gerekmiştir. Reformların pratiğe yansımalarının nasıl olduğu ve hangi aktörler tarafından şekillendirildiği ise sağlık reformunun çözümlemesi ile ortaya konulmalıdır. Birinci bölümde sağlık reformunun taşıyıcısı olarak DB başlığında ele alındığı üzere DB, sağlık reformlarını sadece finanse etmemekte; aynı zamanda reformların nelerden oluşacağına ve bunların nasıl uygulanacağına karar vermektedir

DB sağlık politikalarına yön verirken farklı bir politika döngüsü kullanmaktadır. Sağlık alanında reform uygulayacak ülkelerin belirli kavram setleri kullanması reform sürecinin başarılı bir şekilde sürdürülmesi açısından önemli görülmektedir. DB, sağlık politikasının sürdürülebilirliğine ilişkin dört aşamanın varlığından söz etmiştir. Bunlar

⁴²⁵ World Bank, *a.g.e.*, s.36-38.

⁴²⁶ Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, *Sağlık Reformu Araştırmaları-1*, Ankara, 1995.

⁴²⁷ Sağlık bilgi sistemlerinin kaynak olarak kullanıldığı çalışmada reformların önem dereceleri de belirlenmiştir. Sağlıkta yapılan reformların değerlendirildiği çalışma, sağlık alanının tanındıkça beğeni oranının azaldığını ortaya çıkarmıştır. *a.k.*

sırasıyla kavramsallaştırma, yasalaştırma, yerel ve bölgesel uygulama ve son olarak ülke geneline yaygınlaştırmadır.⁴²⁸ Aşağıda Tablo 5’de görüleceği üzere Türkiye’nin hem 1990’lı yıllardaki hem de 2000’li yıllarda ortaya koyduğu reform pratikleri politika formülasyonu çerçevesinde ele alınmıştır. Bu doğrultuda sağlık politikasına dair aşamalar ise örnekler üzerinden gösterilmiştir. Ancak ilk olarak bu başlıkları açıklamak tablonun daha iyi anlaşılması adına önemli görülmektedir.

Sağlık politikasına ait kavram setlerinin kullanılması söz konusu kavramların birtakım politika belgelerinde yer alması açısından önemlidir. Bu çerçevede Türkiye’de sağlık alanında mevcut durumu belirleyen çalışmalar ortaya koyularak gelecek durum için kavramlar üzerinden yeni politikalar üretilmiştir. Üretilen politikalar projelendirilmiş ve söz konusu proje ile ilgili katılımın geniş bir tabana yayıldığı kongre ve çalıştaylar başlatılmıştır. Toplumun her kesiminden temsilcilerin yer aldığı toplantılarda ele alınan konular mevcut sağlık politikası ve gelecek projeler üzerinden tartışılmaya başlanmıştır. Örneğin Türkiye’de I. Sağlık Projesi ve II. Sağlık Projesi’nin hemen akabinde I. ve II. Ulusal Sağlık Kongreleri yapılmıştır.

Yasalaştırma ise kavram setlerinin kurulmasından sonra yapılan toplantılar/görüşmeler doğrultusunda kanun taslaklarının oluşturulmasına ve mümkünse bunların yasalaştırılmasına dayalıdır. Toplantılar sonrası karşı çıkılan konular ise yasalaştırma sürecinde değiştirilerek yeniden ele alınmaktadır. Örneğin 1987 yılında çıkarılan Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu açılan davalar⁴²⁹ sonucu işlerliğini yitirmiştir. Aynı şekilde 1997 yılında Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu Tasarı Taslağı ve Gerekçeleri, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanun Tasarı Taslağı ve Gerekçeleri, Sağlık Finansman Kurumu Kuruluşu ve İşleyişi Kanun Tasarısı ve Taslağı ve Gerekçeleri adıyla üç taslak metin yasalaşmak üzere görüşmeye açılmıştır.

Kavramsallaştırma ve yasalaştırma süreçlerinden sonra ortaya çıkan projelerin uygulanabilirliğinin test edilmesi gerekmektedir. Bunun için üçüncü aşama, oluşturulan politikaların yerel ve bölgesel uygulanabilirlik düzeyinin ölçülmesidir. Kamu politikalarının da uygulanabilirliğinin test aşaması, politikaların ilk önce pilot olarak belirlenen illerde yürütülmesidir. Test sürecinin başarı durumuna göre, dördüncü aşamaya geçilecek politikaların ülke genelinde uygulanmasına izin verilebilecektir.

⁴²⁸ Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Dönüşüm*, Ankara, 2003.

⁴²⁹ Anayasa Mahkemesi’nin 19.4.1988 tarih ve E. 1987/16, K. 1988/8 sayılı kararı; 13/3/2006 tarihli ve E.: 2006/21, K.: 2006/38 sayılı kararı. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, RG: 15.05.1987, Sayı: 19461.

Örneğin aile hekimliği modeli tartışmalardan sonra taslak metin haline getirilmiş ve pilot illerde uygulanmak üzere deneme sürecine sokulmuştur. 1997 yılında DB ile yapılan ikraz anlaşması sonucu aile hekimliği modeli iki pilot ilde -Bilecik ve Eskişehir illeri- uygulamaya konulmuş⁴³⁰ ancak kalıcı olamamıştır.⁴³¹ Sürecin son aşaması ise ülke geneline yaygınlaştırmadır. Pilot illerde başarılı olan sağlık politikaları tüm ülkede yaygınlaşacak; aksi halde model yeniden gözden geçirilecektir. Ancak yukarıda yer verilen gelişmelerin önemli bir kısmı aşağıdaki tabloda da görüleceği üzere uygulamaya geçirilememiştir. Nihayetinde 2003 yılında SDP'nin ilan edilmesi ile sağlıkta dönüşüm söz konusu reform başlıkları üzerinden hızla uygulanmaya başlamıştır.



⁴³⁰ Milletlerarası Andlaşma, Türkiye Cumhuriyeti ve Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası Arasında İkraz Anlaşması (Temel Sağlık Hizmetleri Projesi), İkraz No: 4201 TU, RG: 17.12.1997, Sayı: 23203.

⁴³¹ Aile Hekimliği uygulanması SDP ile mümkün olmuş; ilk uygulama 2005 yılında Düzce'de hayata geçirilmiştir. "Türkiye'de Aile Hekimliği" <http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/tuerkiyedeki-aile-hekimlii.html>, (11.05.2017). Aile Hekimliği 2010 yılında tüm ülkede yaygınlaştırılmıştır. 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun, RG: 09.12.2004, Sayı: 25665. Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, RG: 25.05.2010, Sayı: 27591.

Tablo 5: Sağlıkta Politika Formülasyonu: 2003 Öncesi ve Sonrası Karşılaştırma

DB'nin Sağlıkta Politika Formülasyonu	2000'li Yıllara Kadar Sağlık Reformu	2003-2017 Yılları Arası Türkiye'de Sağlık Reformu Uygulamaları
Reform	I. Sağlık Projesi, II: Sağlık Projesi, Temel Sağlık Projesi	SDP I. ve II. Faz III. Sağlık Sistemini Güçlendirme ve Destekleme Projesi
Kavramsallaştırma	Proje kavramı dış etkilere açık Kongre ve çalıştaylar düzenlendi.	Proje değil program SDP, hükümetin kendi programı olarak politika metinlerinde yer aldı. Kongre, çalıştay ve toplantılar yapıldı.
Yasalaştırma	Taslak halinde kaldı. -Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu Tasarı Taslağı ve Gerekçeleri, -Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanun Tasarı Taslağı ve Gerekçeleri, -Sağlık Finansman Kurumu Kuruluşu ve İşleyişi Kanun Tasarısı ve Taslağı ve Gerekçeleri -Uygulanamama gerekçesi koalisyon hükümetlerinin engel olarak görülmesi	Birçok yasal düzenleme yapıldı. -Hizmet sunumu ve finansmanı birbirinden ayrıldı. -SGK'nin kurumsal dönüşümü ile SGK finansman birimi haline geldi.. -GSS: Sağlıkta faydalanmaya yönelik talep artışı sağlandı. -Aile hekimliği ile birinci basamak sağlık hizmetleri bireyselleşti. -Sağlık hizmet kullanımı arttı.
Pilot Bölgelerde Deneme	Aile hekimliği: Bilecik Eskişehir'de denendi ama sürekli olamadı.	Aile hekimliği Düzce ile başlayıp 81 ilde yaygınlaştı. GSS kademe kademe uygulandı.
Ülke Geneline Uygulama	Bir bütün halinde uygulanamadı Uygulananlar: Sağlık bilgi sistemlerinin kurulması Özel sektör için pahalı olan bilginin devlete yüklenmesi İşlem maliyetinin özel sektörden devlete kaydırılması -Sağlık reformlarının kurumsallaşması -İdari ve yasal düzenlemeler -Özel hastanelerin teşvik edilmesi	Hasta sevk sistemi uygulanmadı Diğerleri paket halinde uygulandı -Özel sektör sağlık harcamalarının devlet tarafından finansmanı -Hastane zincirleri Küçük özel hastanelere ruhsat verilmiyor piyasa daha büyük şirketlere bırakıldı. -Şehir hastaneleri ile sağlık alanına yabancı sermaye girişi hızlandı. -Sağlık hizmetlerinin harcama değerine dönüşümü sağlandı.

Tablodaki bilgilere göre politika formülasyonuna sokulan reformlar 2000'li yıllara kadar neden uygulanamamıştır? Bu sorunun cevabını politika oluşturma ve uygulama açısından değerlendirmek sorunun cevabını bulmak adına önemli

görülmektedir. DSÖ'nün temel sağlık hedefleri⁴³² ve DB'nin yayınladığı raporlar⁴³³ Türkiye'de sağlık alanında çıkarılan yasanın ismine de yansımış ancak bunlara karşı bir önyargı oluşmuştur. Örneğin 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu çok açık bir biçimde DB'nin sağlık politikalarını içermektedir.⁴³⁴ Sağlık projeleri 1990'lı yıllara kadar dış etkilere açık ve DB'nin bir projesi olduğu yönünde eleştiri toplamıştır. Bu algıyı ortadan kaldırabilmek için kavram setlerinin kurulmasından toplantılar yapılmasına varıncaya kadar bir dizi strateji uygulanmış fakat başarılı olunamamıştır.

Kamu politikalarının belirlenmesi için ilk önce bir sorunun olması gerekmekte ve bunun bir şekilde gündeme alınmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Ancak sağlık alanına ilişkin sorun DSÖ ve DB'nin Türkiye için sağlık sektörü⁴³⁵ analizlerine dayanmış (Financing Reform Healthing 1987, Sağlıkta Mega Proje 1992) ve gündeme alınması noktasında ikraz anlaşmalarına dayalı olarak borç karşılığında projelendirme yapılmıştır. Ancak Türkiye'de 58. (koalisyon hükümetlerini bitiren) hükümetin kurulması ile dönüşümün birincil aktörünün hükümet olduğu belirtilmiştir. Dış dinamiklerin etkisiyle hazırlanan projeler hükümet açısından 'program' olarak kavramsallaştırılmış ve ülke için sağlık sektörünün kalkınmasına yönelik ifadeler kullanılmıştır. Sağlıkta dönüşümün birinci politika aktörü olan hükümet, sağlık reformunu kendi programı -SDP- olarak nitelendirmiş ve buna ilişkin bir söylem geliştirmiştir. Farklı bir bakış açısıyla yaklaşıldığında 2002 sonrası sağlık reformlarının başarılı olmasında tek başına iktidar olmanın verdiği etki bu bağlamda ikincil düzeyde kalmaktadır.

2. Sağlıkta Dönüşüm Programı I. ve II. Faz

Türkiye-Güçlendirilmiş Erişim ve Verimlilik için Sağlık Sektörü Reformu (Turkey Reforming The Health Sector For Improved Access And Efficiency) adlı Rapor⁴³⁶ 2003 yılında DB tarafından yayınlanmıştır. Rapora göre DB, Türkiye'nin sağlık alanında yakaladığı gelişmelerin birçok ülkeye göre geride kaldığını ifade etmektedir. Orta gelire sahip ülkeler arasında sayılan Türkiye, temel sağlık göstergeleri bakımından geri planda kalmaktadır. DB'ye göre bunun nedeni ise kaynakların etkili ve

⁴³² WHO, Avrupa Bölgesi "Herkes İçin Sağlık Stratejisi Hedefleri", *Herkes İçin Sağlık Hedefleri 2000*, Copenhagen, 1989.

⁴³³ World Bank, *Financing Health Services in Developing Countries – An Agenda for Reform*, Washington D.C., 1987, <http://documents.worldbank.org/curated/en/1989/07/440431/>, (29.12.2015).

⁴³⁴ 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu madde. 3-5-7-8.

⁴³⁵ DB, *Türkiye Sağlık Sektörü Araştırması*, 1986. DPT ve PriceWaterhouse firmasına hazırlatılan *Türkiye Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü*, 1988.

⁴³⁶ World Bank, *Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency*, Report No. 24358-TU, Washington D.C., 2003.

verimli bir biçimde tahsis edilmemesine dayalı sorunlardır. Ayrıca kamu girişimlerinin yeterince teşvik edici olmaması ve parçalı bir sağlık sisteminin varlığı da bu sorunlara neden olmuştur. Sonuç olarak DB, Türkiye’de özel sektörün rol ve potansiyelinin tam olarak kavranılmadığı ve özel sektörün sağlık alanına ilişkin sorumluluklarının da tanımlanmadığı yönündeki kaygılarını açık bir şekilde dile getirmiştir.

Rapora göre, Türkiye’nin kırsal bölgelerindeki -özellikle doğu bölgesindeki- gelir ve nüfus dengesizlikleri sağlık harcamalarının da aynı dengesizliğinin sebebidir. Genel olarak bu dengesizlikler sağlık açısından da eşitsizliklere neden olmaktadır. Bu tür çözülmeyen sorunlar sonucunda, DB eylem planı hazırlamış ve Türkiye’ye sunmuştur. Eylem planının içeriği ise sağlık hizmetlerine erişimi artırmak, maliyet etkinliği sağlamak, tedavi kalitesini ve genel sağlık sorunlarını çözme amacına dönük faaliyetleri içermektedir. Raporda ayrıca Türkiye’nin sağlık sisteminin ülkenin sağlık hizmetlerine erişiminin artırılması amacıyla ‘yeniden yapılandırılması’ tavsiye edilmektedir. Ülke için erişebilir ve kaliteli sağlık hizmeti verilirse kurumsal ve ekonomik olarak çevresel sürdürülebilirlik sağlanacaktır. Nihayetinde sağlık hizmetlerine ilişkin reformlar yukarıdaki çerçevede yapılmalı ve buna ilişkin beş programı içerir bir biçimde şekillenmelidir.⁴³⁷

-Kaynak tahsisi ve mobilizasyonu seferber edilmeli,

-Sağlık hizmetlerine erişim geliştirilmeli,

-Sağlık hizmetlerinden faydalanmaya yönelik talep artırılmalı, sigorta sistemi kurulmalı,

-Sağlık hizmetlerinin sunumunda ve üretiminde verimlilik geliştirilmeli,

-Sağlık hizmetlerinde klinik etkisi geliştirilmelidir.

2003 yılında Sağlık Bakanlığı’nın açıkladığı SDP ile Türkiye’nin sağlık politikası bu program çerçevesinde ilerlemiş ve sağlık alanında büyük bir dönüşüm başlatılmıştır. SDP, genel anlamda sağlık hizmet ve sunumunun birbirinden ayrılmasına dayanmaktadır. Aynı örgütlenme içinde yer alan sağlık hizmetleri tümleşik yapıda iken sağlık hizmetini sunan ve finanse eden birimlerin ayrı kurumlardan oluşması sağlanmış

⁴³⁷ a.k. Tezin giriş kısmında da belirtildiği üzere söz konusu rapor sağlık hizmetlerinin ayrıştırılması, erişim ve sağlık sigortası çerçevesinde sınırlandırılmıştır.

ve parçalı bir sağlık sistemi oluşmuştur. 2003 yılında ilan edilen SDP'nin bileşenlerini ifade etmek gerekirse:⁴³⁸

- Sağlık Bakanlığı'nın planlayıcı ve denetleyici olması,
- Herkesi tek çatı altında toplayan sağlık sigortası,
- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi (idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri, etkili kademeli sevk sistemi, güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği),
- Bilgi ve beceri ile donanmış yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon (ulusal ilaç kurumu ve tıbbi cihaz kurumu kurulması),
- Karar sürecine etkili bilgiye erişim, sağlık bilgi sistemi kurulması,
- Daha iyi gelecek için sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programları,
- Tarafların harekete geçirilmesi ve sektörler arası işbirliği için çok yönlü sağlık sorumluluğu ve uluslararası alanda ülkenin gücünü artıracak sınır ötesi sağlık hizmetleri olarak sıralanabilir.

2003 yılında Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı Sağlıkta Dönüşüm adlı doküman ise DB'nin sağlık politika formülasyonunun⁴³⁹ Türkiye'ye uyarlanmış biçimidir. Söz konusu dokümanda vatandaşların sağlık kalitesini artırmak, ülke kaynaklarının rasyonel olarak kullanımını sağlamak, kaynakların hakkaniyete uygun biçimde dağılımını gerçekleştirmek amacıyla sağlıkta dönüşümün ortaya konduğu belirtilmiştir.

SDP, sağlık alanını yukarıda bahsedilen çerçevede yeniden yapılandırmaya yönelik olarak politika üretme amacıyla hazırlanmıştır. SDP'de sağlık alanında yapılan çalışmalardan reform olarak bahsedilmemesinin nedeni ise bizzat Bakanlık tarafından yeni bir şeyin ortaya konmadığının kabul edilmiş⁴⁴⁰ olması ile açıklanabilir. SDP'de yer

⁴³⁸ Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Dönüşüm*, Ankara, 2003.

⁴³⁹ Sağlık Reformunun Doğru Yapılması Hakkaniyetin Geliştirilmesi için Bir Kılavuz'da yer alan kavramsallaştırma, yasalaştırma, pilot uygulamalar ve ülke geneli uygulamalar Türkiye'nin sağlık reformu için tercih ettiği politika formülasyonu olarak sıralanmaktadır.

⁴⁴⁰ a.k., s.24.

alan anahtar kavramlar⁴⁴¹ bu bağlamda DB raporlarında yer alan kavramlar ile birebir örtüşmektedir.

SDP'nin uygulanması için DB'nin kavramsallaştırma, yasalastırma, kontrollü yerel uygulamalar (pilot bölge seçimi) ve ülke geneline uygulama stratejisinden⁴⁴² yararlanılmıştır.⁴⁴³ Kavramsallaşma için SDP hakkında bir kitap yayınlanmıştır. Sağlık reformuna ilişkin kavram setini topluma yaymak için çeşitli sivil toplum kuruluşları ile birlikte çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda TÜSİAD 2004 yılında, *Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri* adlı raporu⁴⁴⁴ yayınlamıştır. Rapora göre “*sağlık reformu yapısal nitelikte ve planlıdır, aynı zamanda politika kırılmalarındaki değişimi ifade etmektedir. Uzun süreli ve sürdürülebilir olan reformlar sağlık politikasının kapasitesinin görüldüğünden daha fazla olduğu anlamına gelmektedir.*” Sanayici ve iş adamlarının⁴⁴⁵ bağlı olduğu bir yapının sağlıkta dönüşüme yönelik beklentisini yansıtan bu ifadeler sağlığın piyasa ilişkileri açısından ne kadar önemli olduğunun bir göstergesidir.

2003 yılında açıklanan SDP ile birlikte geçiş desteği adı altında IBRD'den kredi desteği sağlanmıştır. 2004-2009 yıllarını kapsayan ve SDP'nin I. Fazı olan destek ile sağlık finansmanına yönelik reformlar hızlandırılmış ve bu doğrultuda teknik yardım ve uzmanlardan yararlanılmıştır. Aynı şekilde sağlıkta dönüşümün Sağlık Bakanlığı ve SGK ortaklığı üzerinden projelendirildiği görülmektedir. 2009 yılında DB ile yapılan

⁴⁴¹ Aynı şekilde Sağlık Bakanlığı'nın koruyucu sağlık hizmetleri dışında kalan sağlık hizmetlerinin sunumundan kendini sorumlu görmemesi de SDP'ye yansımıştır. *a.k.*, s.27.

⁴⁴² Politika formülasyonu açısından kontrol düğmeleri; erişim, kalite, verimlilik olarak ara ölçümlerdir. Nihai hedeflere ulaşmada performansı yakalamak için sağlık reformunda beş adet kontrol düğmesi belirlenmiştir. Kontrol düğmeleri finansman, ödeme, örgütlenme, düzenleme ve davranıştan oluşmaktadır. Marc J. Roberts, vd., *a.g.e.*, s.27.

⁴⁴³ Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Dönüşüm Programı*, Ankara, 2003, s.37-38.

⁴⁴⁴ TÜSİAD, *Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri*, TÜSİAD Yay, İstanbul, 2004. Aynı rapor 2005 yılında İngilizce olarak yayınlanmıştır. Raporda Avustralya, Meksika, Tayvan, Macaristan, Polonya ve Fransa sağlık sistemlerine ilişkin bilgilere yer verilmiştir. Sağlık reformu çerçevesinde ülkelerin sağlık sistemleri Türkiye için bir model önerisi olarak sunulmuştur. Bu ülkelerin ortak özelliği ise sağlık sistemlerinin kullanıcı katkılarına dayanması ve özel sağlık sigortacılığının gelişmiş olmasıdır. Sağlık reformu açısından önemli olan başka bir husus ise kamu hastanelerine özerklik verilmesi konusudur. Özerk kurumlar performans dayalı hizmet sözleşmeleri ile hastanelerden hizmet satın almaktadır. TÜSİAD, *Charting The Way Forward Health Care Reform In Turkey*, İstanbul, 2005, s.119-124. Ancak söz konusu ülkelerin sağlık sistemlerine ilişkin birtakım sorunlar bulunmaktadır. Bu çerçevede TÜSİAD'ın önerdiği sağlık reformunun DB modelinden farklı olmadığı söylenmelidir. TÜSİAD yayınladığı rapor ve görüşlerde birbiriyle çelişkili ifadeler yer almaktadır. TÜSİAD'ın yukarıda örnek gösterdiği ülkelerden Macaristan, Polonya ve Meksika OECD ülkeleri arasında GSYİH'ye göre en az sağlık harcaması gerçekleştiren ülkeler arasında yer almaktadır. TÜSİAD, *a.g.e.*, 2012. Türkiye de bu gruba girmekte ve TÜSİAD tarafından eleştirilmektedir.

⁴⁴⁵ TÜSİAD sağlık çalışma grubunun özel sağlık hizmet sunucularının geliştirilmesine yönelik raporları bulunmaktadır. Sağlık çalışma grubunun üyeleri ise özel hastane sahipleridir. Örneğin TÜSİAD sağlık çalışma grubunun başkanı olan Ethem Sancak Medical Park hastanelerinin kurucusu iken Mehmet Ali Aydınlar ise Acibadem hastanelerinin sahibidir. <https://www.deik.org.tr>, (05.07.2017).

anlaşmayla iki kuruma ilişkin dönüşüm için bir geçiş süreci öngörülmekte ve DB oluşturulan projeyi finansal olarak desteklemektedir. 2009 yılında Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu projesi için IBRD ile Türkiye arasında sağlığın finansmanına yönelik elli atı milyon yüz bin Avro bütçeli bir kredi anlaşması⁴⁴⁶ imzalanmıştır. SDP'nin II. Fazı olarak değerlendirilen Projede, SGK'nin ilaç ve ayakta tedavi harcamalarının azalması ve kurumsal kapasitesinin güçlendirilmesi üzerinde durulmaktadır. Sağlık Bakanlığı ise bu projede koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, hastane reformlarının uygulanması ve sağlık bilgi sistemlerinin geliştirilmesinden⁴⁴⁷ sorumlu tutulmuştur.

2015 yılına gelinceye kadar sağlık reformunun tamamlanmasına ilişkin çalıştay, kongre ve toplantı gibi aktiviteler ile reformlara toplumun katılımı sağlanmaya çalışılmıştır. Reform süreci devam ederken DB tarafından Eylül 2015 tarihinde, yeni bir kredi açılmıştır. Yüz yirmi milyon Avro tutarındaki kredi için gerekli hazırlıklar yapılmış ve kredi dilimi serbest bırakılmıştır.⁴⁴⁸ Sağlık Sistemini Güçlendirme ve Destekleme Projesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, sağlık örgütlenmesine yönelik yeni yönetim modellerine geçilmesi ve GSS'nin etkinliğinin artırılması gibi başlıklardan oluşmaktadır.

Yukarıda yer verilen tüm bu gelişmeler birlikte değerlendirilecek olursa; sağlık hizmetlerinin finansmanının bütçeye yük olarak görülmesi sonucu sağlıkta finans sisteminin tam anlamıyla kurulduğu söylenebilir. Yine aynı süre içinde birinci basamak sağlık hizmetleri yeniden örgütlenmiş; ikinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik sıkı mali tedbirler uygulanmıştır. Finansman reformunun üzerine sağlık örgütlenmesinin yeniden yapılandırılması ile dönüşüm anlam kazanmıştır. Bu süreçte sağlık alanının piyasa ekonomisine uyumu sağlanmış; özel sektörün alana yatırım yapmaması için hiçbir neden kalmamıştır. Özel sektörün sağlık alanındaki yatırımlarının giderek büyümesi sonucu yabancı sermayenin sağlık alanında büyük bir aktör olarak katılımı sağlanmıştır. Sağlık örgütlenmesi de piyasa şartlarına bağlı olarak koruyucu sağlık

⁴⁴⁶ Milletlerarası Andlaşma Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığınca Yürütülecek Olan Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesinin Finansman İhtiyacının Karşılama Amacıyla Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankasından Sağlanan Krediyeye Dair Anlaşma ve Mektupların Yürürlüğe Girmesi Hakkında Karar, Kredi Numarası 7717-TU RG:09.09.2009, Sayı: 27344.

⁴⁴⁷ Sağlık Bakanlığı, Proje Yönetim Destek Birimi, *Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi* <http://pydb.saglik.gov.tr/index.php/2014-09-04-11-16-56/sdsgrp-ii-faz.html>, (25.11.2015).

⁴⁴⁸ "Dünya Bankası Türkiye'de Sağlık Sektörünün Gelişimini Desteklemeye Devam Ediyor", <http://www.worldbank.org/tr/news/press-release/2015/09/21/world-bank-continues-to-support-health-sector-development-in-turkey>, (25.11.2015).

hizmetlerinin devletçe geliştirilmesine, tedavi edici sağlık hizmetlerinin de özel sektör tarafından ‘işletilmesine’ doğru evrilmiştir.

Sağlık politikasına özel sektörün katılımı piyasa koşullarına uygun bir sağlık sistemini getirmiştir. Sağlık hizmetlerinin maliyetinin “katlanılmaz” boyutlara ulaşması devletin bu alanı yaralananların finanse edeceği bir sisteme dönüştürmesine neden olmuştur. Bu dönüşüm kısa vadede özel sektör girişimlerinin teşvik edilmesine yönelik olarak işlemiştir. Bu durum teorik yaklaşımlarda ele alındığı üzere sözleşme ilkesi ile özel sektörden mal ve hizmet alımına neden olmaktadır. Dönüşüm uzun vadede ise kamu sağlık harcamalarının özel sektör lehine artışına yönelik uygulamaları barındırmaktadır. Ancak özel sektörün alana yatırım yapabilmesi için devletin kurumsal düzenlemeler çerçevesinde sağlık hizmetlerini piyasa fiyatlarına eşitlemesi gerekmektedir.

3. Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Fiyatlandırması

DB'nin *Banka Politika ve Operasyonlarında Sağlık, Eğitim ve Maliyet İyileştirmesi*⁴⁴⁹ (Cost Recovery in Health and Education-Bank Policy and Operations) adlı raporu kamu kaynaklarının rasyonel kullanılmamasına yönelik eleştirileri konu edinmektedir. Raporda yer aldığı üzere; devletin sosyal hizmet alanlarını bütçeden karşılaması, söz konusu hizmetlerin yeterince gelişmemesine ve kullanıcılar açısından eşit etki gösterememesine neden olmuştur. Yine söz konusu Rapora göre sosyal hizmetlere ayrılan kaynaklar altyapı yatırımlarından hizmet sunumuna kadar gerektiği gibi verilememekte, kamu bütçesinden finanse edilerek krizlere de sebep olmaktadır.⁴⁵⁰ Ancak tezin genelinde ele alındığı üzere DB'nin raporlarında ifade edilen görüşler Kamu Tercih Teorisi'nde olduğu gibi kamu kaynaklarının rasyonel kullanılmasını gerektirirken DB politikaları doğrultusunda gerçekleştirilen Türkiye sağlık reformu ise teoriden sapmalar göstererek kamu sağlık harcamalarının rasyonel sayılmayan artışları ile çelişkili bir hale gelmiştir.

Sağlık reformu açısından yukarıda söz edilen teori ve pratik birbirine uyuşmamasına rağmen nihayetinde sağlık hizmetlerinde fiyat politikasında değişikliğe

⁴⁴⁹ Rapor 1984 yılında DB'nin ülke politikaları departmanına bağlı olan Kamu Yönetimi ve Kaynak Seferberliği Bölümü tarafından hazırlanmıştır. Emmanuel Jimenez, *Cost Recovery in Health and Education-Bank Policy and Operations*, World Bank, Washington D.C.,1987, <http://documents.worldbank.org/curated/en/2015/09/11736074/pricing-policy-social-sectors-cost-recovery-education-health-developing-countries>, (29.12.2015).

⁴⁵⁰ Rapor, sağlık hizmetlerine ayrılan finansmanın cazip hale getirilmesi ve fiyat rolünün artırılmasını içermektedir. Böylelikle mevcut fiyatlandırma politikasının sağlık hizmetlerinin üzerindeki etkilerinin verimlilik ve eşitlik ilkeleri ile analiz edilerek maliyetlerin iyileştirilmesinin sağlanabileceği iddia edilmektedir. *a.k.*

gidilmiştir. Bu doğrultuda SDP'nin verimsizlik ve maliyet artışı gerekçesiyle sunduğu bileşenler aynı zamanda sağlık hizmetlerinde bir fiyatlandırma politikasına gidileceğinin işaretlerini vermiştir.⁴⁵¹ Bir finansman kuruluşu olarak SGK başlığında ele alındığı üzere 2005 yılında Sağlık Bakanlığı ve SSK hastanelerinin birleştirilmesi⁴⁵² ile tüm kamu hastanelerinde yığılmalar meydana gelmiş ve sağlık hizmetlerinin kaliteli olmadığı yönündeki şikâyetler artmıştır.⁴⁵³ Söz konusu düzenlemeyle birlikte devlet hastanelerine artan talep karşısında hastanelerde kaliteli hizmet sunulamadığı yönünde tartışmalar yaşanmıştır. Bu dönemde özel hastanelere yönelik düzenlemeler⁴⁵⁴ ve sağlık hizmetlerinin finansmanına ilişkin reform da hız kesmeden devam etmiştir.

Devletin sağlığı özel sektör için kârlı bir yatırım alanı haline getirme girişimlerinin daha iyi anlaşılabilmesi adına yukarıdaki gelişmeler ayrıntılı olarak analiz edilmiştir. Bu doğrultuda aşağıda sağlık hizmetlerine ilişkin fiyatlandırma politikasının ne zaman, nasıl, kim tarafından hangi araçlar ile neden yapıldığına yönelik bir analiz yapılmıştır.

Sağlık hizmetlerinde fiyatlandırma politikasında SGK, Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı etkili olmaktadır.⁴⁵⁵ Örneğin 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi Kontrol Kanunu'nun⁴⁵⁶ kabulü ile Maliye Bakanlığı'nın kamu kurumlarının giderleri üzerindeki baskısı sağlık hizmetlerinde had safhaya ulaşmıştır. Maliye Bakanlığı'nın sağlık politikası üzerindeki etkisi her yıl yayınladığı bütçe uygulama talimatı üzerinden görülmektedir. Şubat 2004'de Maliye Bakanlığı'nın yayınladığı 2004 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı⁴⁵⁷ ile birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin Maliye Bakanlığı'nca ücretlendirileceği ve vatandaşlara yönelik tedavi yardımlarında Bakanlığın yetkili mercii olduğu ifade edilmiştir.

⁴⁵¹ Kamu hastanelerinin özel sektör ile rekabet etmesi, hasta memnuniyeti ve kalite gibi söylemler piyasa fiyatlandırması hakkında birtakım ipuçları vermektedir.

⁴⁵² 5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun, RG: 19.01.2005, Sayı: 25705, Mükerrer.

⁴⁵³ Sağlıkta dönüşüm kapsamında hastanelerin birleştirilmesi bir yandan SSK'nin ilaç fabrikalarını kapatılmasına neden olurken diğer yandan SSK'nin malvarlığının Sağlık Bakanlığı'na devrini getirmiş yine de birleştirme işlemi vatandaşların hâlihazırda kullandığı hastanelerden şikâyet etmesine neden olmuştur.

⁴⁵⁴ Sağlık Bakanlığı, Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG:14.01.2004, Sayı: 25346.

⁴⁵⁵ Fiyatlandırma politikasında devletin piyasa kurallarına uygun işlem yaptığını ifade etmek gerekir. Örneğin Türkiye'de fiyatlandırma politikası açısından etkili olan aktörlerden birisi de TÜSİAD'tır. Sermaye birikiminin üretimi sürdürmekte önemli bir etken olduğunu belirten uzmanlar devletin fiyatlandırma politikası ile özel sektör üzerindeki kısıtlamaları kaldırması gerektiğini belirtmektedirler. TÜSİAD, *a.g.e.*, 2012.

⁴⁵⁶ 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi Kontrol Kanunu, RG: 24.12.2003, Sayı: 25326.

⁴⁵⁷ Maliye Bakanlığı, 2004 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı (Sıra:4 Tedavi Yardımı), RG:11.02.2004, Sayı: 25370.

Kamu Mali Yönetimi Kontrol Kanunu'ndan sonra Maliye Bakanlığı'nın sağlık hizmetlerinin karşılanmasına yönelik tasarruf önlemleri olarak, tedavi yardımlarını ödemeye esas unsurlar üzerinden değerlendirdiği söylenebilir. Maliye Bakanlığı'nın sağlık hizmetlerinin finansmanına yönelik etkisi, prim ödendiği halde ilaç ve tıbbi cihaz gibi devletin karşılamadığı unsurların artmasında; ilaç ve muayene ücretlerinin kademeli olarak kullanıcılardan karşılanmasına yönelik adımların atılmasında net olarak görülmektedir. Örneğin bu çerçevede ayakta veya meskende tedavi için kullanılacak ilaç bedellerinin %20'sinin devlet memurlarından alınacağı hükmü⁴⁵⁸ getirilmiştir. Muayene ve ameliyatlar için yine %20 oranında katkı payının alınması,⁴⁵⁹ devlet hastanelerinde mesai saatleri dışında ilave ücret alınarak yapılan muayeneler gibi nedenler vatandaşların daha kaliteli hizmet alacaklarını düşünerek özel hastanelere gitmesine neden olmuştur.

2005 yılında yayınlanan talimatta⁴⁶⁰ ise sağlık hizmetlerinin tek elden planlanması, sağlık politikalarının ülke genelinde aynı şekilde uygulanması ile kurumsal farklılıkların ortadan kaldırılması, hizmet gerekleri de dikkate alınarak hizmet kalitesinin artırılması ve sağlık hizmetlerinin sunumunda standardizasyon sağlanması gibi tedbirler sıralanmaktadır. Sağlık kurum ve kuruluşlarında uygulanacak fiyat tarifesi, ilaç protokolleri ile tedavi masraflarının karşılanması gibi unsurlar ise kamu bütçesini ilgilendirmekte ve Maliye Bakanlığı'nı sağlıkta dönüşümün önemli aktörlerinden biri haline getirmektedir. Örneğin, Maliye Bakanlığı hekimlerin reçete ettiği ilaç kalemlerinin miktarının azaltılması için Tebliğ⁴⁶¹ yayınlamış ve ilaç firmalarından ilaç miktarı üzerinden fiyat tespiti dahi istemiştir.

⁴⁵⁸ Devlet Memurları Kanunu ile Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG:01.07.2003, Sayı: 25155.

⁴⁵⁹ Bakanlar Kurulu Kararı, 2004/6947 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanununun 32, 35, 36, 40 ve 42 nci Maddeleri Uyarınca Sağlık Hizmetlerinden Yararlanana, Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık Tesislerinde Mesai Saatleri Dışında Acil Sağlık Hizmetleri Hariç Olmak Üzere Verilen Sağlık Hizmetlerinden, Muayene ve Ameliyatlar İçin Alınacak Katkı Paylarına İlişkin Karar, RG:12.03.2004, Sayı: 25400.

⁴⁶⁰ Maliye Bakanlığı, 2005 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı (Sıra No: 4) (Tedavi Yardımı) RG:09.02.2005, Sayı:25722.

⁴⁶¹Yayınlanan tebliğ ile daha önce bir kutu içinde on adet ilaç varken bu sayı beş adete düşürülmüştür. Sağlık Bakanlığı, Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, RG:04.03.2005, Sayı:25745. Maliye Bakanlığı'nın ilaç fiyatların belirlenmesine ilişkin bütçe talimatı için Bkz: Maliye Bakanlığı 2005 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı (Sıra No: 18) (Tedavi Yardımı), RG:15.12.2005, Sayı: 26024. 2009 yılında yayınlanan bir tebliğ ile reçete edilen ilaç miktarı beşten dörde düşürülmüş yazılan ilaçların en fazla on günlük olması kararlaştırılmıştır. İlaç giderlerindeki tasarruf oranları ve ilaç katılım paylarının artırılması bütçede gelir artışını sağlamıştır. Maliye Bakanlığı: Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği (Sıra No: 4), RG:20.01.2009, Sayı: 27116.

Maliye Bakanlığı'nın sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılması ile başlayan girişimleri tedavi giderlerinin piyasa fiyatına eşitlenmesi⁴⁶² anlayışına dönüşmüş; Bakanlık, aile hekimliği ve birinci basamak özel sağlık hizmetlerinin tedavi masraflarının karşılanmayacağını belirtmiştir.⁴⁶³ Ayrıca sigorta prim ödemesinin artırılmasına yönelik olarak esnaf ve sanatkârlar ile SSK'den aylık alan diğer bağımsız çalışanlardan % 10 oranında sağlık sigortası primi kesilmiş,⁴⁶⁴ tarımda kendi adına ve hesabına çalışanlardan ise % 20 oranında sağlık sigortası primi alınması⁴⁶⁵ kararlaştırılmıştır. Sigorta prim oranlarının artırılmasının hemen akabinde ilaç katılım payları yeniden güncelleme oranı doğrultusunda⁴⁶⁶ belirlenmiştir. Güncelleme çerçevesinde Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu'nca⁴⁶⁷ sözleşmeli sağlık kuruluşları ve vakıf üniversitelerinin sağlık hizmetleri bedelinin % 30'una kadar⁴⁶⁸ ilave ücret alabileceği hükme bağlanmıştır. Özel sağlık kuruluşlarında yapılan muayene sonrası alınan ücretler SGK'nin bu konuda çıkardığı tebliğ⁴⁶⁹ ile eczane üzerinden değil, doğrudan vatandaştan tahsil edilmiştir. Söz konusu düzenleme özel sağlık kuruluşları ile SGK'nin muayene ücreti üzerinden kurduğu ilişkiyi kaldırmakta ve doğrudan vatandaşlar üzerinden tahsilat gerçekleştirilmektedir.⁴⁷⁰

⁴⁶² Maliye Bakanlığı, Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği (Sıra No: 6), RG:29.04.2006, Sayı: 26153.

⁴⁶³ Maliye Bakanlığı: Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği (Sıra No: 7) RG:31.05.2006, Sayı: 26184.

⁴⁶⁴ Bakanlar Kurulu Kararı, 2007/11830 Esnaf Ve Sanatkarlar İle Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumundan Aylık Almakta Olanların Aylıklarından 1/1/2007 Tarihinden Geçerli Olmak Üzere 2007 Yılında % 10 Oranında Sağlık Sigortası Primi Kesilmesi Hakkında Karar, RG:21.03.2007, Sayı: 26469.

⁴⁶⁵ 5655 Sayılı Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG: 20.05.2007, Sayı: 26527.

⁴⁶⁶ İlaç bedelleri yurtdışı fiyatları üzerinden tespit edilmiştir. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, RG: 20.05.2007, Sayı: 26527. Katılım payı %10 ve %20 olmak üzere kişinin kendisi ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler üzerinden belirlenmiştir.

⁴⁶⁷ Komisyon Üyeleri: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığını, Maliye Bakanlığını, Sağlık Bakanlığını, Devlet Planlama Teşkilâtı Müsteşarlığını (Kalkınma Bakanlığı oldu), Hazine Müsteşarlığını temsilen birer üye ve Kurumu temsilen iki üye olmak üzere toplam yedi üyeden oluşmaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu Çalışma Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik, RG: 23.08.2008, Sayı: 26976.

⁴⁶⁸ 2008/13728 Bakanlar Kurulu Kararı, Kamu İdaresi Sağlık Hizmeti Sunucuları Dışındaki Vakıf Üniversiteleri Dâhil Sözleşmeli Sağlık Hizmeti Sunucuları Tarafından, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca Belirlenen Sağlık Hizmetleri Bedeline Ek Olarak Alınabilecek İlave Ücretin Belirlenmesine İlişkin Kararın Yürürlüğe Konulması Hakkında Karar, RG:04.06.2008, Sayı: 26896.

⁴⁶⁹ Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, RG:29.01.2009, Sayı: 27125.

⁴⁷⁰ Bu durumdan özel hastaneler de şikâyet etmektedir. Özel hastaneler ve tıbbi cihaz üreticileri SGK'nin fiyatlandırma politikası karşısında piyasada kötü olarak nitelendirilen malları ucuza alma politikasının yanlış olduğunu ve bundan tasarruf edilemeyeceğini dile getirmektedirler. Bu doğrultuda SUT fiyatlarının artırılması beklentisi oluşmuştur. Medikal News editörü Y.K. ile 09.12.2016 tarihinde yapılan görüşme sonucu elde edilen bilgilere dayanarak hazırlanmıştır. Ancak SUT fiyatlarının on yıldır değişmediği sektörde faaliyet gösterenlerin şikâyet etmesine karşılık özel hastane sayısında azalmanın aksine artışlar yaşandığı da ifade edilmektedir. Kamu İhale Kurulu'ndan M.A. ile 12.12.2016 tarihinde yapılan görüşmeden elde edilen bilgilerdir.

Maliye Bakanlığı'nın yayınladığı Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği'nde⁴⁷¹ ise özel sağlık kuruluşlarında yapılan ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin SGK tarafından karşılanmayacağı belirtilmektedir. 2009 yılında yapılan düzenleme⁴⁷² ile resmi sağlık kurumlarından özel ağız ve diş sağlığı merkezlerine sevk işleminin yapılmayacağı bildirilmiştir. Uygulama, söz konusu hizmetin özel sağlık kuruluşlarında yapılması halinde hizmet bedelinin karşılanmayacağı anlamına gelmektedir. Bu gelişmeler çerçevesinde Maliye Bakanlığı'nın Tedavi Katılım Payının Uygulanması Hakkında Tebliği⁴⁷³ ile kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında ücretlendirme yapılmıştır. Bu çerçevede ayakta tedavilere ilişkin hekim ve diş hekimi muayenelerinden; birinci basamak sağlık kuruluşları ve aile hekimliği muayenelerinde 2 TL, ikinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında 8 TL, özel sağlık kurumlarında 15 TL alınmasına ilişkin düzenleme⁴⁷⁴ yapılmıştır. İlaç ve muayene katkı paylarının düzenli olarak güncellenmesi⁴⁷⁵ ise fiyatlandırma komisyonunun takdirine bağlı olarak Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe girmektedir.⁴⁷⁶ Güncelleme kapsamında birinci basamak sağlık hizmetlerinin ücretlendirilmesi ve bu hizmetlerden alınacak ilaç katılım paylarının oranlarına ilişkin düzenlemeler⁴⁷⁷ yapılmıştır.

Bakanlar Kurulu Kararı'na göre 2009 yılında vakıf hastaneleri ve özel sağlık kuruluşlarının aldığı katkı payları % 70'e⁴⁷⁸ kadar çıkarılmıştır. İlaç ve muayene katılım payında yaşanan artış, sağlık hizmetinin kullanıcıların karşıladığı bir sisteme

⁴⁷¹ Maliye Bakanlığı Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği (Sıra No: 8) RG: 07.02.2009, Sayı: 27134.

⁴⁷² Maliye Bakanlığı Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği (Sıra No: 11), RG: 05.09.2009, Sayı: 27340.

⁴⁷³ Maliye Bakanlığı: Tedavi Katılım Payının Uygulanması Hakkında Tebliğ, (Sıra No: 12), RG: 18.09.2009, Sayı: 27353.

⁴⁷⁴ Aile Hekimliği uygulaması ile muayene ücreti ve ilaç katılım payı alınmayacağını belirtmesine rağmen ücretlendirme yapılmaya başlamıştır. Ayrıca belirlenen katılım paylarının bir kısmının eczaneler aracılığı ile ödenmesine yönelik olarak düzenleme için Bkz: Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, RG: 03.06.2010, Sayı: 27600.

⁴⁷⁵ İlaç fiyatları yurtdışı fiyatlara göre güncellenmiştir. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu Kararı, RG: 25.03.2010, Sayı: 27532 Mükerrer. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, RG:24.04.2011, Sayı: 27911.

⁴⁷⁶ 31 Aralık 2016 tarihinde devlet hastanelerine ait muayene ücreti % 20 artırılarak 6 lira, eğitim ve araştırma hastanelerine % 40 artış yapılarak 7 lira, üniversite hastanelerinde % 60 artışla 8 lira olmuştur. Özel hastaneler için ise %33 artış ile muayene katılım ücreti 15 lira olmuştur. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, RG: 31.12.2016, Sayı: 29935 Mükerrer.

⁴⁷⁷ Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, RG:25.03.2010, Sayı: 27532 Mükerrer.

⁴⁷⁸ 2009/15627 Bakanlar Kurulu Kararı Kamu İdaresi Sağlık Hizmeti Sunucuları Dışındaki Vakıf Üniversiteleri Dahil Sözleşmeli Sağlık Hizmeti Sunucuları Tarafından, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca Belirlenen Sağlık Hizmetleri Bedeline Ek Olarak Alınabilecek İlave Ücretin Belirlenmesine İlişkin Karar, RG: 08.12.2009, Sayı: 27426 Mükerrer.

dönüşmesinin net bir göstergesidir. Ancak GSS'yi aşan kısımlarda ek ödemeler yapan vatandaş bir anlamda özel hastanelere gitmek zorunda kalmaktadır.⁴⁷⁹

Sağlıkta dönüşüm çerçevesinde yukarıda da ele alındığı üzere sağlık hizmetlerinde fiyatlandırmaya ilişkin yapılan düzenlemeler hız kesmeden devam etmiştir. İlaç bedelleri ve muayene ücretlerine ilişkin katılım payı ve ek ödemeler konusunda düzenlemeler yapılmıştır. Ayakta tedavi edilen hastalardan alınan ilaç bedelleri kapsamında her kutu ilaç⁴⁸⁰ için ayrıca ek katkı payı ödemesi getirilmiştir. On gün içerisinde farklı uzmanlık alanlarında muayene olunması halinde katkı paylarına ilave olarak beş Türk Lirası⁴⁸¹ ilave ücret alınması kararlaştırılmıştır. Vakıf hastaneleri ve özel sağlık kuruluşlarının aldığı katkı payları % 90'a⁴⁸² kadar çıkarılmıştır. Sağlık hizmetlerinde piyasa fiyatlandırması çerçevesinde GSS'nin kapsamına yönelik düzenlemeler de yapılmıştır. Örneğin ilçelerde kaymakamlıklar bünyesinde bulunan Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarının⁴⁸³ sağlık hizmetlerine prim ödenmesine ilişkin gelir testi⁴⁸⁴ yapması gerektiği tebliğ edilmiştir.⁴⁸⁵ Asgari ücretin üçte biri ya da altında geliri olanların priminin devlet tarafından ödeneceği; asgari ücretin üçte biri üzerinde olanların ise gelirleri oranında GSS primi ödemesi kararlaştırılmıştır.⁴⁸⁶ GSS'ye geçiş sonrası yeşil kart uygulamasının kaldırılması öngörülmüş ve prim

⁴⁷⁹ Açıkçası vatandaşların GSS kapsamında hizmet aldığı özel hastanelerin zamanla katkı ücretini kademeli olarak artırması karşısında vatandaşlar ilave ücret ödeyerek memnun kaldığı hizmetlerin kesintiye uğramamasını göz önünde bulundurmıştır. Örneğin aynı doktora muayene olan bir vatandaş doktorunun özel hastaneye transfer olması halinde hasta doktoru takip eder anlayışına uygun hareket etmektedir.

⁴⁸⁰ Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, RG:29.02.2012, Sayı:28219.

⁴⁸¹ Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, RG:05.11.2011, Sayı: 28106.

⁴⁸² 2012/2939 Bakanlar Kurulu Kararı, Kamu İdaresi Sağlık Hizmeti Sunucuları Dışındaki Vakıf Üniversiteleri Dahil Sözleşmeli Sağlık Hizmeti Sunucuları Tarafından Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca Belirlenen Sağlık Hizmetleri Bedeline Ek Olarak Alınabilecek İlave Ücretin Belirlenmesine İlişkin Kararda Değişiklik Yapılmasına Dair Karar, RG:17.03.2012, Sayı: 28236.

⁴⁸³ Genel Sağlık Sigortalısı Gelir Tespiti İşlemleri ile İlgili 2012/4 Sayılı Başbakanlık Genelgesi, RG: 11.01.2012, Sayı: 28170.

⁴⁸⁴ 2011/2512 Bakanlar Kurulu Kararı, Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Gelir Tespiti, Tescil ve İzleme Sürecine İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Yönetmelik, RG:28.12.2011, Sayı: 28156.

⁴⁸⁵ Gelir testi uygulaması zorunlu olmaktan çıkarılmış ve 1 Nisan 2017 tarihi itibarıyla sağlık güvencesi olmayan vatandaşların 53 TL karşılığında GSS kapsamına girebilmesi kanun ile düzenlenmiştir. Bazı Alacakların Yeniden Yapılandırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG: 08.03.2017, Sayı: 30001.

⁴⁸⁶ GSS ile yapılan gelir testine göre vatandaşın ödeyeceği prim miktarı belirlenir. Ancak vatandaşlar gelir testi yaptırmaya gitmediği için bir milyondan fazla insana resen prim borcu çıkarılmıştır. Bu insanlar borçlarını ödemediği sürece sağlık ve emeklilik işlemleri gibi hizmetlerden yararlanmamaktadır. SGK'nin 60a, 60b, 60c gibi maddeleri prim borcu ödeyemeyecek insanları sınıflandırmaktadır. Geçmiş dönemlerde yeşil kartlı olarak bilinen ve sayıları yedi milyonu aşan vatandaşlar için ödemeyi Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı yapmaktadır. 2015 yılı itibarıyla söz konusu vatandaşlar için Bakanlıktan SGK'ye altı milyar lira transfer edilmiştir. Bunlara ilave olarak devlet, %25 oranında gerek sağlık sigortasına gerekse emeklilik primlerine katkıda bulunmakta ve sağlık harcamalarını artırmaktadır. 24.06.2016 tarihinde SGK Aktüerya ve Fon Yönetimi Daire Başkanlığı ile yapılan görüşmeye dayanarak elde edilen bilgilerdir.

ödemesinin tescili ile belirlenen duruma göre sağlık primleri ödemesine yönelik düzenlenmelerin yapılacağı belirtilmiştir.

Özel ve vakıf hastanelerinin Sağlık Uygulama Tebliği'nde belirtilen ücretleri geçmemek üzere muayene ücretlerinden alınan katkı paylarının tamamını hastalardan alabileceği hükmü⁴⁸⁷ getirilmiştir. Ancak daha sonra söz konusu tebliğde yer alan fiyatların iki katına kadar muayene ücreti alınabileceğine ilişkin düzenleme⁴⁸⁸ yapılmıştır. Özel sağlık kuruluşlarının ağız ve diş sağlığı bölümlerinde yazılan reçetelerin ödemesinin yapılmayacağı⁴⁸⁹ belirtilmiş ve bazı tıbbi ilaçların SGK tarafından ödenmeyeceğine dair tebliğ⁴⁹⁰ yayınlanmıştır. İlaç katkı paylarının kademeli olarak vatandaştan alınması, SGK'nin ilaç bedeli ödeme oranının gün geçtikçe azalmasına; ilaç sektörüne yönelik yabancı yatırımların⁴⁹¹ ise artmasına neden olmuştur. Özel sektörün ilaç piyasasına yönelik yatırımları devletin ilaç piyasasından çekilmesi ve ilaç fiyatlarını piyasa fiyatına eşitlemesi ile aynı doğrultuda gerçekleşmiştir.⁴⁹²

Yukarıda ele alınan gelişmeler ışığında sağlık reformuna ilişkin yapılan uluslararası anlaşmaların uygulaması ise yine Maliye Bakanlığı'nın yayınladığı programlarda açıkça görülmektedir. Örneğin, 2009-2011 yılları için planlanan Orta Vadeli Mali Program'da⁴⁹³ sağlık hizmetlerinden yararlananların sistemin maliyetine katılımının sağlanması gerektiği belirtilmektedir. Tedavi yardımlarının maliyetlerinin

⁴⁸⁷Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, RG: 01.08.2013, Sayı: 28725.

⁴⁸⁸ 2013/5385 Bakanlar Kurulu Kararı Kamu İdaresi Sağlık Hizmeti Sunucuları Dışındaki Vakıf Üniversiteleri Dahil Sözleşmeli Sağlık Hizmeti Sunucuları Tarafından, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca Belirlenen Sağlık Hizmetleri Bedeline Ek Olarak Alınabilecek İlave Ücretin Belirlenmesine İlişkin Karar, RG:12.10.2013, Sayı: 28793.

⁴⁸⁹Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, RG: 26.09.2013, Sayı: 28777.

⁴⁹⁰Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, RG: 14.10.2014, Sayı: 29145.

⁴⁹¹ Türkiye'de 2016 yılı itibarıyla 55 yabancı sermayeli ilaç firması faaliyet göstermektedir. En büyük yirmi ilaç firmasının on beşi ise tamamen yabancıların elinde bulunmaktadır. 2012 yılı verilerine göre Türkiye ilaç pazarında Avrupa'nın altıncı dünyanın ise on dördüncüsü durumundadır. 2004 yılında beş milyar dolar olan Türkiye ilaç sektörü 2011 yılında on bir milyar dolara ulaşmıştır. T. C. Başbakanlık Yatırım Destek ve Tanıtım Ajansı, "Türkiye'de 6 yılda 13 İlaç Şirketi Yabancıya Satıldı" <http://www.invest.gov.tr/tr-TR/infocenter/news/Pages/020512-global-giants-focus-on-turkey-pharma-market.aspx>, (03.01.2017).

⁴⁹² İlaç pazarı, sektörün dünya ekonomisi ve AB'deki durumu, Türkiye'deki durumu, fiyatlandırma ve geri ödeme başlıklarının yer aldığı bir belge üzerinden şekillenmiştir. Türkiye İlaç Sektörü Strateji Belgesi ve Eylem Planı (2015–2018) Kalkınma Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu ve Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumunun mutabakatıyla oluşturulmuştur. Türkiye İlaç Sektörü Strateji Belgesi ve Eylem Planı (2015–2018) ile İlgili Yüksek Planlama Kurulunun 30/7/2015 Tarihli ve 2015/35 Sayılı Kararı, RG: 09.08.2015, Sayı: 29440.

⁴⁹³ Orta Vadeli Mali Program'da DSÖ politikalarıyla uyumlu olarak koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi vurgulanmakta, tedavi edici hizmetlere ilişkin ise sağlık sisteminin finansman biçiminin devletten vatandaşa geçişi ele alınmaktadır.2009/1540 Bakanlar Kurulu Kararı Orta Vadeli Program (2009–2011)'in Kabul Edilmesi Hakkında Karar, RG:16.09.2009, Sayı: 27351, Mükerrer.

yeniden fiyatlandırılması bütçede tasarruf anlamına gelmekte ve bu durum Maliye Bakanlığı'nı sağlık alanında önemli bir aktör konumuna getirmektedir.

Tüm bu gelişmeler tezin teorik yaklaşımlar kısmında ele alındığı üzere devletin yasal ve idari düzenlemeler yoluyla sağlık hizmetlerinin piyasa fiyatına eşitlenmesi fikri etrafında bir analiz yapmamıza neden olmaktadır. Söz konusu düzenlemeler kamu hastanelerinde daha önce ücretsiz olan hizmetler için yeniden fiyatlandırma yapılarak özel sektörün alana girişini kolaylaştırmaktadır. Ancak SDP aşağıda ele alındığı üzere DB'nin sağlık politikalarından farklılaşarak planlanan reformlardan sapma yaşandığını göstermektedir.

II. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI'NDA YAŞANAN SAPMALAR: SAĞLIK HİZMETLERİNİN KULLANIMI VE SAĞLIK HARCAMALARI

Çalışmanın bu kısmında SDP ile birlikte sağlığın piyasa ilişkileri doğrultusunda yeniden kurgulanmasının sonuçları üzerinde durulmaktadır. Tezin birinci bölümünde sağlık reformlarının maliyet ve verimlilik gerekesiyle yapılması gerektiği bu bağlamda kamu sağlık harcamalarının daha rasyonel alanlara kaydırılması gibi teorik yaklaşımlar ele alınmıştır. Ancak Türkiye'de farklı bir durum yaşanmaktadır: Devlet özel sektörün alana girişini kolaylaştıracak kurumsal düzenlemeler yapmakta; sağlık hizmetinden faydalanmaya yönelik talep artarken kamu sağlık harcamaları da artmaktadır. Aşağıda da ele alınacağı üzere DB'nin sağlık politikaları söz konusu artışta önemli bir işlev görmektedir.

Sağlık hizmeti, sunum ve finansman olarak ikiye ayrılrsa da sağlığın diğer bileşenleri de bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin bileşenleri yönetim biliminin unsurları çerçevesinde planlama, örgütleme, finansman ve insan kaynaklarından oluşmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kamusal niteliğinin piyasa ilişkileri doğrultusunda dönüşümü sağlığın özel sektörün yatırım alanı çerçevesinde sağlık bileşenleri üzerinden görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin kamusal niteliğini gösteren unsurlar ise tezin sınırları çerçevesinde hizmet sunumu, finansman olarak sıralanabilir. Bu doğrultuda sağlığın kamusal niteliğinin dönüşümü kamu sağlık harcamaları üzerinden ortaya koyulabilmektedir. Örneğin, kamunun sağlık hizmeti sunumu noktasında özel sektörden tedarik ettiği mal ve hizmetler sağlığın kamusal niteliğinin dönüşümünde önemli görülmektedir. Bütün bunlara ilave olarak sağlık hizmetlerinin finansmanı noktasında özel sektöre aktarılan kaynaklar ve sağlık harcamaları da sağlığın kamusal niteliğinin dönüşümünü anlamlandırmaya yardımcı olmaktadır.

Sağlık reformları doğrultusunda Türkiye’de kamu sağlık harcamalarının azalmadığı, üstelik özel sektörden mal ve hizmet alma konusu ile birlikte daha da arttığı ifade edilmelidir. Aşağıda Türkiye’de sağlık reformları sonrası hizmet sunum ve finansman birimlerinin birbirinden ayrılması ile finansman birimi olarak SGK, harcama birimi olarak ise kamu hastaneleri ele alınmıştır. Sağlık reformları sonrası kamu sağlık harcamalarının artışının ne anlama geldiğini çözümleyebilmek adına ilk olarak sağlık harcamalarına ilişkin birtakım tanımlamalara yer vermek gerekmektedir.

Devletin ekonomiye müdahale ederek mal veya hizmet üretimi için yaptığı harcamalar kamu harcamalarıdır. Devlet, çoğunlukla vergi gelirlerinden oluşan bütçe aygıtını kullanarak kamu hizmet alanlarını biçimlendirmektedir. Tezin teorik yaklaşımlar kısmında ele alındığı üzere toplumsal yapıya müdahale aracı haline gelen bütçe, özel sektör için kimi zaman olumlu kimi zaman ise olumsuz dışsallıklar yaratabilmektedir. Sağlık harcamaları da bu bağlamda sağlık politikalarına etki etmektedir. Sağlık harcamaları ise cari, yatırım ve transfer harcamalarından oluşmaktadır.

Kamu hizmetleri alanında bulunan sağlık, insan odaklı olmak üzere geleceğe yönelik yatırımları içermektedir. Sonuçları itibariyle elde edilecek katkıların insan unsuru üzerinden hesaplanması da bu tür harcamaların kalkınma carisi⁴⁹⁴ olarak nitelendirilmelerine sebep olmaktadır. Cari harcamalar her yıl tekrarlanan harcamalardır. Personel gideri, elektrik ve yakacak gibi giderler bu kategoride değerlendirilmektedir. Üretim kapasitesini artırmak amacıyla yapılan yatırımlar ise yatırım harcaması kategorisine girmektedir. Faydası birden fazla yıla yayılmak üzere kaynaklarda verimliliği sağlayan harcamaların uzun dönemli kullanımları beklenmektedir. Yol, hastane, köprü ve hava alanı gibi yatırımlar buna örnek gösterilebilir.⁴⁹⁵ Son olarak transfer harcamaları ise herhangi bir mal ya da hizmet alımı gerçekleşmeden yapılan harcamalardır. Transfer harcamaları devletin teşvik araçlarından birisidir. Bu tür harcamalar özel sektör teşvikleri, kamu kurumlarının bütçe açıklarının giderilmesi veya sosyal politika gereği yapılan teşviklerden oluşmaktadır.⁴⁹⁶

⁴⁹⁴ M. Hakan Özbaran, “Türkiye’de Kamu Harcamalarının Son Beş Yılının Harcama Türlerine Göre İncelenmesi”, *Sayıştay Dergisi*, Sayı:53, 2004, s.118.

⁴⁹⁵ a.k., s.118.

⁴⁹⁶ Örneğin, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı yeşil kartlı olanların GSS’ye geçirilmesi ile bu kişilerin sağlık sigorta primlerini ödemeye başlamıştır. 2015 yılı itibariyle Bakanlığın SGK’ye aktardığı 6.405.637.00 Türk Lirası’ndan yaklaşık dokuz milyon kişi yararlanmaktadır. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, *2016 Yılı Faaliyet Raporu*, <http://www.aile.gov.tr/data/58b58e4c691407119c139239/2016%20%20Faaliyet%20>, (15.05.2017).

Sağlık harcamaları kamu ve özel sektör harcaması olarak ikiye ayrılmaktadır. Kamu sağlık harcamaları merkezi idare, yerel yönetimler ve sosyal güvenlik kuruluşları olarak üç kategoride incelenmektedir. Özel sektör harcamaları ise özel hastaneler ve serbest hekim harcamalarından oluşmaktadır. Bu tip bir sınıflandırma SDP'nin getirdiği sağlık harcamalarını analiz etmede problemler yaratmaktadır. Çünkü SDP ile birlikte sosyal güvenlik kurumları SGK adı altında özerk bir finansman birimi haline getirilmiştir. Kamu sağlık harcamaları daha karışık bir hale gelmiş; özel sektörden alınan hizmetler bu başlık altında sayılmıştır. Kamu sağlık harcamaları ve özel sektör sağlık harcamaları dışında bir de cepten yapılan harcamalar vardır. Ayrıca hastanelerin döner sermaye gelirleri üzerinden kurum dışı hizmet alımı yapmaları onları birer işletme olarak değerlendirmeye neden olmuştur.

Tablo 6: Finansman Kaynağına Göre Yapılan Sağlık Harcamaları⁴⁹⁷

Finansman Kaynağı	Merkezi İdare	Yerel Yönetimler	Sosyal Güvenlik Kuruluşları	Genel Devlet Toplam	Hane Halkları	Diğer Özel	Özel Sektör Toplam	Genel Toplam
1999	1.274	158	1.616	3.048	1.449	488	1.937	4.985
2003	6.317	482	10.662	17.462	4.482	2.335	6.817	24.279

Tablo 6'da görüldüğü üzere merkezi idare sağlık harcamaları, Sağlık Bakanlığı ve diğer bakanlıkların yaptığı harcamaları tanımlamak için kullanılmaktadır. 1999 yılı itibariyle kamu sağlık harcamaları (merkezi idare, yerel yönetimler ve sosyal güvenlik kuruluşları) toplam sağlık harcamalarının %61,1'ini; özel sağlık harcamaları (cepten yapılan harcamalar %29,1) ise %38,9'unu oluşturmuştur. Yukarıdaki tabloya göre sosyal güvenlik kuruluşlarının sağlık harcamalarını karşılama oranı Sağlık Bakanlığı'na kıyasla gittikçe artmaktadır. Bu bağlamda 1999-2003 yılları arasında sosyal güvenlik kuruluşlarının finansman kaynağı olarak kullanım oranı %32'den %43'e kadar yükselmiştir. Bunun yanı sıra Sağlık Bakanlığı bütçesinin kullanım şekli de değişmeye başlamış harcamalar hastanelere kaydırılmıştır. Sağlık Bakanlığı genel bütçe ve fon kaynaklı harcama yapmaktadır. Ancak Tablo 7'de görüldüğü üzere 1990'lı yılların sonunda kamu sağlık harcamalarında merkezi bütçenin oranı gözle görünür bir şekilde düşmüş; harcamaların döner sermaye bütçesinden karşılanma oranı ise artmıştır.

⁴⁹⁷ Gülbiye Y. Yaşar, "Türkiye'de Sağlık Güvencesi Neredeyiz", içinde *Türkiye'de Sağlık Siyaset Piyasa* (Der: Gülbiye Y. Yaşar vd) NotaBene Yayınları, Ankara, 2015, s.100.

Tablo 7: Sağlık Bakanlığı Harcamalarının Kaynaklara Göre Dağılımı⁴⁹⁸

Kaynaklar %	1990	1992	1994	1996	1998
Genel Bütçe	83.0	80.0	79.0	73.0	69.3
Döner Sermaye	10.0	13.0	18.0	25.0	28.3
Fon	7.0	8.0	3.0	2.0	2.4

Örneğin 1997 yılı itibariyle Sağlık Bakanlığı harcamalarının %74'ünü genel bütçe, %24'ünü döner sermaye, %2'sini ise fon harcamaları oluşturmaktadır.⁴⁹⁹ Harcamalar vergi gelirlerinin yanı sıra primler ve fonlardan karşılanmıştır. Söz konusu harcama alanlarını ve yapılmak istenen reformları anlayabilmek adına aşağıda bir çözümleme yapılmıştır.

Sağlık Harcamalarının Çözümlemesi

Devletin sağlık harcamalarına ayırdığı pay gözden kaçmayacak kadar önemli bir orana sahiptir. Kaynakların kullanımı noktasında maliyet kavramı ön plana çıkmakta ve devletin yaptığı sağlık harcamalarının yerinde olup olmadığı DB uzmanları tarafından tartışılmaktadır. Tezin genelinde ele alındığı üzere DB uzmanlarına göre, tedavi edici hizmetlere gereğinden fazla yatırım yapan devlet kaynak israfına neden olmaktadır. Ancak gelişmekte olan ülkelerde sağlık harcamaları artmasına rağmen sağlık açısından istenilen gelişmeler yakalanamamıştır. DB'ye göre, bu sorunun iki nedeni bulunmaktadır: Bunlardan ilki, temel sağlık hizmetlerinin gereği gibi kullanılamaması ve hasta bakım hizmetlerinin gereğinden fazla kullanılması; ikinci neden ise sağlık hizmetlerinin verildiği coğrafi koşulların sağlık hizmetlerine erişimi kısıtlamasıdır.⁵⁰⁰

DB, 1980'li yıllarda gelişmekte olan ülkelerde yapılan sağlık harcamalarının yaklaşık 'yetmiş beş milyar dolar' olduğunu, GSYH'nin %6'sı ile %10'u arasında sağlık harcamalarına ayrıldığını ve bunun çoğunlukla hükümet ve özel sağlık bakım kuruluşları tarafından harcandığını belirtmiştir. Harcamaların yaklaşık %0,5'ini (dört yüz milyon dolar) özel ve gönüllü sağlık kuruluşları harcamıştır.⁵⁰¹ Buradan anlaşılacağı

⁴⁹⁸TTB, "Türkiye Sağlık Sektöründe Finansman", https://www.ttb.org.tr/kutuphane/tr_saglik/finansman.pdf, (19.09.2016).

⁴⁹⁹ Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1997*, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 2001, s.5.

⁵⁰⁰ Düşük maliyetli birincil sağlık hizmetlerinin devlet tarafından üstlenilmesi (low cost primary health systems) başta DSÖ tarafından güçlü bir şekilde desteklenmektedir. *a.k.*, s.42-43. Sağlık hizmetlerinin gereğinden fazla kullanma konusunda eleştirilerini sıralayan Banka, Türkiye'nin SDP ile birlikte sağlık hizmeti kullanım oranının artması konusunda herhangi bir açıklama yapmamış tersine bu durum erişimin artması olarak görülmüştür.

⁵⁰¹ Yoksulların hizmetten yararlanması sağlık tesislerinin yakınlığı ile doğrudan alakalıdır. Sağlık hizmeti için ücret ödemeseler bile yoksul insanlar için sağlık hizmetlerine erişim, zaman ve para demektir. Ulaşım

üzere sağlık hizmetlerine harcanan paydan özel sektör de yararlanmalıdır. Dikkat edilmesi gereken başka bir husus da özel sektörün sağlık alanına dâhil olması için gerekli harcamaların (kamunun yapacağı sağlık alt yapı harcaması gibi) yapılıp yapılmadığıdır. Bu doğrultuda aşağıdaki tabloda OECD ülkelerinde yapılan sağlık harcamaları yer almaktadır. Tabloda Türkiye'nin sağlık harcamalarının gelişmiş ülkeler seviyesinin altında olduğu görülmektedir.

Tablo 8: 1990-1999 Yılları Arasında OECD Ülkelerinde Yapılan Sağlık Harcamaları⁵⁰²

Ülke	Sağlık Bütçesi Genel Bütçe Payı %	Sağlık Harcamalarının GSMH Oranı %	Kişi Başı Sağlık Harcaması (Dolar)
Almanya	17	10.4	2677
Avusturya	14	7.9	2012
Avustralya	15	8.5	1798
ABD	21	14.1	4093
Fransa	16	9.8	2349
Hollanda	15	8.5	1978
İngiltere	15	6.7	1454
İtalya	11	7.6	1515
Kanada	5	9.2	1829
Norveç	5	7.5	2622
Portekiz	9	5.1	865
Yunanistan	7	7.1	803
Türkiye	2	3.8	113

1970'li yıllarda az gelişmiş ülkelerde kişi başı sağlık harcaması 1 dolar civarındayken⁵⁰³ sanayileşmiş altı ülkenin ortalaması kişi başı yaklaşık 237 dolardır. Türkiye'de ise söz konusu dönemde kişi başı sağlık harcaması 6 dolardır. Bu rakam 1980'li yıllarda 55 dolara kadar yükselmiş, 1990'ların sonunda ise 115 dolar olmuştur. 1980'li yıllardan günümüze Türkiye'nin sağlık hizmetlerine ayırdığı bütçe ise GSYH'nin %2'si ile %4'ü arasında seyretmiştir.⁵⁰⁴

2007 yılı itibariyle dünya genelinde yapılan sağlık harcamaları 5,7 trilyon dolar olmuştur. 2014 yılında ise bu rakam yaklaşık 8 trilyon dolar iken 2020 yılında, toplam sağlık harcamalarının 13 trilyon dolara ulaşması beklenmektedir.⁵⁰⁵ Ancak hastalıkların önlenmesi için yapılması gereken yatırımlar geri planda kalırken özellikle ilaç ve tedavi harcamaları, büyük bir artış göstermektedir. Dünya genelindeki harcama artışından pek

ücreti vs. ekonomik engeller sağlık hizmetlerine erişimi engellemektedir. World Bank, *Health Sector Policy Paper*, (Second Edition), Washington D.C.,1980, s.42-43.

⁵⁰²TTB, "Türkiye Sağlık Sektöründe Finansman", https://www.ttb.org.tr/kutuphane/tr_saglik/finansman.pdf, (19.09.2016).

⁵⁰³ Frederick Golloday, *a.g.e.*, s.77.

⁵⁰⁴ Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Üç Yıl (1999-2002)*, Ankara, 2002.

⁵⁰⁵ "Dünya Sağlık Harcamaları 12,7 Trilyon Dolara Çıkacak", <http://www.dunya.com/ekonomi/dunya-saglik-harcamaları-127-trilyon-dolara-cikacak-haberi-274523>, (24.09.2016).

de farklı görünmeyen Türkiye'nin sağlık harcamaları bu konuda eleştiriler almaktadır. Sağlıkta dönüşüme yönelik uygulamaların bu çerçevede yapılmasından hareketle harcamaların doğru alanlarda gerektiği kadar yapılması gerekmektedir. Tablo 9'da yer aldığı üzere Türkiye'de kişi başı yapılan sağlık harcamaları 2002 yılı itibariyle artış göstermeye başlamıştır. Türk Lirası üzerinden yapılan hesaplamalar kişi başı sağlık harcamalarının arttığını gösterse de dolar bazında ele alındığında ve OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında artışın yetersiz olduğu görülmektedir.⁵⁰⁶

Tablo 9: Türkiye'de Kişi Başı Sağlık Harcaması (TL)⁵⁰⁷

Yıllar	Kamu	Özel
2002	201	83
2003	261	102
2004	316	128
2005	351	166
2006	435	201
2007	492	233
2008	593	219
2009	651	153
2010	663	180
2011	735	189
2012	782	205
2013	871	239
2014	954	278
2015	1056	289

2015 yılı itibariyle kişisel harcamalar toplam sağlık harcamasının %17'sini (yaklaşık 18 milyar lira) oluşturmaktadır. Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere kişi başı sağlık harcaması 2013 yılında 1100 TL'ye kadar yükselmiş; 2015 yılında bu rakam 1300 TL'yi aşmıştır.⁵⁰⁸ Ancak farklı bir açıdan bakıldığında 2013 yılında 583 dolar olan kişi başı sağlık harcaması, 2014 yılında 563 dolara, 2015 yılında ise 496 dolara gerilemiştir.⁵⁰⁹ Bu durum kişi başı yapılan sağlık harcamalarının düştüğünü göstermektedir. Dolayısıyla toplam sağlık harcamaları artarken kişi başı sağlık

⁵⁰⁶ Örneğin OECD ülkelerinde sağlık harcamaları açısından son sırada yer alan Türkiye'de 2014 yılı itibariyle kişi başı 767 dolar sağlık harcaması yapılmıştır. "DSÖ: Sağlık Harcamaları Tüm Zamanların En Yüksek Seviyesinde", <http://www.gidahatti.com/dso-saglik-harcamalari-tum-zamanlarin-en-yukse-seviyesinde-48557/>, (18.04.2017). Ancak söz konusu veriler TÜİK verileri ile örtüşmemektedir.

⁵⁰⁷ TÜİK, *Sağlık İstatistikleri*, 2014. Sağlık Bakanlığı, *2015 Yılı Sağlık İstatistikleri*, 2016.

⁵⁰⁸ 2015 yılı itibariyle Türkiye'de 440 milyon muayene işlemi gerçekleştirilmiş, 340 milyon reçete yazılmıştır. SGK ise kişi başı 900 TL tutarında bir ödeme yapmıştır. 2015 yılı için 1350 TL kişi başı sağlık harcaması gerçekleştiği düşünülürse; SGK'nin bu tutarın 450 TL'sini ödemediği ortaya çıkmaktadır. "SGK Tedavi Rekoru Kırdı", <http://www.memurlar.net/haber/573739/>, (04.05.2016).

⁵⁰⁹ TÜİK, *Harcama İstatistikleri*, 2015.

harcamalarının azalması ne anlama gelmektedir? Bu soruya finansman birimi olarak SGK ve harcama birimi olarak hastaneler başlığında detaylı olarak cevap verilmiştir. Ayrıca bu soru tezde devletin sağlık alanını özel sektör için kârlı bir hale dönüştürmesi iddiası çerçevesinde yanıt bulunmaktadır. Sağlıkta dönüşüme rağmen kamunun gerçekleştirdiği sağlık harcamaları nasıl olur da özel sektörden fazla olabilir? Yukarıda daha önce ele alındığı üzere özel hastane ve bunların sahip olduğu yatak sayısında kamuya göre gözle görülür bir şekilde artış yaşanırken özel sektör sağlık harcamalarının düşmesi gibi bir durum olabilir mi? Bu çerçevede Tablo 10'da görüldüğü üzere toplam sağlık harcamaları analiz edilmiştir.

Tablo 10: Toplam Sağlık Harcamaları 2002-2015 (Milyon TL)

Yıllar	Toplam Sağlık Harcaması	Kamu %	Özel %
2002	18.774	70.7	29.3
2003	24.279	71.9	28.1
2004	30.021	71.2	28.8
2005	35.359	67.8	32.2
2006	44.069	68.3	31.7
2007	50.904	67.8	32.2
2008	57.740	73	27
2009	57.911	81	19
2010	61.678	78.6	21.4
2011	68.607	79.6	20.4
2012	74.189	79.2	20.8
2013	84.390	78.5	21.5
2014	94.750	77.4	22.6
2015	104.00	78.0	22.0

Üçüncü bölümde daha ayrıntılı olarak ele alınacağı üzere GSS'nin hayata geçirilmesi ile sağlık harcamalarının kamu harcamaları içindeki payı da sürekli bir artış göstermiştir.⁵¹⁰ Kamu sağlık harcamaları eğitimden sonra en büyük ikinci alan olma özelliğini taşımaktadır.⁵¹¹ Yukarıdaki tabloya toplam sağlık harcamaları içindeki oranlar açısından bakıldığında 2002 yılında devletin sağlık harcamalarının %70 düzeyindeyken 2005 yılında %67'ye düştüğü, 2015 yılına gelindiğinde ise bu oranın %78'e ulaştığı görülmektedir. Bu doğrultuda yıllık bütçeden 91 milyar lira sağlık için ayrılmıştır.⁵¹²

⁵¹⁰ T.C. Başbakanlık Yatırım Destek ve Tanıtım Ajansı, *Türkiye Sağlık Sektörü Raporu*, 2010, [http://www.izmiriplanliyorum.org/static/upload/file/turkiye_saglik_sektoru_raporu_\(2010\).pdf](http://www.izmiriplanliyorum.org/static/upload/file/turkiye_saglik_sektoru_raporu_(2010).pdf), (09.03.2016)

⁵¹¹ Sağlık harcamaları; Sağlık Bakanlığı, TKHK, THSK, SGK, özel sektör ve cepten yapılan harcamalar esas alınarak hesaplanmaktadır.

⁵¹² Maliye Bakanlığı, *2016 Yılı Yıllık Bütçe Konuşması*, s.83.

Sağlığa 2014 yılında 95 milyar lira; 2015 yılında ise 104 milyar lira harcama yapılmıştır.⁵¹³

Toplam sağlık harcamaları ve kişisel sağlık harcamaları üzerinden yukarıdaki tabloların (Tablo 9 ve Tablo 10) çözümlemesi yapıldığında görülmektedir ki özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı, sürekli bir düşüş sergilemektedir. Kamu sağlık harcamaları 2001 yılında toplam sağlık harcamalarının %68'ini oluştururken 2015 yılı itibariyle toplam sağlık harcamalarının %78'ine ulaşmıştır. Söz konusu veriler yukarıdaki soru bağlamında ele alındığında kamunun özel sektör sağlık harcamalarını finanse ettiği sonucuna varılmaktadır. Çünkü kamu sadece kişisel sağlık harcamalarını finanse etmemekte; aynı zamanda özel sektörden yaptığı mal ve hizmet alımları ile sağlık harcamalarını artırmaktadır. Ayrıca vatandaşların özel hastaneler üzerinden yaptığı sağlık harcaması da devlet tarafından finanse edilmektedir. Tabi ki karşılığı ödenmeyen -kişinin cebinden yaptığı- sağlık harcamaları burada karıştırılmamalıdır. Bu doğrultuda Tablo 9'da özelden yapılan kişisel sağlık harcamalarının Tablo 10'da kamu sütununda yer aldığı sonucu çıkmayacaktır. Ancak GSS kapsamında karşılığı ödenen hizmetler için -aşağıda ele alınacağı üzere özel hastanelerden yapılan hizmet alımları için- SGK bir kaynak ayırmaktadır. Bu kaynak için devlet SGK'ye bütçe transferi yapmaktadır.

A. BİR FİNANSMAN BİRİMİ OLARAK SOSYAL GÜVENLİK KURUMU

1980'lerde yaşanan ekonomik durgunluk büyüme hızını da yavaşlatmış; bu durum kamu harcamalarının azaltılmasını gerektirmiştir. Bu doğrultuda sağlık hizmetlerinde finansman modellerine ihtiyaç duyulmuş; kullanıcı ücretlerinin yerleştirilmesi, sağlık sigortasının kurulması gibi alternatif model ve yeni finansal stratejilerin tartışılması DB'ye bir zemin yaratmıştır. Örneğin DB'nin 1987 yılında yayınladığı *Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı için Bir Reform Önerisi*⁵¹⁴ adlı raporda gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin kamu tarafından oluşturulan fonlardan karşılandığı fakat alternatif modeller ile kullanıcıların ödeyeceği bir sistemin kurulması gerektiği ileri sürülmüştür.

⁵¹³ TÜİK, *Sağlık İstatistikleri*, 2015.

⁵¹⁴ Türkiye'nin de istatistiklerinin yer aldığı raporda ülkelerin milli geliri, ülke nüfusu, hayatta kalma yaşı gibi göstergeler yer almaktadır. Ayrıca 1972 ve 1983 yıllarına ait karşılaştırmalı olarak eğitim ve sağlığa ayrılan kamu harcamaları da sağlık yatırımında bulunacak şirketler için rehber niteliği taşımaktadır. World Bank, *Financing Health Services in Developing Countries An Agenda for Reform*, Washington D.C., 1987. <http://documents.worldbank.org/curated/en/468091468137379607/pdf/multi-page.pdf>, (26.03.2017).

*Gelişmekte Olan Ülkelerde Özel Sektör Yoluyla Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi*⁵¹⁵ (Strengthening Health Services in Developing Countries Through The Private Sector) adlı DB Raporu özel sektörün sağlık hizmetlerini kamudan devralarak yayılmasını ele almaktadır. Sağlık sektörünün özel sektörden yararlanması anlamına da gelen bu Rapor, daha önce ele alındığı üzere üçüncü parti ödeme sistemlerinin geliştirilmesi önerisini sunmaktadır.

Tezde sağlık hizmetlerinde yerleşme başlığında ele alındığı üzere DB'nin merkezi idarenin bütçe ve karar alma mekanizmasının daha alt birimlere devredilmesi anlayışı, bütçenin daha rasyonel alanlara kaydırılmasını gerektirmektedir. Daha önce de bahsedildiği üzere hükümet sınırlı olan kamu kaynaklarını yapısal krizlerden kaynaklanan borçları ödemeye ayıracaktır. Devlet, kamu hizmet alanlarında ise -özerk idari yapılanmalar ile- kendi kendini idare edebilen yapıların kurulması için yasal düzenlemeler gerçekleştirecektir. SGK de aşağıda ele alınacağı üzere söz konusu yapılardan biri olarak merkezi idarenin sağlık alanına ayırdığı bütçenin yanı sıra yaratılan kaynaklar (prim ödemeleri, kullanıcı katkıları gibi) üzerinden bir fon sisteminin kurulması ile yeniden örgütlenmiştir. Ancak sağlık harcamalarının yarattığı açıklar karşısında söz konusu kurumun mali olarak devlet tarafından desteklenmesi gerekmiştir.

1. SGK'nin Yapısal ve İşlevsel Dönüşümü

2004 yılında Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından sosyal güvenlik reformuna ilişkin bir politika metni hazırlanmıştır. Söz konusu reformun SDP ile birleştirilmesi planlanmıştır. Maliyet odaklı ve herkesin zorunlu olarak katılımını içeren reformun sosyal güvenliğin yapısal dönüşümüne yönelik olarak dört ana bileşeni bulunmaktadır. Bunlar:⁵¹⁶

-Tek bir emeklilik sigortası sisteminin kurulması,

-Nüfusun tümüne eşit, koruyucu ve tedavi edici, kaliteli sağlık hizmeti sunumunun finansmanına yönelik sağlık sigortasının oluşturulması,

-Dağılmık bir halde işletilen sosyal yardım ve hizmetlerin birleştirilerek nesnel yararlanma ölçütlerine dayalı, tüm muhtaç kesimlerin ulaşabileceği bir sistemin oluşturulması,

⁵¹⁵ Gelişmekte olan ülkelerdeki özel sektör kuruluşlarına kredi sağlayan IFC, özel sektörün geliştirilmesinin ekonomik kalkınmayı sağlayacağını iddia etmektedir. Charles C. Griffin, *a.g.e.*

⁵¹⁶ DPT, *2006 Yılı Yıllık Programı*, 2006, Ankara, s.61-62.

-Sosyal güvenlik sistemlerinin tek bir çatı altında toplanmasıdır.

Yukarıdaki başlıklara uygun bir reform ve SDP'ye finansal destek sağlamak amacıyla DB ile kredi anlaşması imzalanmıştır. 21 Nisan 2004 tarihinde imzalanan ikraz anlaşması ile Sağlıkta Dönüşüm Projesi 28 Temmuz 2004 tarihinde yürürlüğe girmiş ve 30 Haziran 2009 tarihinde ilgili projenin kapanışı yapılmıştır.⁵¹⁷ Sağlık Geçiş Projesi İçin Uygulama Desteği (24358-TU numaralı) adlı⁵¹⁸ sağlık ve sosyal güvenliğin dönüşümü için IBRD'den üç milyon dolardan fazla bir kredi alınmıştır. Proje, Sağlık Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı üzerinden yürütülmüştür. Dönüşüm doğrultusunda yapılan anlaşmalarda ise proje ifadesinden kaçınılmış ve bu uygulamaların hükümet programına uygun olduğu vurgulanmıştır. Sağlık Geçiş Projesi çerçevesinde ayrıca 2006 yılında IBRD ile Türkiye arasında sağlık alanında program amaçlı kamu sektörü kalkınma kredisi anlaşması imzalanmıştır. Sağlık giderlerinin düzenlenmesine yönelik dört yüz üç milyon Avro tutarındaki anlaşma şu maddeleri kapsamaktadır:⁵¹⁹

-Emeklilik sisteminin uzun vadeli sürdürülebilirliğini temin edecek parametrik reform,

-Tüm vatandaşların sağlık sigortasına erişimini sağlayacak sağlık sigortası sisteminin kurulmasını içeren Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu'nun TBMM tarafından kabul edilmesi,

-Mevcut üç sosyal güvenlik sistemini birleştirmek suretiyle sosyal güvenliğin idari boyutlarının yeniden şekillendirilmesini hedefleyen SGK Kanunu'nun yürürlüğe girmesi.

Kamu harcamalarının azaltılmasına ilişkin mali tedbirleri de içeren yukarıdaki anlaşma ile bütçenin uygulama alanının genişlemesi ve sağlık giderlerinin bu

⁵¹⁷ Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Dönüşüm Projesi I. Faz*, <http://pydb.saglik.gov.tr/index.php/2014-09-04-11-16-56/sdp-i-faz-tamamland.html>, (22.11.2015).

⁵¹⁸ Proje ile Türkiye'nin sağlık sisteminin yetersizliğine vurgu yapılmıştır. Bunlar; sağlık ve tıbbi hizmetlere erişim sorunları, kaynak tahsisinin verimsiz olması, sistemin yönetiminin zayıflığı ve iyi yönetim eksikliğidir. UNDP, *Sağlık Geçiş Projesi İçin Uygulama Desteği Belgesi*, 2005.

⁵¹⁹ Sağlık reformuna ilişkin gerekli mevzuat hazırlanırken finansman sıkıntılarını önlemek için uluslararası kredi anlaşmaları yapılmaya devam etmiştir. Milletlerarası Andlaşma, Türkiye Cumhuriyeti ve Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası Arasında 7 Temmuz 2006 tarihli Kredi Anlaşması (Program Amaçlı Kamu Sektörü Kalkınma Politikası Kredisi) Kredi Numarası: 7394 – TU, RG: 12.08.2006, Sayı: 26257. Aynı tarihlerde Kuş Gribi ile mücadelede proje finansmanı için kredi kullanılmıştır. 2006/10779 Kuş Gribi ve İnsana Tesir Eden Salgına Karşı Hazırlık ve Mücadele Projesi'nin Kısmi Finansmanı İçin, Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası'ndan Kredi Sağlanması Amacıyla, Ülkemiz ile Adı Geçen Banka Arasında İmzalanan Kredi Anlaşması ve Eki Mektupların Yürürlüğe Girmesi Hakkında Karar, RG: 08.08.2006, Sayı: 26253.

kapsamında düzenlenmesi planlanmıştır. Bu çerçevede 2003 yılında Sosyal Sigortalar Kanunu kabul edilmiş;⁵²⁰ Kanun'la genel müdürlük olarak Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı altında örgütlenen SSK kamu tüzel kişiliğine bürünerek, idari ve mali özerkliğini kazanmış ve özel hukuk hükümlerine tabi olmuştur. Kanun'la SSK'nin taşra teşkilatlarının kurulmasına, kapatılmasına veya kurulmuş olanların niteliklerinin değiştirilmesine (kurumun karar vermesine) imkân tanınmıştır. Kanun, SSK'nin hizmet birimi olarak taşrada örgütlenen hastanelerinin geleceğine yönelik durumuna ilişkin bir fikir vermesi açısından da önemlidir.

SSK'nin sağlık hizmetlerinin finans birimi haline getirilmesinden sonraki adım ise tüm sosyal güvenlik sistemlerinin bu kurum tarafından idare edilmesi ve prim ödemeye ilişkin sıkı tedbirlerin alınması olmuştur. Örneğin SSK'nin ilaç listesi ve uygulama talimatında hekim ve eczanelere yönelik olarak vatandaşlara ilaç eşdeğerlerinden en ucuz olanının temin edilmesi, hasta reçetelerinde tek dozda en fazla beş günlük ilaç verilmesi⁵²¹ gibi uygulamalar sağlık reformunun mali boyutlarını göstermektedir.

Sağlıkta finansmana dönük reformlar bir yandan tedavi edici hizmetlerin (hastaneler) Sağlık Bakanlığı'nda toplanmasını, sosyal güvenlik sisteminin de SGK bünyesinde örgütlenmesini getirmiştir. Sağlık hizmet sunumu ve finansmanın birbirinden ayrılması 2004 yılında Başbakanlık Genelgesi⁵²² ile programların eyleme geçirilmesini hızlandırmıştır. Söz konusu genelgede Sağlık Bakanlığı ve SSK hastanelerinin ortak kullanımına yönelik protokol imzalandığı ve uygulamanın seksen bir ilde yürütüleceği belirtilmiştir. Genelgeden kısa bir süre sonra 5220 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun⁵²³ yürürlüğe girmiş SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesinin yolu açılmıştır.

3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na konulan ek 2. madde ile Sağlık Bakanlığı ile mutabık kalınarak SSK'nin tahsislerini Maliye Bakanlığı'nın kaldırmaya yetkili olduğu belirtilmiştir.⁵²⁴ SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı ile ortak kullanımı

⁵²⁰ Sosyal Sigortalar Kanunu, RG:06.08.2003, Sayı: 25191.

⁵²¹ Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 2004 Yılı Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı İlaç Listesi ve Uygulama Talimat (Seri No:2004/1), RG:28.05.2004, Sayı: 25475. Ayrıca bedeli ödenecek ilaçlarının kapsamının daraltılması hakkında tebliğ yayınlanmıştır. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, RG:22.06.2007, Sayı: 26560.

⁵²² 2013/51 Başbakanlık Genelgesi, RG:02.01.2004, Sayı: 25334.

⁵²³ 5220 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG:21.08.2004, Sayı: 25529.

⁵²⁴ Anayasa Mahkemesi'nce bazı maddeleri iptal edilen kanunun SSK'nin diğer taşınmazlarının satışına ilişkin olduğu ifade edilmelidir. Anayasa Mahkemesinin E: 2004/85, K: 2009/69 Sayılı Kararı (7/5/1987

ile SSK hastanelerinde bulunan eczaneler de kapatılmıştır. Kamu kurumlarında eczane açılmayacağına yönelik düzenleme⁵²⁵ ile devlet, ilaç hizmetlerinin üretim ve satışı konusunda piyasadan çekilmiştir.⁵²⁶

5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun⁵²⁷ ile hastaneler “tek çatı” altında toplanmıştır. 5510 sayılı Kanun’la⁵²⁸ SSK, Sosyal Güvenlik Kurumu adını almıştır. Böylelikle Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur birleştirilerek SGK adında örgütlenmiştir. Sağlık Bakanlığı’na devredilen hastaneler sonrası Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu olmuştur. Bu doğrultuda sosyal güvenlik reformu yapılmıştır. SGK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı’na devredilmesinden sonra SGK’nin arazileri, binaları ve çeşitli kamu iktisadi teşebbüslerinde bulunan hisseleri de satılmıştır. SGK’nin 2008 yılı içinde satılan menkul ve gayrimenkullerden bir milyon yüz seksen dokuz bin lira gelir elde edilmiştir.⁵²⁹ Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı tek elden yönettiği hastaneler hakkında karar verme kapasitesini güçlendirerek hastanelerin mal varlıklarından, çevresindeki hastaların yararlanma durumlarına varıncaya kadar söz konusu kaynakları yönetebilmektedir. Sağlık reformu çerçevesinde kurumsal kimliğini kazandırıldıktan sonra SGK’nin mal varlıkları dağıtılmış ve hemen akabinde sağlık hizmetlerinde fiyatlandırma yapılmıştır. Çıkarılan Sağlık Uygulama Tebliği⁵³⁰ ile ameliyat ücretleri ve muayene katılım payları artırılmıştır. Söz konusu düzenleme ile SGK’nin sağlık hizmetlerinin karşılanması konusunda yeni sınırlar çizilmiş ve bu uygulamaların kapsamı giderek daraltılmıştır.

Tarihli ve 3359 Sayılı Kanunda Değişiklik Yapan 14/7/2004 Tarihli ve 5220 Sayılı Kanun ile İlgili), RG: 10.12.2011, Sayı: 28138.

⁵²⁵ Sağlık Bakanlığı, Eczaneler ve Eczane Hizmetleri Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG:09.12.2004, Sayı: 25665. Sağlık Bakanlığı, Eczaneler Ve Eczane Hizmetleri Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG:20.01.2006, Sayı: 26055,

⁵²⁶ Sağlıkta bölge planlamasına geçildiği için eczanelerin de nüfusa göre yeniden belirlenmesine yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Ayrıca eczanelerin özel sektör tarafından zincir halinde bir örgütlenmeye dönüştürülmesi planlanmaktadır. Özel bir hastanede satın alma müdürü olan A.E. ile 13.01.2017 tarihinde yapılan görüşmeye dayanarak elde edilen bilgilerdir.

⁵²⁷ TSK, yüksek yargı organları, TBMM ve üniversite hastaneleri hariçtir. 5283 Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun RG:19.01.2005, Sayı: 25705.

⁵²⁸ 5510 Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, RG:16.06.2006, Sayı: 26200.

⁵²⁹ 2009 yılı programında kamu kaynaklarının etkili ve verimli kullanılmasına yönelik politika tedbiri önceliklerinden biri olan sağlık harcamaları ilk sıralarda yer almıştır. Harcamaların izlemesi ve değerlendirilmesi için DPT’nin; Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Hazine Müsteşarlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu ile işbirliği yapması öngörülmüştür. Ayrıca sosyal güvenlik reformu kapsamında özel sağlık sigortacılığı ile ilgili hukuki altyapının kurulması planlanmaktadır. Tamamlayıcı sağlık sigortasına geçiş hedefi için özel sektörle işbirliği yapılması gerektiği belirtilmektedir. DPT, *2009 Yılı Yıllık Programı*, Ankara, 2009, s.67-68.

⁵³⁰ 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, RG: 29.09.2008, Sayı: 27012, Mükerrer.

SSK'nin 1990'lı yıllardaki reform hamlelerine benzer biçimde piyasa ilişkileri açısından dönüştüğünü söylemek mümkündür. Örneğin 1990'lı yıllardan itibaren SSK'nin hizmet üreten bir yapıdan sıyrılarak özel sektörden hizmet alan bir yapıya dönüştüğü aşağıdaki tabloda da görülmektedir. Bu doğrultuda SDP'ye kadar SSK'nin yapısal reformlar çerçevesinde kurumsal bir dönüşüm gerçekleştirmesinin zaman aldığı söylenebilir.

Tablo 11: SSK'nin Mal ve Hizmet Alım Akışı⁵³¹

Yıllar	Dışarıdan Satın Alınan Hizmet %	Kurum Tesislerinde Üretilen Mal ve Hizmet %
1995	21,2	78,8
1996	23,4	76,6
1997	24,9	75,1
1998	25,9	74,1
1999	28,4	71,6
2000	30,2	69,2
2001	32,3	67,3
2002	29,6	70,4
2003	30,0	70,0
2004	39,4	40,6
2005	79,4	21,6
2006	95,0	5,0

Yukarıdaki tabloda 1995 yılı itibariyle SSK'nin mal ve hizmet üretiminin yaklaşık %80'ini kurum olarak üretirken 2006 yılı itibariyle bu hizmetlerin %95'inin özel sektörden temin edildiği görülmektedir. Bu tarihlerden sonra SGK hizmet üreten bir birim olmak yerine finansman sağlayan bir birim olarak faaliyetlerini sürdürmektedir. Harcama birimi olan SGK her ne kadar özerk bir kurum olarak kendi gelirleri ile bütçe dengesini sağlamak amacı ile kurulmuş olsa da aşağıda ele alınacağı üzere genel bütçeden aktarılacak kaynak transferine ihtiyaç duymaktadır. SGK ayrıca GSS'nin yarattığı mali baskıdan kurtulamamakta; ilaç ve tedavi harcamaları için oluşturulan bütçeye ek kaynak arayışına girmektedir. Bunun için kullanıcı katkıları sürekli artırılmakta; toplanan primlerin karşılığı ise (sağlık hizmetlerinden yaralanma anlamında) düşürülmektedir. Çünkü aşağıdaki tabloda yer verildiği üzere SGK'nin sağlık giderlerinin sürekli arttığı görülmektedir.

⁵³¹ SES, "AKP Hükümeti İle Adım Adım Sağlıkta Yıkım", <http://2015.ses.org.tr/wp-content/uploads/adimadimsaglikstayikim.pdf>, (22.09.2016).

Tablo 12: Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Sağlık Giderleri (2002-2010 Yılları Arası Harcama Kalemlerine Göre)

Yıl	Tedavi	İlaç	Malzeme	Optik	Toplam	Değişim
2002	1799	2434	299	44	4.306	
2003	2831	4300	433	66	7.630	%77
2004	4362	5615	573	112	10.662	%39
2005	5906	6399	712	133	13.150	%23
2006	5626	7001	871	110	13.608	%4
2007	8489	8372	659	146	18.026	%32
2008	10267	8858	655	203	19.983	%11
2009	13953	10717	409	267	25.346	%27
2010	15129	13161	225	296	28.811	%14

Tabloda SGK'nin tedavi, ilaç, malzeme ve optik giderlerine yapılan harcamalar gösterilmektedir. Tablodaki yüzdesel değişim düzensizlik göstermekte bunun en önemli nedeni ise sağlık harcamalarına ilişkin tutulan istatistiklerin doğru olmamasıdır.⁵³² İstatistikleri yayınlayan kurumların birbirinden farklı veriler sunmaları bu tarz değişimlere neden olmaktadır. Tablodaki düzensizliğin diğer bir nedeni ise 2003 yılına ilişkin verilerin nominal ve reel farklılıklarının göz ardı edilmiş olmasıyla açıklanabilir. Çünkü 2002 yılından 2003 yılına gelindiğinde sağlık harcamalarının %77 oranında artış göstermesi ve ilerleyen yıllarda bu artışın daha düşük oranlar ile devam etmesi başka bir şekilde açıklanamamaktadır.

Yukarıdaki tablodan hareketle SGK'nin 2002-2010 yılları arasında gerçekleştirmiş olduğu tedavi ve ilaç giderlerinin en fazla harcama yapılan alanlar olduğu söylenebilir. 2006 yılı itibariyle tüzel kişiliğini kazanan kurumun harcamalarında yaşanan artış aynı şekilde 2007 yılında yeni bir sıçrama göstermiştir. Tablo 13'de ise 2014-2016 yılları arasında yapılan harcamalar gösterilmektedir. Bu doğrultuda SGK'nin 2010 yılı itibariyle yaptığı sağlık harcamaları 32.259 milyar TL iken 2015 yılında 60 milyar TL'ye yükselmiştir.⁵³³ 2015 yılında kişi başı sağlık harcaması 1400 TL'ye ulaşmış SGK'nin yaptığı harcamalar ise rekor seviyeye ulaşarak elli altı milyarı aşmıştır.⁵³⁴

⁵³² Verilerin düzensiz olması 2002 yılının sonunda seçimleri kazanan iktidarın sağlıkta dönüşümün başarısını bu yıldaki veriler üzerinden karşılaştırması ile açıklanabilir.

⁵³³ SGK, *Aylık Sağlık İstatistikleri*, Eylül 2016.

⁵³⁴ "SGK Tedavi Rekoru Kırdı", <http://www.memurlar.net/haber/573739/>, (04.05.2016).

Tablo 13: SGK'nin Sağlık Giderleri 2014-2016 (Milyar TL)⁵³⁵

Sağlık Gideri	2014	2015	2016 (Bütçe)
İlaç	17.388	17.755	21.406
Reçete bedeli	154	164	150
Tedavi	36.295	39.557	43.635
Diğer Sağlık Giderleri	765	814	876
Toplam	54.602	59.411	66.067

Yukarıdaki tabloda SGK'nin 2014 ve 2015 yılları arasında yaptığı sağlık giderlerine yer verilmiş; 2016 yılı için ise SGK'ye tahsis edilen bütçe gösterilmiştir. Buna göre ilaç ve tedavi harcamalarının toplam bütçe içindeki oranı 2014 yılı için sırasıyla %31 ve %66'dır. 2015 yılına gelindiğinde ilaç ve tedavi harcamalarının toplam harcama içindeki oranı sırasıyla %29 ve %67 olmuştur. Bu verilere göre ilaç harcamalarının SGK tarafından karşılanma oranının azaldığı tedavi harcamalarının ise arttığı sonucuna varılmaktadır. Bu durum aşağıda yer verileceği üzere ilaç harcamalarının vatandaş tarafından finanse edildiğini göstermektedir.⁵³⁶ Türkiye genelinde yapılan ilaç harcamalarında ve ilaç tüketiminde yaşanan artışlara rağmen SGK'nin ilaç ödeme oranını azaltması cepten yapılan ödemelerin arttığı anlamına gelmektedir. Devletin sağlık harcamaları artarken, cepten yapılan harcamaların azalması gerekmektedir. Bu durum devletin sağlık harcamalarının doğrudan vatandaşa değil özel sektöre kaydığını göstermektedir.

SGK'nin harcamaları artmasına rağmen ödeme kapsamını sınırlama çalışmalarına başka bir örnek ise özel hastanelerin muayene katkı payı adı altında vatandaşlardan ek ücret talep etmeleri olmuştur. Sağlık Bakanlığı 2008 yılında yeni özel hastanelerin açılmasını önlemek için ruhsat vermeyi durdurmuş; bu tedbir aynı zamanda özel hastanelerin ilave ücret alması ile birlikte uygulanmıştır. 2008 yılına kadar özel hastanelere muayene olmak için fark ödemeye gerek yoktu. Bu tarihlerden itibaren özel hastaneye giden vatandaşlardan kademeli olarak %30, %90 ve %200 ek ücret alınmaya başlanmıştır. Aşağıdaki tabloda da 2010 yılından itibaren özel hastanelerin SGK tarafından ödenen fatura tutarlarının oransal açıdan değişimini görmek mümkündür.

⁵³⁵ Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastaneleri ilaç ve tedavi harcamalarında 27.741 TL ile ilk sırayı alırken özel hastaneler ise 8.194 TL ile ikinci sırada yer almaktadır. 2016 yılında da aynı şekilde kamu hastanelerinin sağlık giderleri için SGK'nin ödediği tutar 34.633 TL ile ilk sırada yer alırken özel hastanelere 9.002 TL ödeme yapılmıştır. SGK, *Aylık Sağlık İstatistikleri*, 2014, 2015, 2016 yılı verilerinden hazırlanmıştır.

⁵³⁶ TÜSİAD sağlık reformlarına ilişkin yaptığı çalışmalarda kamunun ilaç yükünün vatandaşlara kaydırılması gerektiği yönünde görüş bildirmiştir. TÜSİAD, *a.g.e.*, 2012. Çünkü kamu sağlık harcamalarına yönelik yapılan tasarruflar ilaç fiyatları üzerinde baskı oluşturmakta bu durum özel sektörün girişimlerine bir dışsalılık olarak yansımaktadır. Bu durum İşlem Maliyetleri Teorisi'nde ele alındığı üzere devletin kurumsal düzenlemeler yapmasını gerektirmektedir. Sonuç olarak özel sektöre ilaç gibi gelen idari ve yasal düzenlemeler sermayeye yapılan teşviki göstermektedir.

Tablo 14: SGK'ye Faturalandırılan Tutarlar⁵³⁷

	2009	2010	2011	2012	2013	2015
Devlet 2.Basamak	5.356.956	6.035.033	7.200.669	10.051.990	11.049.401	12.598.117
Oran %	%34	%33	%33	%35	%35	%35
Devlet 3.Basamak	2.828.864	3.567.138	4.242.562	5.945.100	6.598.896	8.107.009
Oran %	%18	%19	%19	%21	%21	%22
Özel 2.Basamak	4.536.980	5.059.209	6.145.045	6.771.108	7.294.698	8.153.544
Oran %	%29	%28	%28	%24	%23	%23
Üniversite	2.930.341	3.715.546	4.266.902	5.506.848	6.129.775	7.459.415
Oran %	%19	%20	%20	%20	%20	%20
Toplam	15.653.143	18.376.926	21.855.177	28.275.046	31.072.770	36.318.08

Tabloda kamu ve özel sağlık tesislerinin SGK ile yapılan anlaşma doğrultusunda SGK'ye faturalandırdıkları tutarlar yer almaktadır. Yukarıdaki tabloda SGK'nin sağlık ödemeleri içinde özel hastanelerin oranının azaldığı görülmektedir. SGK ödemeleri içinde en büyük pay kamu hastanelerine ayrılmaktadır. Buna göre, kamu hastanelerinin 2010 yılı itibariyle SGK'ye kestiği on milyon adet faturası bulunurken 2015 yılında gelindiğinde, fatura sayısı yirmi milyonu geçmiştir. Burada dikkat edilmesi gereken nokta devlet hastanelerinde bir hastanın maliyetinin özel hastanelere oranla daha az olmasıdır. Özel hastanelerin söz konusu yıllar arasında SGK'ye kestiği fatura adeti devlet hastaneleri kadar olmasa da özel hastanelerin maliyeti oldukça fazladır.⁵³⁸

Tablo 15: Tesis Türüne Göre SGK'ye Gönderilen Faturaların Ortalama Maliyeti⁵³⁹

Tesis Türü	Fatura Gön. Tesis Sayısı	Müracaat Sayısı	Müracaat Sayısı %	Fatura Tutarı	Fatura Tutarı %	Müracaat Başına Ort. Maliyet
Dev. Has.	984	128.796.379	52	5.356.956.019	34	41.59
Eğit. Araş. Has.	61	36.187.681	15	2.828.864.829	18	78.17
Özel Has.	1854	66.194.300	27	4.536.980.664	29	68.54
Üniv. Has.	77	15.963.991	6	2.930.341.911	19	183.56
Toplam	2.886	247.142.351		15.653.143.423		63.34

⁵³⁷ SGK, *Aylık Sağlık İstatistikleri*, 2016.

⁵³⁸ Özel hastanelerin SGK'ye kestikleri faturalar için SGK orantısız kesintilerde bulunduğu iddia edilmektedir. Örneğin özel bir hastanenin SGK'ye bir yılda gönderdiği faturaların %10'u baz alınarak hatalı olanlar üzerinden bir kesinti yapıldığı ve söz konusu kesintinin tüm faturalar üzerinden değerlendirildiği ifade edilmektedir. Özel bir hastanede satın alma müdürü olan A.E. ile 13.01.2017 tarihinde yapılan görüşmeye dayanarak elde edilen bilgilerdir.

⁵³⁹ SGK, *Aylık Sağlık İstatistikleri*, 2010.

Yukarıdaki tabloda hastanelerin ödemesi için SGK'ye gönderdiği fatura sayısı ve bu faturaların toplam tutarları yer almaktadır. Söz konusu rakamlar Tablo 14'deki veriler ile birlikte değerlendirildiğinde; SGK'nin özel hastanelerin her gönderdiği fatura için özel hastanelere daha fazla ödeme yaptığı anlaşılmaktadır. Çünkü Tablo 15'e göre özel hastanelere müracaat başına ortalama maliyet 68 TL iken devlet hastanelerinde bu rakam yaklaşık 42 TL'dir. 2015 yılına gelindiğinde devlet hastanelerinde bir hasta maliyeti 50 TL iken özel hastanelerde ise hastanın devlete maliyeti 90 TL'ye kadar çıkmıştır. 2016 yılı sonunda ise devlet hastanelerinde müracaat başı ortalama maliyet 51,25 TL'ye, özel hastanelerde ise müracaat başı ortalama maliyet 99,87 TL'ye yükselmiştir. Özel hastanelerin yüksek maliyeti bu harcamaların ana kaynağını⁵⁴⁰ oluşturmaktadır.

Tablo 14 ve Tablo 15 birlikte değerlendirildiğinde özel hastanelere yapılan ödemelerde 2011 yılından itibaren yaşanan düşüş, daha da belirginleşmektedir. Bu tarihler aynı zamanda sağlık hizmetlerinde bölge planlaması doğrultusunda şehir hastanelerinin yapılması düşüncesinin yeniden canlandığı döneme denk gelmektedir. Dolayısıyla özel hastanelere giden vatandaşları teşvik etmek yerine, daha sonra ele alınacağı üzere yeni sermaye birikim mekânları olan şehir hastanelerini teşvik etmek gerekecektir. Bu doğrultuda kamu hastanelerindeki yatak doluluk oranı ve hasta devir hızı gibi göstergeler sağlıkta talep artışına bağlı olarak yükselmiştir. Söz konusu rakamlar kamu hastanelerinin piyasa ilişkileri açısından dönüşümünde önemli görülmektedir. Ayrıca özel hastaneleri teşvik politikası da yeni bir politika ile yer değiştirmektedir. Bu politika öncelikle daha büyük ölçekli olarak şehir hastaneleri üzerinden Türkiye'ye gelecek uluslararası sermayenin önemini göstermektedir. Daha sonra ele alınacağı üzere özel hastanelerin de ölçek büyütmesi küçük olanların piyasada tutunamamasına diğerlerinin ise birleşmelerine neden olacaktır.

İlaç Harcamaları

Yukarıda SGK'nin harcamalarına ilişkin tablolarda da ele alındığı üzere ilaç harcamaları sağlık harcamaları içinde önemli bir paya sahiptir. Söz konusu harcamaları azaltmak adına ise SDP çerçevesinde akılcı ilaç politikası uygulanmaktadır. Akılcı ilaç kullanımı DSÖ tarafından 1985 yılında ortaya atılmış bir kavramdır.⁵⁴¹ Akılcı ilaç

⁵⁴⁰ SGK, *Aylık Sağlık İstatistikleri*, 2016.

⁵⁴¹ Sağlık hakkı ve sağlık hizmetlerine erişimden yola çıkan DSÖ, ilaca erişimi de aynı bağlamda değerlendirmektedir. İlaç doğru kullanıldığı zaman hastalıkların tedavi edilmesinde etkili bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır. Yanlış ilaç kullanımı ise tam tersi sonuçlara neden olabilmektedir. WHO,

kullanımı kişilerin kendilerine en uygun ilacı uygun zamanda ve dozda en düşük fiyata kolaylıkla temin edebilmeleridir.

DSÖ'nün akılcı ilaç kullanımı uygulaması aynı zamanda gereksiz ve aşırı ilaç kullanımının önlenmesine yönelik bir politikadır. Sağlık harcamalarının önemli bir kısmını oluşturan ilaçlar kamu bütçesine de yük olarak görülmektedir. Bu yüzden reçeteli ilaç kullanımı teşvik edilmekte; eczanelerden serbest ilaç alımının kısıtlanmasına yönelik politikalar geliştirilmektedir. Dünya ilaç pazarındaki rekabet ise ilaç kullanımını tetikleyici bir unsur olarak görülmektedir. Sağlık reformunun taşıyıcısı olarak DB başlığında ele alındığı üzere çok uluslu şirketlerin gelişmekte olan ülkelerdeki ilaç politikaları iki örgütü karşı karşıya getirmiştir. DSÖ geliştirmekte olan ülkeler için yerli ilaç üretimini teşvik ederken DB, bu uygulamayı ticareti baltalama girişimi olarak algılamış ve ilaç tekellerinin yanında yer almıştır.

Akılcı ilaç kullanımı her ne kadar sağlıkta dönüşüm politikasının içeriğinde yer alsada ilaç harcamaları önlenemez boyutlara ulaşmıştır. Aynı şekilde ithal ilaç kullanımına ağırlık verilmesi dış ticaret açıklarının artmasında etkili olmuştur. Örneğin, 1990'lı yılların sonunda Türkiye'nin ilaç harcamaları toplam sağlık harcamalarının yarısına yaklaşmıştır.

Tablo 16: 1997 Yılı İtibariyle SSK'nin Sağlık Giderleri

Gider Kalemleri	Milyon TL	Oran %
Personel	72.486.754	49,5
İlaç	61.064.721	41,7
Tıbbi Mal.	8.100.595	5,5
Diğer	4.861.644	3,3
Toplam	146.513.714	100

Yukarıdaki tabloda 1997 yılında SSK'nin sağlık giderleri yer almıştır. Personel harcamaları yetmiş iki milyon lira olan kurumun altmış bir milyon lirası kurumun ilaç harcamaları olarak gösterilmiştir. SSK'nin kurum dışı olarak serbest eczanelere ödediği miktar ise on bir milyon liradır.⁵⁴² OECD ülkelerinde ise bu oranın ortalaması ise %20'dir.⁵⁴³ İlaç harcamalarına ayrılan miktar fazla görünmesine rağmen SSK'nin ilaç

The Rational Use of Drug, Report of the Conference of Experts, Nairobi, 25-29 November 1985, <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17054e/s17054e.pdf>, (01.03.2017).

⁵⁴² Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1997*, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 2001.

⁵⁴³ "Kişi Başına Sağlık Harcamasında OECD'nin En Kötüsüyüz", <http://www.hurriyet.com.tr/kisi-basina-saglik-harcamasinda-oecd-nin-en-kotusuyuz-40015875>, (26.10.2016).

fabrikalarının bulunması ilaca ayrılan kaynağın yurt içinde kalmasını sağlamıştır. Ancak bu durum fazla uzun sürmemiştir.

Tablo 17: Perakende İlaç Harcamaları 2002-2015 (Kamu ve Cepten)⁵⁴⁴

Yıl	2002	2004	2006	2008	2010	2011	2013	2015
Toplam	6.955	9.993	13.553	16.454	18.790	19.662	20.042	20.460

SDP'nin ilk icraatlarından birisi kamunun eczane açma ve ilaç üretme serbestisini özel sektör lehine kaldırmış olmasıdır.⁵⁴⁵ SSK'nin hizmet sunum ayağı kapatılmış; sağlık hizmeti veren kuruluşlar Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Aynı zamanda SSK'nin sağlık hizmeti sunumu için kendi ürettiği hizmetlere de son verilmiştir. Bunlardan en önemlisi SSK'nin ilaç fabrikalarıdır. İlaç fabrikaları kapatılmış ve kamuya eczane açma yasağı getirilmiştir. 14 Aralık 2004 tarihinde ise serbest eczaneler ile Kamu İlaç Alım Protokolü imzalanmıştır. Söz konusu protokolle ilaç harcamalarında tasarruf sağlanması hedeflenmiştir. Bu protokol sonrasında sağlık harcamaları % 70 oranında artmıştır.⁵⁴⁶

⁵⁴⁴ TÜİK, *Sağlık İstatistikleri 2015*; SGK *Aylık Bülten İstatistikleri*, 2015.

⁵⁴⁵ 1992 yılında yayınlanan Sağlıkta Mega Proje isimli politika belgesinde eczane bulunmayan yerlerde sağlık ocaklarının ilaç satabileceği belirtilmiştir. Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje*, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1992, s.31.

⁵⁴⁶ SES, "2006 Yılı Sağlık Raporu", <http://2015.ses.org.tr/2006/12/2006-yili-saik-raporu/>, (22.09.2016).

Tablo 18: 2003-2015 Yılları Arasında Tüketilen İlaç Sayısı (Milyon Kutu)⁵⁴⁷

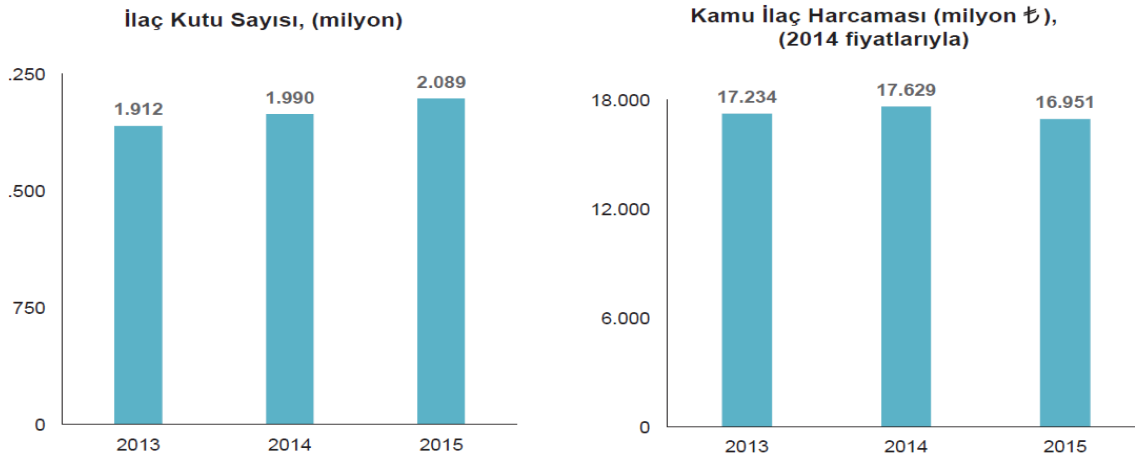
Yıl	Tüketilen İlaç Sayısı	Milyar TL (Kamu)
2003	860.00	6,2
2004	954.00	7,7
2005	1.108.00	8,5
2006	1.191.00	9,5
2007	1.312.00	11,1
2008	1.370.00	12,1
2009	1.422.00	14,1
2010	1.669,90	13,9
2011	1.848,30	14,0
2012	1.889,40	15,0
2013	1.912,20	17,0
2014	1.969,97	18,0
2015	2.112,94	20,0

Yukarıdaki tabloya göre kullanılan ilaç miktarı 2002 yılında altı yüz doksan dokuz milyon iken 2009 yılında, yaklaşık bir milyar dört yüz yirmi iki milyon kutu olmuştur.⁵⁴⁸ 2015 yılında ilaç giderleri yirmi milyar lirayı bulurken tüketilen ilaç sayısı, iki milyar kutuyu aşmıştır.

⁵⁴⁷ Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, 2015.

⁵⁴⁸ Sağlık Bakanlığı, *2009 Yılı İdari Faaliyet Raporu*, Strateji Geliştirme Başkanlığı Ankara, 2010.

Şekil 1: Kamu İlaç Harcamaları⁵⁴⁹



2011 yılında eczaneler üzerinden tüketilen ilaç sayısı ise bir milyar yedi yüz milyon kutuya kadar yükselmiştir. 2015 yılında ise bu rakam iki milyarı aşmıştır. Böylece kişi başı ortalama yirmi üç kutu ilaç tüketimi yapılmıştır. Amerika'da ise ortalama ilaç tüketimi kişi başı on üç kutudur.⁵⁵⁰ Bu rakamlar SDP sonrası ilaç tüketiminde yaşanan artışı göstermesi bakımından önemli görülmektedir. 2011 yılında tüketilen ilaç sayısı 2002 yılına göre (kutu olarak) %148 artmıştır.⁵⁵¹ Söz konusu dönemde kamunun ilaç harcaması ise sadece %18 oranında artmıştır. Söz konusu durum ilaç geri ödeme sistemlerinin etkili çalıştığını ve ilaç ücretlerinin vatandaşa yansıtıldığını (kullanıcı öder ilkesi) göstermektedir.⁵⁵²

2016 yılı itibariyle dünyada en çok ilaç tüketen ülkeler sırasıyla G. Kore, Avustralya, Rusya ve Türkiye'dir. Türkiye'de akılcı ilaç politikası uygulanmasına rağmen ilaç harcamaları geçen yıla oranla %16 artmış görünmektedir. Türkiye'nin ilaç ithalatı ile sağlık harcamalarını artırması önlemlerin alınmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır. Ancak Türkiye yukarıda da ele alındığı üzere kamuya ait ilaç fabrikalarını kapatarak ilaç üretiminden vazgeçmiştir.

2. SGK'ye Yapılan Transfer Harcamaları

Türkiye'de ekonomik krizler ile birlikte devletin sağlık finansmanına ayırdığı transfer harcamaları artmıştır. Buna bağlı olarak tezin genelinde de sürekli vurgulandığı üzere DB tarafından merkezi bütçenin rasyonel kullanılmadığı yönünde eleştiriler

⁵⁴⁹ Sağlık Bakanlığı, *2015 Yılı Bütçe Sunum Konuşması*, Ankara, 2014, s.87.

⁵⁵⁰ Ali Rıza Üçer, "Sağlıkta Dönüşüm Programının Yaratdığı Talep Patlaması", *Tıp Bu Değil 2*, (Ed: İlknur Arslanoğlu), İthaki Yayınları, İstanbul, s.257- 279.

⁵⁵¹ Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2003-2011*, Ankara, 2012, s.28.

⁵⁵² Sağlık sistemlerinin karşılanabilir olmasını öngören DSÖ, maliyet etkin sağlık politikası üzerinde durmaktadır. *a.k.*, s.20.

sıralanmıştır. 1999 yılında sosyal güvenlik reformu kapsamında alınan önlemler ekonomik kriz sonucu uygulanamamış; 2001 yılında yaşanan ekonomik krizle birlikte mali tedbirler alınmak zorunda kalınmıştır. Örneğin kriz öncesi sağlık primlerinin sigorta giderlerini karşılama oranı %98 iken kriz sonrası işsizlik ve prim ödeme güclüğü ile bu oran %84'e düşmüş, aradaki fark bütçeden karşılanmaya başlamıştır.

Tezin birinci bölümünde ele alındığı üzere merkezi bütçenin piyasalara müdahale aracı olarak kullanılması sonucu 'krizi fırsata çevirme' durumu ortaya çıkmış, yapısal reformların uygulanması için birtakım girişimler başlatılmıştır. Ekonomik kriz gerekçe gösterilerek sağlık harcamalarının sosyal güvenlik reformu kapsamında kontrol altına alınması planlanmıştır. Bu çerçevede e-Devlet sistemine sosyal güvenlik bilgilerinin dâhil edilmesi, sosyal güvenlik kuruluşlarının sigorta dışındaki faaliyetlerinin ortadan kaldırılmasına yönelik yapısal düzenlemelerin yapılması ve özel sektörün kamunun çekildiği alanlarda yatırım yapmasına öncelik verilmesi planlanmıştır. Bu çerçevede altyapı hizmetlerinde yap-işlet-devret benzeri finansman modellerinin deneneceği, özel sigortacılığın geliştirilmesi için çalışmaların yapılacağı, yabancı yatırımcıları çekmek için teknik destek ve tanıtım faaliyetlerinin gerçekleştirileceği belirtilmiştir.⁵⁵³

Tablo 19: Sosyal Güvenlik Kuruluşlarına Yapılan Transferler⁵⁵⁴

Yıllar	SGK Bütçe Transferleri	Yıllık Değişim Oranı	GSYİH Oranı(%)
2000	400.000	64.3	0.3
2001	1.108.000	177.0	0.6
2002	2.386.000	115.3	0.9
2003	4.808.617	101.5	1.3
2004	5.757.000	19.7	1.3
2005	7.507.267	30.4	1.5
2006	8.527.000		1.6
2008	35.016.403	5,9	3,68
2009	52.599.691	50,2	5,52
2010	55.244.258	5,0	5,03
2011	52.772.218	-4,5	4,07
2012	58.728.293	11,3	4,15
2013	71.263.763	21,3	4,55
2014	77.335.890	8,5	4,43
2015	79.024.345	2,2	4,05

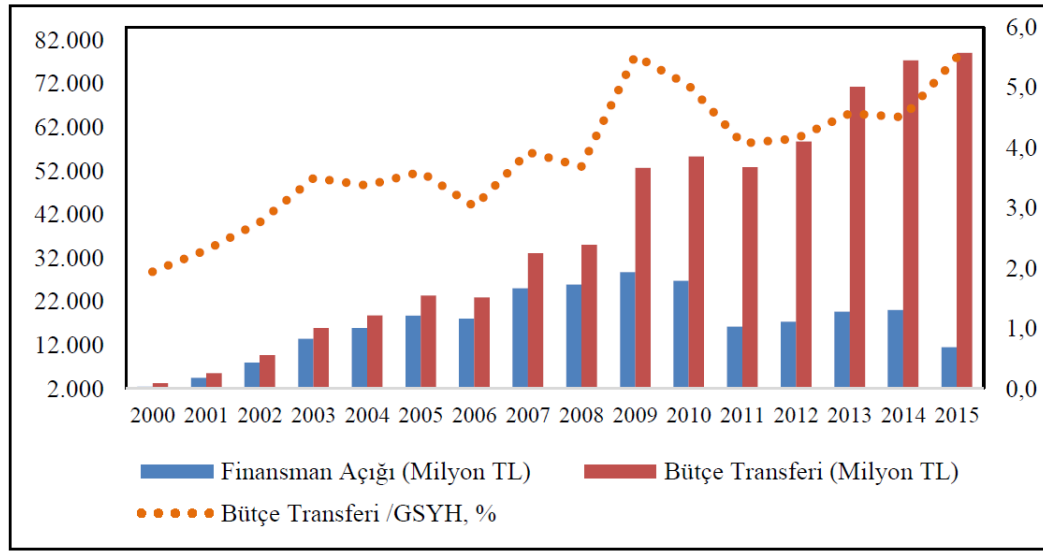
Yukarıdaki tabloda sosyal güvenlik kuruluşlarına kamu kaynaklarından harcanan transfer miktarları gösterilmiştir. Bu doğrultuda 2000 yılında yapılan transfer

⁵⁵³ DPT, *2006 Yılı Yıllık Programı*, 2006, Ankara, s.60.

⁵⁵⁴ 2016 yılında SGK için GSYH'nin %4,63'ü oranında (102,3 milyar lira) bütçe transferi yapılması planlanmıştır. TİSK, *26. Genel Kurul Çalışma Raporu*, 2016, s.201. 2016 yılında 9 ay için (Ocak-Eylül) SGK'ye yapılan bütçe transferi 83.431.591 Türk Lirasına yükselmiştir. SGK, *Aylık Sağlık İstatistikleri*, Eylül 2016; SGK *Sağlık İstatistikleri*, 2015; SSK, *Sağlık İstatistikleri*, 2006.

harcamaları GSYH'nin %0,3 düzeyindedir. Yıllar itibariyle bu oran %5'lere kadar yükselmiştir. Bu bağlamda SGK'nin bütçe açıklarının giderek arttığı ve kendi kendini finanse eden bir yapı olmaktan uzaklaştığı görülmektedir. Bunun sorunun çözümü için birtakım önlemler alınmıştır. Örneğin, şehir hastaneleri başlığında ele alınacağı üzere kamu hastanelerinin merkezi idareye yük olmadan gelir ve giderinin hastane yönetimi tarafından sağlanması gerekmektedir. Çünkü söz konusu kurumlar zarar eder ise kapatılacak ya da özelleştirilecektir.⁵⁵⁵ SGK'nin hâlihazırda bütçe açığı vermesi genel bütçe gelirlerinden bu kuruma ödenek ayrılmasına neden olurken yeni yapısal reformların uygulanması için kriz ve fırsat durumu ortaya çıkmaktadır. Bu durum kullanıcı katkılarının ve prim gelirlerinin artırılması ile sonuçlanmıştır.⁵⁵⁶

Şekil 2: SGK'ye Yapılan Bütçe Transferleri⁵⁵⁷



Devletin sağlık hizmetini üretmektense özel sektörden temin etme yoluna gitmesi, hastanelerin çekirdek sağlık hizmeti dışında kalan hizmetleri kurum dışından satın almasına neden olmuştur. Bu ifadeyi destekleyecek veriler ise şu şekildedir: 2003-2015 yılları arasında kamu hastane sayısı %13 civarında artarken⁵⁵⁸ özel hastane sayısı ise yaklaşık %117 artış göstermiştir. Özel hastane sayısı 560'a ulaşırken; 831 özel dal tıp merkezi, 368 özel poliklinik açılmıştır.⁵⁵⁹ 2007 yılında yapılan düzenlemeyle 300

⁵⁵⁵ Mahfi Eğilmez, "Nedir Bu Yapısal Reformlar", <http://www.mahfiegilmez.com/2012/01/nedir-bu-yapsal-reformlar.html>, (28.09.2016).

⁵⁵⁶ SGK'nin yedi milyar beş yüz milyon lira prim alacağı olduğu halde piyasadan toplanan miktar üç yüz elli milyon lira ile sınırlı kalmıştır. "SGK 2015'te 11 Milyar lira Zarar Etti", <http://www.cumhuriyet.com.tr/haber/ekonomi/565388/>, (21.10.2016).

⁵⁵⁷ Mehmet Cural, "Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin Mali Yapısı Ve Sisteme Yapılan Bütçe Transferlerinin Ekonomik Yansımaları", *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt: 21, Sayı:2, 2016, s.693-706.

⁵⁵⁸ Sağlık Bakanlığı ve üniversiteye ait hastane sayısı 2002 yılı itibariyle 824 iken; bu sayı 2015 yılı itibariyle 943 olmuştur. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*, 2015.

⁵⁵⁹ Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*, 2014, s.89.

özel dal ve tıp merkezi SGK ile anlaşma yapmıştır. Söz konusu veriler GSS başlığında analiz edilecektir. Bu doğrultuda (aşağıda ele alınacak olan Tablo 49'a göre) 2002 yılında SGK'nin özel hastanelere ödediği miktar 0,4 milyon lira iken; 2015 yılında bu rakam yirmi kat artışla 8 milyar lirayı aşmıştır. Bu verilerden hareketle Şekil 2'de görüldüğü üzere 2000 yılından günümüze gelinceye kadar bütçeden SGK'ye transfer edilen kaynak miktarı da yaklaşık dört kat artış göstermiştir. Aynı şekilde bütçe transferinin GSYH'ye oranı da artmıştır. Sağlık hizmetleri özel sektör için bir yatırım alanı olarak ortaya çıkarken; devlet gerek mevzuat gerekse mali araçlar yoluyla özel sektörün sağlık alanında faaliyet sürdürmesini desteklemektedir. Özel sektörden hizmet alımı ise aşağıda yer verildiği üzere harcama birimi haline dönüşen kamu hastaneleri üzerinden yürütülmektedir.

B. HARCAMA BİRİMİ OLARAK HASTANELER

Tezin birinci bölümünde de ele alındığı üzere sağlık hizmetlerinde yerelleşme, politika belgelerinde yerini almış; bu çerçevede DB raporlarında Sağlık Bakanlığı katı, merkezîyetçi ve bürokratik olduğu gerekçesiyle eleştirilmiştir. Hastanelerin ise kendi kendine yeten profesyonel olarak yönetilen, maliyet muhasebesi tekniklerini kullanan verimli yerler olmaları için çalışmaların başlatılacağı vurgulanmıştır.⁵⁶⁰ Hastaneler için “kendi kaynaklarını kullanan ve bunlar hakkında karar veren işletmeler” haline getirileceği ifadeleri kullanılmıştır. DB uzmanlarına göre yerelleşme, hükümet tarafından verilen sağlık hizmetlerinin örgütlenmesine ilişkin rekabet ve kontrolü içeren bir politikadır.⁵⁶¹ Buradan sağlık hizmetlerinin optimum koşullarda sağlanmasından hareketle karar veren birimlerin özerk olması gerektiği çıkarımı yapılabilir. Türkiye'nin sağlık politika belgelerinde ise yerleşmenin özerkleşme ve özelleşme olmak üzere iki anlama geldiği ifade edilebilir. Bu bağlamda aşağıda 1990'lardaki sağlık politika metinlerinde yer alan hali ile yerleşmenin kullanımına yer verilmiştir:⁵⁶²

“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. Sistemde bütün hastaneler bireylere Bölge Sağlık İdareleri ile yaptıkları anlaşmalar çerçevesinde hizmet verecek ve ücretlerini Bölge Sağlık İdarelerinden alacaklardır. Hizmet

⁵⁶⁰ Sağlık Bakanlığı, *Ulusal Sağlık Politikası*, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1993, s.51-52.

⁵⁶¹ Marc J. Roberts, vd., *a.g.e.*, s.27.

⁵⁶² Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje*, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1992, s.31.

sözleşmesi yapmak açısından kamu ve özel hastanelerin hiçbir farkı olmayacak, Bölge Sağlık İdareleri kaliteli ve kalitesi oranında uygun fiyatla hizmeti sunan hastane ile sözleşme yapacaktır. Bu durum hastaneler arasında hizmet açısından rekabet yaratacaktır.”

Yukarıdaki paragrafta (Sağlıkta Mega Projede) yer alan bilgilere ek olarak Ulusal Sağlık Politikası ile 2000 yılına kadar uygun maliyette ve kalitede “otonom” birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan hastanelerin kurulacağı belirtilmiştir. Sağlıkta Mega Projede isimli belgede hastanelerde maliyet kavramının gelişmediği ve maliyet muhasebesi tekniklerinin uygulanmadığı, profesyonel hastane yöneticiliğinin yerleşmediği ifade edilerek verimlilik kriterlerinin işlemediği bir örgüt yapısından şikâyet edilmiştir. Ayrıca hastanelerin işlerini sürdürmesinde verimlilik kriterlerinin esas alınması, gerçek fiyatların maliyet üzerinden hesaplanması, verimsiz hastanelerin ‘kapatılması’ gerektiği vurgulanmıştır.⁵⁶³

Ulusal Sağlık Politikası ile verimlilik esası çerçevesinde çalışanların katkıları doğrultusunda ücretlendirilmesi, pilot uygulamaların başlatılması ve yine verimlilik çerçevesinde hastanelerin özertleştirilmesi planlanmıştır. Bu doğrultuda sağlık hizmetlerinin finansmanı için sağlıkta kaynak kullanımının ihtiyaca göre yapılması, kaynak kullanımının eşitlik çerçevesinde planlanması gerekmektedir. Nihayetinde finansman ve hizmet sunumunun aynı birimde yer alması verimsizlik meydana getirmekte ve bundan dolayı kaynak kullanımının yerelleşmesi gerektiği belirtilmektedir.⁵⁶⁴ Hastanelerin harcama birimi haline getirilmesinden sonra merkezi bütçe yerine sağlık finansmanının özerk bir harcama birimi üzerinden karşılanması planlanmıştır. Bu çerçevede SSK ve Sağlık Bakanlığı hastaneleri idari ve mali özerkliklerine kavuşacaktır. Ancak daha önce parçalı yapıda bulunan tüm hastanelerin Sağlık Bakanlığı’na geçmesi gerekmektedir. SSK’nin faaliyetleri gereği hastane işlemlerinden ayrı tutularak yeniden örgütlenmesi ile bu sorun çözülecektir.⁵⁶⁵ Ancak sözü geçen reformlar sağlık hizmetlerinde ancak köklü bir dönüşüm ile mümkün görünmektedir. Bu dönüşüm de aşağıda ele alınacağı üzere kamu hastanelerinden başlatılmaktadır.

Yeni Kurumcu İktisat Teorisi’ne göre sağlıkta dönüşüm için hükümete kurumsal düzenleme rolü verilmesi ile aynı zamanda bu düzenlemelerin özel sektör için ilaç gibi olacağından bahsedilmişti. Bu doğrultuda hastanelerin dönüşümü için de gerekli

⁵⁶³ Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, *Ulusal Sağlık Politikası*, Ankara, 1993, s.51-55.

⁵⁶⁴ a.k.

⁵⁶⁵ Finansal açıdan yönetim organı haline gelecek olan SSK, bu anlamda kamu tüzel kişiliğine sahip olmalıdır. Marc J. Roberts, vd., *a.g.e.*, s.40.

mevzuat düzenlemesi ile önemli adımlar atılmıştır. Örneğin 1987 yılında çıkarılan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun⁵⁶⁶ 3. maddesinde sağlık hizmeti sunan kamu ve özel sağlık kuruluşlarının 'işletilmesi' ifadesine yer verilmiş; Kanun'un 5. maddesi sağlık işletmesi başlığı altında yeterli işletme büyüklüğüne sahip olmayan hastanelerin birleştirilebileceğini hükme bağlamıştır. Aynı maddenin c bendinde yer alan "kuruluşun kapasitesi, niteliği, verilen hizmet, tedavi edilen kişi sayısı, sağlık işletmesine katkısı dikkate alınarak..." ifadesi ise hastaneleri tıpkı birer ticari işletme gibi göstermektedir. Bu gelişmeler sağlık hizmetlerinin piyasa ilişkileri doğrultusunda dönüşümünü göstermesi bakımından önemli görülmektedir.

Tezin geneline taşındığı üzere sağlığın kamusal niteliği tartışmaları ile kamu hastanelerinin dönüşümü arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır. Burada vurgulanmak istenilen Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin kamu yararı ilkesi çerçevesinde kâr amacı gütmeyen kuruluşlar olarak örgütlenmiş olmalarıdır. Ancak dönüşüm ile işletme olarak görülen hastaneler kâr temelli bir örgütlenme çerçevesinde yeniden yapılandırılmak istenmiştir.⁵⁶⁷ Kâr temelli örgütlenme sağlığa ilişkin devlet desteğinin azaltılması ve aynı zamanda devletin hastanelere personel gideri dışında bir bütçe ayırmamasına, hastanelerin döner sermayelerini daha da genişletmelerine ve vatandaşların hizmetleri satın aldığı bir yapıya neden olmuştur.

1. Bütçe Dışı Araç Olarak Döner Sermaye Uygulaması

Tezin bu başlığında kamu hastanelerinin döner sermaye uygulaması üzerinden piyasa ilişkileri doğrultusunda geçirdiği dönüşüm ele alınırken bu konu daha çok örgütlenme üzerinden yürütülmüştür. Daha önce de ele alındığı üzere sağlık hizmetlerine olan talebin artırılması ile (DB'nin Türkiye için yayınladığı rapor çerçevesinde) özel sektörden mal ve hizmet alımı da artmıştır. Bu doğrultuda aşağıda hastanelerin döner sermaye uygulaması üzerinden dönüşümü, kamu hastanelerine yapılan müracaat sayısındaki artış, ameliyat sayısı ve tedarik edilen tıbbi cihazlar gibi veriler ile bağlantılı olarak analiz edilmiştir.

Döner sermaye tanım itibarıyla "kamu maliyesi alanında belirli ve sürekli bir amacı gerçekleştirebilmek için genel ya da katma bütçeden, azaltılmamak koşuluyla, bir kuruluşa ya da işletmeye verilen belli miktardaki anaparadır." Sağlık Bakanlığı'nda

⁵⁶⁶ 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, RG: 15.05.1987, Sayı: 19461.

⁵⁶⁷ Sağlık alanında sözleşmeli personel uygulaması, performansına göre ücret ödenmesi yeni kamu işletmeciliğinin sağlık alanındaki yansımalarının diğer örnekleri olarak değerlendirilebilir. İpek Özal Sayan ve Aziz Küçük, "Türkiye'de Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği", *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, Cilt:67, No:1, 2012.

döner sermaye uygulaması ise ilk kez 1961 yılında 209 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun⁵⁶⁸ ile gerçekleştirilmiştir. Söz konusu uygulama ile 1960-1980 yılları arasında hastanelere devlet tarafından yapılacak yardımın esaslarının belirlenmesi ve hastanelerin bürokratik işlerden kurtulması amaçlanmıştır. Ancak döner sermaye uygulamasının hastanelerin piyasa ve kâr unsurları üzerinden bir sisteme doğru evrilmesi 1983 yılında çıkarılan 2903 sayılı Kanun⁵⁶⁹ ile gerçekleştirilmiştir.

1989 yılında çıkarılan 375 sayılı KHK⁵⁷⁰ ile sağlık personeline döner sermayenin %50'sine kadar ek gelir ödenebileceği ve dışardan personel çalıştırılabileceği hükmü getirilmiştir. Döner sermayenin ne kadar önemli bir husus olduğu 2001 yılındaki düzenlemede⁵⁷¹ yer aldığı üzere “elde edilen gelirin belirli bir rakamın altına düşmesi halinde hastanelerin birleştirilebileceği” hükmünden de anlaşılmaktadır. Yine aynı düzenleme ile birinci basamak sağlık kuruluşlarının döner sermaye kurmasına izin verilmiş; 2002 yılında ise Kamu İhale Kanunu çıkarılmış bu kanuna tabi kuruluşlar içinde hastaneler de yer almıştır. Bu doğrultuda dışardan satın alınacak hizmetler ise şu şekilde sıralanmıştır.⁵⁷²

“Bakım ve onarım, taşıma, haberleşme, sigorta, araştırma ve geliştirme, muhasebe, piyasa araştırması ve anket, danışmanlık, tanıtım, basım ve yayım, temizlik, yemek hazırlama ve dağıtım, toplantı, organizasyon, sergileme, koruma ve güvenlik, meslekî eğitim, fotoğraf, film, fikrî ve güzel sanat, bilgisayar sistemlerine yönelik hizmetler ile yazılım hizmetlerini, taşınır ve taşınmaz mal ve hakların kiralınmasını ve benzeri diğer hizmetleri...”

Hastanelerin döner sermayeden sağlayacağı gelir, onları idari ve mali özerkliğe taşıyacaktır. Döner sermaye kapsamında pilot olarak seçilen on hastane için mesai saatleri dışında ücret karşılığında hasta kabul edilmesi kararlaştırılmıştır. 2003 Mali Yılı Bütçe Kanunu sağlık hizmetlerinin kaliteli ve verimli sunulabilmesi gerekçesiyle yapılan düzenlemenin yanı sıra sağlık personeline yapılacak ek ödemeler ve bazı

⁵⁶⁸ Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun, RG: 09.01.1961, Sayı: 10702.

⁵⁶⁹ 4/1/1961 Tarihli Ve 209 Sayılı Sağlık Ve Sosyal Yardım Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanunun 3.Cü Maddesinin Değiştirilmesi Ve Bu Kanuna Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun, RG: 29.09.1983, Sayı: 18176.

⁵⁷⁰ 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu, 926 Sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri Personel Kanunu, 2802 Sayılı Hakimler Ve Savcılar Kanunu, 2914 Sayılı Yükseköğretim Personel Kanunu, 5434 Sayılı T.C. Emekli Sandığı Kanunu İle Diğer Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması, Devlet Memurları Ve Diğer Kamu Görevlilerine Memuriyet Taban Aylığı Ve Kıdem Aylığı İle Ek Tazminat Ödenmesi Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, RG: 30.06.1989, Sayı: 20211 Mükerrer.

⁵⁷¹ 4618 Sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanunun Bazı Maddeleri ile 190 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin Eki Cetvellerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, RG: 23.01.2001, Sayı: 24296.

⁵⁷² 4734 Sayılı Kamu İhale Kanunu, RG: 22.01.2002, Sayı: 24648.

hizmetlerin döner sermayeden karşılanmasını da içermiştir.⁵⁷³ Yine bu tarihlerde sağlık personeli tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetlerin bedeli döner sermayeden ödenmek üzere Bakanlık yoluyla satın alınabileceği hükmü getirilmiştir.⁵⁷⁴ Böylelikle döner sermaye uygulaması ilerleyen zamanlarda hastanelerin “işletilmesine” yönelik olarak hastane giderlerinin döner sermayeden karşılanmasına neden olmuştur. Örneğin muayene, teşhis, tedavi, laboratuvar, tetkik ve tahlil işleri; aşı, ilaç, serum, insan kanı ve kan ürünleri ve danışmanlık gibi faaliyetlerden doğan gelirler döner sermayeye işlettirilmektedir.

2004 yılında ise Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usûller⁵⁷⁵ ile döner sermaye bütçesinde yer alan hizmetler için dışardan hizmet satın alınabileceği hükmü getirilmiştir. Aynı hizmeti Bakanlık personelinin de yapabilmesine rağmen böyle bir uygulamayla özel sektörden hizmet temin edilmesinin amaçlandığı ifade edilebilir. Dolayısıyla sağlık tezin teorik çerçevesinde de ele alındığı üzere özel sektör için bir yatırım alanı olarak devlet tarafından kurumsal düzenlemelere konu olan bir alan haline gelmiştir. Bu durum aşağıda ele alınan birtakım veriler üzerinden de somutluk kazanmaktadır. Örneğin, SDP kapsamında hastanelerin Sağlık Bakanlığı altında birleştirilmesi ile (tek çatı) tedavi hizmetlerinde yaşanan gelişmeler sonrası hekim başına düşen günlük hasta sayısı iki buçuk kat artmıştır.⁵⁷⁶ Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde yapılan muayene sayısı 2002 yılında yüz on milyon iken 2009 yılında iki yüz yirmi sekiz milyona yükselmiştir.⁵⁷⁷ Sağlık hizmetleri kullanımının artması sonucunda kamu hastanelerinin özel sektörden temin ettiği cihazlar da artmıştır.

Tezin ilk bölümünde de ele alındığı üzere sağlık hizmetlerine erişim çerçevesinde yapılan reform, erişimin artmasını sağlarken diğer taraftan sağlık harcamalarının özel sektöre kaymasını da tetiklemiştir. Bir başka ifadeyle özel sektör için harcama değeri haline gelen sağlık, devletin üretmediği cihazları özel sektörden temin etmesine neden olmuştur. Dahası bu cihazlar ithal edilerek sağlık harcamaları

⁵⁷³ 2003 Malî Yılı Bütçe Kanunu RG:31.03.2003, Sayı: 25065 Mükerrer.

⁵⁷⁴ 4924 Sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, RG: 24.07.2003, Sayı: 25178.

⁵⁷⁵ Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usûller, RG: 05.05.2004, Sayı: 25453.

⁵⁷⁶ Sağlık Bakanlığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı, *2009 Yılı İdari Faaliyet Raporu*, Ankara, 2010, s.64.

⁵⁷⁷ a.k.

çokuluslu şirketlere kaydırılmıştır. Aşağıdaki tablo ise Sağlık Bakanlığı'nın tıbbi cihaz kullanımı verilerine⁵⁷⁸ göre hazırlanmıştır.

Tablo 20: Sağlık Bakanlığı Yatak ve Tedavi Cihazı Sayısı⁵⁷⁹

	1994	2002	2011	2014	2015
Toplam Yatak	103.000	107.394	121.297	123.690	122.331
Yoğun Bakım Yatağı	209	869	9.581	11.672	12.542
Yanık Yatağı	21	35	367	390	
Nitelikli Yatak Sayısı	5.584	6.839	38.272	50.587	55.78
Nitelikli Yatak Sayısının Toplam Yatak Sayısına Oranı	%5	%6	%31	%41	%45
USG (Ultrasonografi)	226	495	2.125	4.546	
Bilgisayarlı Tomografi	35	121	446	507	617
MR	1	18	273	244	366
Diyaliz	769	1.510	4.481	4.557	5.115

Yukarıdaki tabloda da görüldüğü üzere Sağlık Bakanlığı'nın sahip olduğu hasta yatağı ve tıbbi cihaz sayısında ciddi bir artış yaşanmıştır. Ancak yapılan araştırmalar sonucunda Sağlık Bakanlığı'nın SSK hastanelerini devralması ile birlikte 2006 yılı itibariyle hasta yatak sayısı 130.000 olmasına rağmen⁵⁸⁰ yatak sayısı 120.000'lerde kalmıştır. Bu durumda şöyle bir sonuç ortaya çıkmaktadır: Bu durum hasta yatağının hastanelerdeki yenilenme durumunun geri planda bırakılarak nitelikli hasta yatağına önem verildiğini göstermektedir. Sağlık Bakanlığı mevcut hasta yataklarının en az %81'inin nitelikli hasta yatağına dönüştürüleceği duyurusunu⁵⁸¹ yapması da önceki cümleyi doğrulamaktadır. Sonuç olarak nitelikli hasta yatağı, hasta odalarının özel hastanelerdeki gibi bir dönüşüm geçirmesi anlamı taşımaktadır.

Türkiye'de sağlık yatırımlarının gelişimi başlığında da ele alındığı üzere kalkınma planlarında hasta yatak sayısının fazlalığından şikâyet edilirken her iki hasta

⁵⁷⁸ Sağlık Bakanlığı, *2015 Yılı Bütçe Sunum Konuşması*, Ankara, 2014, s.65.

⁵⁷⁹ Sağlık Bakanlığı, *a.g.e.*, 2011. 2015 yılı için yatak sayısı 122.331, Bilgisayarlı Tomografi 484, MR sayısı ise 267 olarak bulunmuştur. TÜİK, *Sağlık İstatistikleri*, 2015.

⁵⁸⁰ 2005 yılında SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devri ile bu kuruma ait olan hastaneler (146 hastane 32.438 yatağı ile) de Bakanlığa geçmiştir. 2006 yılı itibariyle Sağlık Bakanlığı ve SSK hastaneleri toplamının 769 hastane ile bu hastanelere ait 133.000 yatak olduğu belirlenmiştir. Türkiye Kalkınma Bankası, *Yataklı Tedavi Kurumları*, Ankara 2005. Sağlık Bakanlığı, *Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2006*, Ankara, 2007. Sağlık Bakanlığı'nın verileri ile diğer kamu kurum ve kuruluşlarının verilerinin birbirini doğrulamadığı ifade edilmelidir.

⁵⁸¹ Nitelikli hasta yatağı içinde banyosu, tuvaleti, televizyonu vb. ve en fazla iki hasta yatağı bulunan odaları tanımlamak için kullanılmaktadır. "Hastanelere Özel Yatak", <http://www.saglikaktuel.com/haber/hastanelere-ozel-yatak-6269.htm>, (18.05.2017).

yatağından birinin verimsiz kullanıldığı ifade edilmiştir. Bu durumda sağlıkta dönüşüm teşhise dayalı sağlık hizmetleri ile tıbbi cihazlara dayalı tetkiklere önem vermekte burada doktorun bilgi ve eylemleri ise ikincil düzeyde kalmaktadır. Teknolojiye bağlı olarak sürekli değişen tıbbi cihazların ihtiyaç dışında temin edilmesi ve bu cihazlara dayalı teşhisi yaygınlaştıran sağlık politikası sağlık harcamalarını da artırmaktadır.⁵⁸² Bu doğrultuda OECD ülkelerinde en çok Manyetik Rezonans (MR) ve Tomografi cihazı kullanan ülke sıralamasında Türkiye'nin ilk sırada yer aldığını⁵⁸³ hatırlatmak gerekmektedir. Ayrıca tedavi edici hizmetlere yapılan her yatırım aynı zamanda koruyucu sağlık hizmetlerine daha az önem verildiğini göstermektedir.

Tablo 21: Kamu Hastanelerinde Yapılan Ameliyat Sayısı⁵⁸⁴ (Milyon)

	2002	2003	2005	2006	2008	2009	2010	2011	2013	2014	2015
Sağ. Bak.	1.072	1.130	1.690	1.985	2.464	1.830	2.039	2.209	2.415	2.445	2.364
Üniv.	307	326	452	508	638	547	577	617	716	766	801
Top.	1.379	1.456	2.142	2.493	3.102	2.377	2.616	2.826	3.131	3.210	3.165

Yukarıdaki tabloda kamu hastanelerinde yapılan ameliyat sayıları yer almıştır. Buna göre 2011 yılında hastaneye müracaat edenlerin ameliyat oranları 2002 yılına göre kamu hastanelerinde azalırken Bakanlık verilerine göre ameliyat oranları özel hastanelerde⁵⁸⁵ artmıştır.⁵⁸⁶ Yıllar itibariyle ameliyat sayısının artması ise olağan bir durumdur. Çünkü 2002 yılında Türkiye nüfusu altmış milyon iken üniversite hastanelerinin sayısı ellidir. 2015 yılı itibariyle yetmiş sekiz milyon nüfus varken üniversite hastanesi sayısı ise yetmişe çıkmıştır. Aynı şekilde Sağlık Bakanlığı hastane sayısı 2002 yılında yedi yüz yetmiş dört iken 2015 yılında sekiz yüz altmış beşe çıkmıştır.⁵⁸⁷ Ancak burada vurgulanması gereken şey kamuda yapılan ameliyat sayısı

⁵⁸² Türkiye'de tıbbi cihaz ithal eden firma sayısı 2131 iken; yaklaşık bir milyon dört yüz bin tıbbi cihaz çeşidi bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı, *Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Stratejik Planı 2013-2017*, Ankara, 2013, s.50. Tıbbi cihaz üretici ve tedarikçileri ise bu sayının üç milyonu geçtiğini ifade etmektedir. TİTUBB'a kayıtlı 8.456 firma bulunmaktadır (1.333 yerli üretici; 2.269 ithalatçı, 4.944 bayi). Aynı şekilde TİTUBB'a kayıtlı yerli tıbbi cihaz sayısı 1.208.121 iken; 1.786.474 cihaz ise ithal edilmektedir. *Türkiye Tıbbi Cihaz Sektörü Raporu Mevcut Durum, Sorunlar ve Öneriler*, Ankara, 2013, s.11.

⁵⁸³ "MR'da Avrupayı'da OECD'yi de Geride Bıraktık", <http://www.haberturk.com/saglik/haber/1337908-mrda-avrupayida-oecd-yi-de-geride-biraktik>, (18.05.2017).

⁵⁸⁴ Sağlık Bakanlığı verilerinden hazırlanmıştır.

⁵⁸⁵ 2002 yılı itibariyle özel hastanelerde 0,219 bin olan ameliyat sayısı 2015 yılı itibariyle 1,588 bine ulaşarak %528 oranında bir artış gerçekleşmiştir. Söz konusu dönemde Sağlık Bakanlığı hastanelerinde aynı oran %108 civarındadır. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014*, Ankara, 2015.

⁵⁸⁶ 2002 yılında Sağlık Bakanlığı hastanelerinde yapılan ameliyat sayısı 1.072.47 iken özel hastanelerde 218.837 olmuştur (oran %20'dir). 2011 yılında ise Bakanlık hastanelerinde 2.209.326 kişi ameliyat edilirken özel hastanelerde 1.373.774 bin kişi ameliyat olmuştur. Oran ise %62 olmuştur. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistik Yıllığı 2011*, Ankara, 2012.

⁵⁸⁷ Sağlık Bakanlığı verilerinden elde edilmiştir.

artarken aynı zamanda oransal açıdan da bir düşüş yaşanmasıdır.⁵⁸⁸ Bu düşüş küçük gibi görünse de vatandaşların özel hastanelere geçiş yaptığını göstermektedir.⁵⁸⁹ Bu durumu kamu ve özel sektörün sahip olduğu ameliyathane sayısı doğrulamaktadır. Örneğin, 2015 yılı itibariyle⁵⁹⁰ Sağlık Bakanlığı'nın ameliyathane sayısı 810 iken özel hastanelerin sahip olduğu ameliyathane sayısı 796'dır.⁵⁹¹ Bu verilerin ne anlama geldiğini hastane sayısından da anlamak mümkündür. Yukarıda ele alındığı üzere özel hastane sayısının Sağlık Bakanlığı'nın sahip olduğu hastaneden daha az olduğu düşünüldüğünde ameliyat olma oranlarının özel hastanedeki artışı anlamlı hale gelmektedir.

Yukarıdaki tablolarda da görüldüğü üzere Sağlık Bakanlığı'nın sahip olduğu yatak ve tıbbi cihazların sayısında artış, nitelikli yatak sayısında iyileşmeler ile birlikte değerlendirildiğinde ameliyat sayısındaki düşüş çelişkili görülmektedir. Bu doğrultuda tıbbi cihazların ithal edilmesi⁵⁹² ve pahalı olan cihazların temini konusunda özel sektörden yararlanılmasının verimliliği nasıl artıracığı merak edilen bir konudur.⁵⁹³ Çünkü tezde sağlık reformunun taşıyıcısı olarak DB başlığında ele alındığı üzere DB raporlarında sağlık hizmetlerinin gelişmesi için özel sektörden yararlanılması gerektiği ileri sürülmüştür. Eğer tıbbi cihaz alımının artırılması vatandaşların kamu hastanelerinden özel sektöre geçişini durduracak bir konu olarak görülüyorsa o zaman özel sektör ile rekabet durumu yaşanacaktır. Ancak hem özel sektörün gelişimine destek vermek hem de onunla rekabet halinde olmak bu ikisinin bir arada olamayacağını göstermektedir.⁵⁹⁴

Türkiye'de tıbbi cihaz alımı Sağlık Bakanlığı'nın gerçekleştirdiği ihaleler üzerinden yapılmaktadır. Örneğin alanda yapılan görüşmeler neticesinde Sağlık

⁵⁸⁸ 2002-2015 yılları arasında yapılan ameliyathane, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde %0,86 üniversite hastanelerinde ise %2,5 oranında gerilemiştir.

⁵⁸⁹ 2015 yılı itibariyle özel hastanelerde yapılan ameliyat sayısı 1.604.000 iken Sağlık Bakanlığı'nda ise 2.364.000'dir. Böylelikle oran da %68'e kadar çıkmıştır. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistik Yıllığı 2015*, Ankara, 2016.

⁵⁹⁰ Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistik Yıllığı 2015*, Ankara, 2016.

⁵⁹¹ 2002 yılına ait ameliyathane bilgilerine ulaşamamıştır.

⁵⁹² Kamu Hastane Birlikleri özel sektörden mal ve hizmet alımı için toplu ihale açarak uluslararası firmaların karşılayabileceği miktarda ihaleler yapmaktadır. Bu durum küçük işletmelerin ihaleye girmesine dolayısıyla yerli ürün ve üreticilerin ihale sürecinde şansı olmadığı anlamına gelmektedir. Örneğin tıbbi ilaç sektörünün sadece %15'i yerli üretim ile sağlanırken %85'i yabancı firmaların ithal ettiği ürünlerle karşılanmaktadır. TÜMDEF Genel Koordinatörü S.A. ile 10.01.2017 tarihinde yapılan görüşmeden elde edilen bilgilerden oluşmaktadır.

⁵⁹³ Daha fazla tıbbi alet temin edilerek sağlık hizmetlerinde kaliteli bir hizmet sunumunun mümkün olduğunu iddia etmek doğrulanabilir bir iddia olmaktan uzaktır.

⁵⁹⁴ İşte böyle bir durum tezde Kamu Özel Ortaklığı başlığında ele alınacağı üzere sağlık arzının sunumu noktasında devleti ve özel sektörü bir tarafta vatandaşı ise diğer tarafta bırakan bir anlaşmaya neden olmaktadır.

Bakanlığı'na Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü gelirlerinden aktarılan para ile bir Çin firmasından iki bin adet ultrason cihazı alındığı bilinmektedir. Türkiye'nin ultrason ihtiyacı beş yüz civarında iken tam dört katı fazla cihaz satın alınmıştır. Ayrıca satın alınan cihazlar iki yıl içinde kullanılamaz hale gelmiş ve depolarda çürümeye bırakılmıştır.⁵⁹⁵ Daha önce ele alındığı üzere sağlıkta dönüşüm, özel sektörden mal ve hizmet temininin sağlık hizmetlerine erişimi artıracak ve maliyetleri azaltacağı varsayımına dayanmıştır. Bu durumda ihtiyaç olmadığı halde fazladan cihaz alımı ve bu cihazların çürümeye terk edilmesi nasıl bir politika ile açıklanabilir? Özel sektörden temin edilen malzemelere kaynak aktarmak ve bunları kullanmamak sağlıkta maliyet etkin politikalar söylemini gölgede bırakan uygulamalar olarak görülebilir. Bu durum özel sektörden mal ve hizmet alımı konusunun daha detaylı bir şekilde ele alınmasını gerektirmektedir.

2. Döner Sermaye Üzerinden Hastanelerin Mal ve Hizmet Alımı

DB, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi noktasında özel sektörden yararlanılması gerektiğine yönelik raporlar yayınlamış ve bu durum Türkiye'de kamu sağlık hizmetlerinde dış kaynak kullanımını⁵⁹⁶ artırmıştır. Bu çerçevede kamu hastanelerinin çekirdek sağlık hizmeti dışında kalan hizmetlerinin (özel sektör üzerinden temin edilmesi) DB'nin sağlıkta dönüşüm politikasına uygun olarak yürütülmesi planlanmıştır. Burada nihai amacın sağlık hizmetlerinde kaliteyi geliştirmek ve kamunun ürettiği hizmetleri sınırlandırarak kamu harcamalarında maliyet etkin politikalara yönelmek olduğu düşünülmektedir.

Tablo 22: SGK'nin Hastane Hizmetlerine (Kamu ve Özel) Yaptığı Harcamalar⁵⁹⁷

Yıl	2002	2003	2005	2006	2007	2008	2011	2012	2013
TL	7.946	10.782	14.634	19.890	24.688	28.119	32.831	38.417	43.368
GSYH	2,3	2,4	2,3	2,6	2,9,	3,0	2,5	2,7,	2,8

⁵⁹⁵ SADER ile 13.12.2016 tarihinde yapılan görüşme sonucu elde edilen bilgilere dayanarak hazırlanmıştır.

⁵⁹⁶ Hastanelerin mal ve hizmet alımı konusu literatürde dış kaynak kullanımı (outsourcing) olarak da bilinmektedir. Dış kaynak kullanımı, işletmelerin uzmanlık alanına girmeyen konularda uzmanlaşmış işletmeler aracılığıyla mal ve hizmetlerin gerekli kalite ve standartlara uygun bir biçimde temin edilmesi olarak tanımlanmaktadır. İstanbul Ticaret Odası, *İşletme Yönetiminde Yeni Eğilimler Dizisi Sorularla Dış Kaynak Kullanımı*, Yayın No: 2004-27, İstanbul, 2004, s.6.

⁵⁹⁷ SGK, *Sağlık İstatistikleri*, 2016. 2014 yılında 54.000, 2015 yılında ise 59.000 olarak gerçekleşmiştir.

Yukarıdaki tabloda 2002-2013 yılları arasında hastane hizmetlerine yapılan harcamalar gösterilmektedir. Sağlık harcamalarının önemli bir kısmı cari harcamalara ayrılmakta yatırım harcamaları ise sınırlı bir düzeyde kalmaktadır. Tabloda sağlık harcamalarının söz konusu dönem içinde yaklaşık olarak beş kat arttığı görülmektedir. Ancak nominal ve reel olarak hesaplamaların daha doğru yapılması adına dolar üzerinden bir karşılaştırma yapılacak olursa; 2002 yılında 5.277 dolar olan harcama tutarı 2013 yılına gelindiğinde 22.810 dolara yükselmiştir. Bu durumda 2002-2013 yılları arasında yapılan sağlık harcamalarında 3,3 kat artış yaşanmıştır. Bu artış hastanelerin döner sermayeleri aracılığı ile yaptığı sağlık harcamaları üzerinden daha detaylı bir şekilde incelenebilir. Ayrıca hangi mal ve hizmetlerin özel sektörden temin edildiği belirlenirse harcamaların içeriği hakkında analiz de yapılabilir. Bu analizi yapabilmek adına aşağıda Sağlık Bakanlığı ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (TKHK) verileri ele alınmıştır. Ayrıca alanda yapılan görüşmeler neticesinde Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin mal ve hizmet satın alma verileri elde edilmiş; özel hastaneler için ise satın alma ve malzeme müdürleri ile görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

Kamu İhale Kurumu verilerine göre belediyelerden sonra en fazla mal ve hizmet alımı gerçekleştiren kurum Sağlık Bakanlığı'dır. Sağlık Bakanlığı, Kamu İhale Kanunu kapsamında hizmet alımları gerçekleştirmekte ve ilanlarını Kamu İhale Kurumu'nun web sitesinden duyurmaktadır. Hizmetler genellikle kiralanmakta ve bu hizmetler için bir yıl ile üç yıl arasında sözleşme yapılacağı belirtilmektedir. Kamu İhale Kurumu'nun web sitesinden elde edilen bilgiler doğrultusunda ihaleye verilen hizmetler şu şekilde sıralanabilir:⁵⁹⁸

- Nükleer tıp hizmeti,
- Yeni doğan tarama hizmeti,
- Laboratuvar hizmeti,
- Fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmeti,
- Kanser tarama işlemleri, radyasyon onkolojisi,
- Ultrason, doppler, teleradyoloji, tomografi alımı, mamografi hizmeti alımı, dijital röntgen hizmeti alımı,

⁵⁹⁸Kamu İhale Kurumu, "Sağlık Bakanlığı İhale İlanları", <https://ekap.kik.gov.tr/EKAP/YeniIhaleArama.aspx>, (20.10.2016).

- Alerji testi, sterilizasyon hizmeti,
- Ağız ve diş sağlığı hizmetleri, ilaç hazırlama hizmeti,
- Klinik destek personeli hizmeti, radyoloji kliniği MR ve ultrasonografi alımı.

Yukarıda sayılan hizmetlerin bir kısmı satın alınmakta bazen de hizmetler belirli süreler için kiralanmaktadır. Örneğin Adıyaman Kamu Hastaneler Birliği, Eğitim ve Araştırma Hastanesi için 175 güvenlik personeline on bir ay için ihtiyaç duymuş ve ihaleye çıkmıştır. Denizli Devlet Hastanesi iki yıl için ev hemodiyaliz alımı, Haydarpaşa Hastanesi ise yaşlı bakımı ve hasta bakımı hizmet alımı ihalesine çıkmıştır. Hasta taşıma, karşılama, yönlendirme ve danışmanlık gibi hizmetler için de ihaleye çıkmaktadır. Yukarıda sayılan hizmetler Sağlık Bakanlığı'nın özel sektörden hizmet satın alma yoluyla vatandaşlara sunduğu hizmetleri göstermektedir.

Sağlık Bakanlığı 2013 yılında 10.742 adet kamu alımı için 6.341.930 TL ödeme yapmıştır.⁵⁹⁹ Kamu alımlarının dağılımına bakıldığında ise 6.905 mal alımı, 712 yapım işi ve 3.251 adet hizmet alımı gerçekleştirildiği görülmektedir. 2014 yılı verilerine göre⁶⁰⁰ Sağlık Bakanlığı 4734 sayılı Kanun kapsamında 12.099 adet mal ve hizmet temininde bulunurken -on bir tane ihale de Kanunun istisnası olmak üzere- toplam 12.984.069 milyar TL harcama gerçekleştirmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın ilan ettiği 10.962 ihalenin; 7.142'si mal alımı, 900'ü yapım işi, 2.920'si ise hizmet alımından oluşmaktadır. 2015 yılında Sağlık Bakanlığı 10123 ihale için 10.835.105 TL harcama gerçekleştirmiştir.⁶⁰¹ İhaleye çıkılan mal alım sayısı ise yedi bine yaklaşmıştır. 2016 yılı için altı aylık olarak yayımlanan⁶⁰² Kamu İhale Kurumu raporunda ise 5677 ihale için 11.357.896 milyar lira harcama yapılmıştır. İlk altı aylık dönemde bir yıl önceki yıllık harcamaya ulaşılması gibi bir durum söz konusu olmuştur. Bu da bize 2016 yılı için Sağlık Bakanlığı'nın yirmi iki milyar liraya yakın harcamada bulunacağını göstermektedir.

⁵⁹⁹ Kamu İhale Kurumu, *Kamu Alımları İzleme Raporu 2013*, Kurumsal Gelişim ve Araştırma Dairesi Başkanlığı, Ankara, 2014.

⁶⁰⁰ Sosyal Güvenlik Kuruluşu ise beş yüz elli beş ihale için 5.892.461 Türk Lirası harcama gerçekleştirmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın gerçekleştirdiği 762 ihale için ise Kamu İhale Kurumu'na şikayet başvurusu yapılmıştır. Kamu İhale Kurumu, *Kamu Alımları İzleme Raporu 2014*, Kurumsal Gelişim ve Araştırma Dairesi Başkanlığı, Ankara, 2015.

⁶⁰¹ Kamu İhale Kurumu, *Kamu Alımları İzleme Raporu 2015*, Kurumsal Gelişim ve Araştırma Dairesi Başkanlığı, Ankara, 2016.

⁶⁰² 2016 yıllık verileri ikinci altı aylık alımların yapılması ile netleşecektir. Kamu İhale Kurumu, *Kamu Alımları İzleme Raporu (Ocak-Ağustos) 2016*, Kurumsal Gelişim ve Araştırma Dairesi Başkanlığı, Ankara, 2016.

2014 ve 2015 yılı verileri karşılaştırıldığında Sağlık Bakanlığı'nın mal alım oranının arttığı görülmektedir. Aynı zamanda mal, hizmet ve yapım işleri için harcanan tutar da ise neredeyse iki kat artış yaşanmıştır. Kamu İhale Kurumu'ndan elde edilen harcama verilerine göre Sağlık Bakanlığı'nın mal, hizmet ve yapım işleri ihaleleri için ayırdığı bütçenin yıllar itibariyle artış gösterdiği görülmektedir. Sağlık Bakanlığı her yıl mal alımına ilişkin daha fazla harcama gerçekleştirmektedir (Burada yer alan verilerden sağlık hizmet alımının Sosyal Güvenlik Kuruluşu üzerinden gerçekleştirildiği anlamı da çıkarılabilir). Öyle ki Sağlık Bakanlığı 2016 yılının ilk altı ayında mal alımına daha fazla kaynak ayırmıştır. Söz konusu dönemde gerçekleşen ihalelerin yarısından fazlası (3,347) mal alımı için yapılmıştır.

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun bütçe gerçekleştirmeleri ele alındığında ise;⁶⁰³ laboratuvar hizmet alımı, yemek hizmet alımı, tıbbi atık hizmet alımı ve görüntüleme hizmet alımına 2012 yılında 4.461.754.693,30 TL harcama yapılmışken 2015 yılında 6.315.008.508,00 TL harcama yapıldığı görülmüştür. Medikal malzemeler, kırtasiye malzemeleri, laboratuvar malzemelerine ise 2012 yılında 3.950.188.293,81 TL harcama yapılmış, 2015 yılında ise bu tutar 5.237.771.997,00 TL'ye yükselmiştir.⁶⁰⁴

Kamu hastanelerinde kurum içinde üretilen hizmetler verimlilik ve maliyet gerekçesi ile özel sektörden temin etmeye, dış kaynak kullanımına dönüşmüştür. Özel sektörden mal ve hizmet alımının avantajları olduğu gibi kimi zaman da dezavantajları olduğu ifade edilmelidir. Alanda yapılan görüşmeler neticesinde yemek hizmetlerinin özel sektörden temin edilmesi, yemeklerde hijyen ve kalitenin artışı yönünde bir gelişme olarak görülürken hizmet alımlarının daha maliyetli olduğu ileri sürülmektedir.⁶⁰⁵ Yemek, temizlik ve güvenlik hizmetleri hastanelerin kadrolu personeli tarafından yerine getirilirken, aynı personel başka işlere kaydırılmıştır. Alanda yapılan görüşmelerde⁶⁰⁶ söz konusu personelin ihtiyaç fazlası olarak görüldüğü ve tabiri caizse getir götür işleri ile ilgilendiği bilgisine ulaşılmıştır. Hem özel sektörden taşeron

⁶⁰³ 2013 Yılı Bütçesiyle Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna 8.119.822.000,00 TL ödenek tahsis edilmiş, bu tutar merkezi yönetim bütçesinin % 1,83 üne karşılık gelmiştir. 2015 yılı bütçesiyle Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna 10.464.020.008,67 TL ödenek tahsis edilmiştir. Bu tutar Merkezi Yönetim Bütçesinin %1,91 ine karşılık gelmektedir. Bütçe dışında kalan döner sermaye işletmesinden aktarılan kaynaklar da dahil diğer yerlerden temin edilen 24.035.113.568,00 TL kaynak kullanılmıştır. Sayıştay Başkanlığı, *Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu 2015 Yılı Sayıştay Denetim Raporu*, 2016.

⁶⁰⁴ TKHK, *Sayıştay Denetim Raporları* 2012, 2013, 2015 yılı verilerinden elde edilmiştir.

⁶⁰⁵ Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Satın Alma Müdürlüğü personeli ile 10.01.2017 tarihinde yapılan görüşmeye dayanarak elde edilen bilgilerdir.

⁶⁰⁶ Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Satın Alma Müdürlüğü personeli ile 10.01.2017 tarihinde yapılan görüşmeye dayanarak elde edilen bilgilerdir.

firmaların personelini⁶⁰⁷ kullanmak hem de daha önce aynı hizmeti yerine getiren kurum personelini istihdam etmek kamu bütçesine bir yük olmaktadır.⁶⁰⁸

Konuya ilişkin olarak daha net bir çözümlenme yapmak gerekirse Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin özel sektörden mal ve hizmet alımı kapsamında yaptığı harcamalar aşağıdaki gibi sıralanabilir:⁶⁰⁹

Yemek, temizlik-dezenfektasyon, güvenlik, radyoterapi, kemoterapi, laboratuvar, görüntüleme (MR, ultrason, röntgen), veri hazırlama-sekreterlik, tıbbi atık, çamaşırhane, klinik mühendislik, teknik servis, yönlendirme-danışma ve yazılım hizmetleridir.

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin özel sektörden alınan mal ve hizmetler için yaptığı harcama tutarı 2016 yılı itibariyle 73.517.868 TL'dir. Hastanenin kadrolu personeline yapılan ödemeler 19.677.00 TL iken bu personele döner sermayeden 82.252.254 TL ödeme yapılmaktadır.⁶¹⁰ Hastane yönetimi personel giderlerinin diğer giderlere oranla fazla olduğunu belirtmektedir. Çünkü personel giderleri dışardan satın alınan mal ve hizmetler için ödenen tutarın %150'sini oluşturmaktadır. Hastaneye ayrılan yıllık bütçenin 317.000.000 TL olduğu düşünüldüğünde hizmet alım ve personel giderlerinin bütçenin büyük bir kısmını oluşturduğu ifade edilebilir.⁶¹¹ Hastane gelirlerini artıran unsurlar ise tedavi ve ameliyat yapılan hasta sayısının fazlalığı olarak belirtilmiştir. Hastanenin gelirini artıran diğer unsurlar ise şu şekilde ifade edilebilir:⁶¹²

⁶⁰⁷ "1990'lı yıllarda yaşanan ekonomik krizlere bağlı olarak IMF ile yürütülen Stand-By anlaşmaları kamu yönetiminin kaynak kullanımına yönelik birtakım baskı araçlarının kullanılmasını içermektedir. Öncelikle kamuda asli hizmet dışında çalışan personelin kadrolarından çıkarılarak söz konusu hizmetler için kurum dışından kaynak kullanımına gidilmesi gerektiği belirtilmiştir. Taşeron uygulamasının kamuya girdiği dönemlerde Sağlık Bakanlığı da söz konusu değişimden etkilenmiş ve Bakanlığa ilgili hizmetler için kadro tahsisi gerçekleşmemiştir. Bakanlık bu düzenlemenin dışında tutulsaydı şimdiki gibi personel sorunları ile uğraşılmayacaktı". Kalkınma Bakanlığı'ndan A.O.S. ile 17.01.2017 tarihinde yapılan görüşmeye dayanarak elde edilen bilgilerden oluşmaktadır.

⁶⁰⁸ Yapılan görüşmelerde kurumda daha önce aynı hizmetin ne kadara mal olduğu veya hizmete ne kadar ücret ödendiğine dair bir veri elde edilememiştir.

⁶⁰⁹ Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Satın Alma Müdürlüğü personeli ile 10.01.2017 tarihinde yapılan görüşmeye dayanarak elde edilen bilgilerdir.

⁶¹⁰ Burada taşeron firmadan kullanılan personel için yapılan ödemeye ilişkin bir veriye ulaşılamadığını da belirtmek gerekmektedir.

⁶¹¹ Yapılan görüşmeler sırasında bahsi geçen veriler hastane satın alma biriminin kullandığı muhasebe kayıtlarından elde edilmiştir.

⁶¹² Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi özel sektörden mal ve hizmet alımı için yıllık seksen civarında ihaleye çıkmakta ve bu ihalelerin bir kısmı doğrudan temin diğer kısmı ise pazarlık usulüne göre yapılmaktadır. Olağanüstü durumlarda ise pazarlık yöntemi ile mal ve hizmet alımı gerçekleştirilmektedir. 2016 yılı itibariyle yapılan alımların yalnızca on altısı pazarlık usulü ile gerçekleştirilmiştir. *a. k.*

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin kampüs alanındaki bazı yerleri hizmet alanı olarak özel sektöre metrekare ücreti üzerinden kiraya verilmektedir. Söz konusu hizmetler; kantin, bankamatik, kuaför ve oto yıkama alanı olarak sıralanabilir. Örneğin, hastanenin en büyük kantini 477 metrekareden oluşmaktadır. Buranın metrekare kirası 2017 yılı için 186,39 TL olarak belirlenmiştir. Kantinin aylık kirası 77.000 lira olup hastane söz konusu kantinden yıllık 924.000 TL kira geliri elde etmektedir.⁶¹³ Elde edilen kira gelirlerinin %40'ının personele yapılacak ödemelere ayrıldığı ifade edilmektedir.

Yukarıdaki örnekten de anlaşılacağı üzere DB'nin sağlık politikalarına uyumlu olarak özel sektörden dış kaynak kullanımı yoluyla alımlar gerçekleştirilmekte ve hastane alanında dahi özel sektöre yer verilmektedir. Ancak DB sağlık hizmetlerinin özel sektör aracılığı ile güçlendirilmesine yönelik politikalarını sağlıkta dönüşüm adı altında uygularken özel sektör sağlık sunucuları, bu politikaya uymamaktadır. Türkiye'de kamu hastanelerinin çekirdek sağlık hizmeti dışında ürettiği hizmetler dış kaynak kullanma yoluyla özel sektörden temin edilmektedir. DB politikalarına uygun olarak gerçekleştirilen mal ve hizmet alımları, maliyet ve verimlilik gerekçesiyle yapılmaktadır. Ancak Türkiye'de özel hastaneler çekirdek sağlık hizmeti sunmanın yanı sıra diğer hizmetlerini de dış kaynak kullanma aracılığıyla değil; mümkün olduğunca yine kendi kurdukları firmalardan satın almaktadır.

Hizmetlerin dışardan satın alınması konusunda ise özel sektör ile yapılan görüşmelere dayanarak iki farklı görüş bulunduğu tespit edilmiştir. Bunlardan ilki fiyat ve maliyet gibi unsurlar ile dışardan mal ve hizmet satın alınmasının işletme için faydalı olacağı yönündedir. Diğer görüş ise hastane hizmetlerinin olabildiğince işletmenin kendi unsurları üzerinden yürütülmesinin gerekliliğidir.⁶¹⁴ Örneğin, alanda yapılan görüşmelerde özel hastanenin temizliğinin taşeron bir firmaya verildiğinde daha az temizlik malzemesi kullanılmasına bağlı olarak hijyenden emin olunamadığı ileri sürülmektedir. Aynı şekilde çamaşır hizmetleri için de dezenfektasyon sebebiyle birçok özel hastanenin kendi çamaşırhanesi bulunmaktadır. Aynı görüşe göre yemek hizmeti de dışardan alınmamalıdır; daha ucuza yemek temin edilebilir; ancak daha kaliteli bir yemeğin bulunamayacağı da ifade edilmektedir. Ancak bu görüşleri destekleyecek veriler ortaya konulmadığı sürece yukarıdaki iddialar zayıf kalmaktadır.

⁶¹³ Hastanenin söz konusu alanların işletmesini kendi yaptığı zamanlarda elde ettiği gelire ilişkin bir veriye ulaşılamamıştır.

⁶¹⁴ Özel bir hastanede satın alma müdürü olan A.E. ile 13.01.2017 tarihinde yapılan görüşmeye dayanarak elde edilen bilgilerdir.

Dışardan mal ve hizmet satın alma yöntemini seçmeyen firmalar genellikle hastane zinciri olarak tabir edilen şirketlerdir.⁶¹⁵ Söz konusu şirketler yemek, çamaşır, temizlik, güvenlik, yönetim ve medikal gibi hizmetleri dışardan alarak sağlık hizmetinde profesyonelleşmek yerine maliyet ve kâr gerekçesiyle söz konusu hizmetleri kendileri üretmektedir. Her bir hizmet alanı için firma kuran kendi kantinini ve otoparkını dahi kendi işleten firmalar bu alanlarda ortaya çıkan para akışını da kontrol etmektedir. Özel hastanelerin çalıştırdığı personelin bir kısmına da ücret ödemediği devlet teşviki kapsamında İş-Kur'dan gönderilen kişilerin buralarda istihdam ettiği ifade edilmektedir. İş-Kur'dan meslek edindirme kursları kapsamında maaşlarını devletten alan kişiler özel hastanelerin danışma-hasta kayıt, veri hazırlama, malzeme yönetimi vb. bölümlerinde çalışmaktadırlar.⁶¹⁶

Gerek DB politika metinlerinde gerekse kamu hastaneleri ile yapılan görüşmeler neticesinde dışardan kaynak kullanımının maliyet ve verimlilik çerçevesinde yapıldığı yönünde ifadeler olsa da bunu doğrulayacak bir veriye ulaşılamamıştır. Çünkü aynı mal veya hizmetin kamu kaynaklarından karşılanması halinde bir gösterge olmadığı için piyasada bulunan tedarikçilerden belirli şartları taşıyanların sunduğu mal ve hizmetler için en iyi fiyat politikası güdülmektedir. Örneğin daha önce kamu hastanesinde yapılan temizlik işinin ne kadara mal olduğu ve sonrasında özel sektöre aynı iş için ne kadar ücret ödendiği bilinmemektedir. Bu durumda hangi gerekçeler ile özel sektörden mal ve hizmet alımında verimli olduğu konusu pek açıklanabilen bir durum değildir.⁶¹⁷

Dışardan kaynak kullanımı konusunda hastanelerin döner sermayelerinin etkisi giderek artmaktadır. Bunun nedeni ise daha önce yer verildiği üzere hastanelerin işletme mantığı ile yönetilerek ayakta kalıp kalamayacaklarını görebilmektir. Bu bağlamda 2011 yılında döner sermaye bütçesi ile özel sektörden mal ve hizmet alımı konusu yeniden düzenlenmiştir. 663 sayılı KHK ile 209 sayılı Kanun'un 3. maddesinde

⁶¹⁵ Örneğin Live Hospital'ın Türkiye'de 28 hastanesi bulunmaktadır. Live Hospital, Memorial Hastaneleri ile birlikte ortak satın alma yöntemini uygulamaktadır. Hastane zincirleri ve küçük hastaneler arasında haksız rekabeti doğuran bu durum sektörde problemlere yol açmaktadır. Özel hastane zincirleri sarf malzeme, demirbaş alımı gibi konularda piyasadaki daha düşük fiyatta ürün temin edebilmekte bu durum yine küçük hastaneler için birtakım sorunlara neden olmaktadır. Özel bir hastanede satın alma müdürü olan A.E. ile 13.01.2017 tarihinde yapılan görüşmeye dayanarak elde edilen bilgilerdir.

⁶¹⁶ Ancak özel hastanelerde İş-Kur teşviki çerçevesinde hizmet veren personel sayısı hakkında bir bilgiye ulaşılamamıştır.

⁶¹⁷ Kalkınma Bakanlığı'ndan A.O.S. ile 17.01.2017 tarihinde yapılan görüşmeye dayanarak elde edilen bilgilerden oluşmaktadır.

değişiklik yapılarak satın almaya ilişkin söz konusu düzenlemede şu maddeler sıralanmıştır:⁶¹⁸

-Her nevi tüketim maddeleri, tıbbî, cerrahî alet, malzeme, cihazlar, mefruşat ve demirbaş eşya satın alınması,

-Tamirat, tadilat, inşaat, tıbbî ve fennî tesisat ile kamulaştırma yaptırılması,

-İhtiyaç halinde hizmet satın alınması,

-Taşınır ve taşınmaz satın alınması, ihtiyaç duyulan taşınmazlar üzerinde sınırlı aynı hak tesis edilmesi, kiralanması ve bunlara ilişkin her türlü giderin yapılması,

-Tamir, imal atölyeleri açılması ve bunlara sermaye tahsis edilmesi,

-Ambulans, cenaze arabası ve hizmet aracı satın alınması ile kiralanması veya hizmet satın alınması yoluyla temini ve bunlara ilişkin giderlerin yapılması,

-Fiyatlandırılan mamullerin serbest piyasaya veya sair müesseselere intikal ettirilmesi ve buna ilişkin giderlerin yapılması,

-Deneysel amaçlı ve hizmet gereği canlı hayvan beslenmesi ve bunların ürünlerinden faydalanılması ile ziraî mahsullerden ihtiyaç görülenlerin yetiştirilmesi, bakımı ve satışına ilişkin giderlerin yapılması.

Döner sermayeden karşılanacak giderlere ilişkin yukarıda sayılan -663 sayılı KHK ile değiştirilen- maddeye ek olarak sağlık personeline performansa göre ek ödeme yapılabilmesi sağlanmıştır. Bu uygulamaya göre sağlık personeli döner sermayeye katkısı oranında ek bir gelir elde etmektedir. Ancak uygulama, yapılan her işlemin puanlandırılması esasına dayandırılmıştır.⁶¹⁹

Devlet hastanelerinde çalışan personelin sözleşmeli olarak çalıştırılacağına yönelik uygulamalar başlatılmış; sağlık hizmetlerinin sunumuna yönelik mali önlemler getirilmeye çalışılmıştır.⁶²⁰ Sağlık personeline performans kriterleri⁶²¹ getirilmiş ve

⁶¹⁸ Ek ödemenin esasları ise yönetmelik çerçevesinde belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşların Taşra Teşkilatında Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik, 17.08.2012, Sayı: 28387.

⁶¹⁹ Örneğin Akciğer grafisi 4 puan, MR çekimi 20 puan, muayene 20 puan, sezaryen 143 puan, Anestezi 1200 puan, by-pass ise 2500 puandır.

⁶²⁰ Sağlık Bakanlığı, Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, RG:24.07.2003, Sayı: 25178.

⁶²¹ Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik RG:12.05.2006, Sayı: 26166.

döner sermayeden performansa göre ödeme yapılması⁶²² kararlaştırılmıştır. Sağlık personelinin fiilen katkı sağladığı sürece (muayene, ameliyat gibi) döner sermayeden ek ödeme alabilmesine ilişkin düzenlemeler⁶²³ yapılmıştır. Döner sermayeden personele ek ödeme yapılmasının yanında yapılan düzenlemelerle Hazine payı⁶²⁴ da ayrılmıştır. Hazine payı düştükten sonra kalan miktarın belirli kriterler çerçevesinde hizmet alımı konusunda kullanılması gerektiği belirtilmiştir. Bu doğrultuda merkezi idare dışında hastanelerin hizmet satın almasının⁶²⁵ yolu açılmış; aynı zamanda katılım payı üzerinden döner sermaye geliri oluşturulmuştur. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve bölgeler arası gelişmişlik farklarının giderilmesi amacıyla döner sermaye gelirlerinin merkeze ayrılan payını %4'e kadar artırmaya Sağlık Bakanı'nın yetkili olduğu⁶²⁶ belirtilmiştir.

Yukarıdaki paragrafta da yer verildiği üzere döner sermaye, hastanelerin Bakanlıktan aldığı personel gideri dışındaki ihtiyaçları için ek bir ödeme sistemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastanelerin kendi mali sistemlerini kurarak işletilmelerini sağlayan sistem, performans üzerinden bir dağıtımın yapılması ile sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır. Doktorlar performans puanlarını alabilmek için aşırı ve gereksiz tahlil yapabilmekte; bu durum özel sektörden tedarik edilen malzemelerin artışına dolayısıyla sağlık harcamalarının da artışına sebep olmaktadır. Alanda yapılan görüşmeler doğrultusunda sağlık hizmetlerinde performansa bağlı ödeme yapmanın sağlık hizmetlerinde kaliteyi düşürdüğüne yönelik bilgilere ulaşılmıştır.⁶²⁷ Sağlık hizmetlerinde performansa göre ödeme yapmanın başka bir ülkede örneği olmadığını belirten uzmanlar Sağlık Bakanı'nın da durumdan şikâyetçi olduğunu vurgulamaktadırlar. Avustralya'da yapılan bir toplantı sonrasında Türkiye'nin sağlık

⁶²² Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılması Hakkında Yönetmelik, RG:09.01.2007, Sayı: 26398.

⁶²³ Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılması Hakkında Yönetmelik, RG:25.08.2007, Sayı: 26624.

⁶²⁴ Sağlık Bakanlığı, Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usuller, RG:05.05.2004, Sayı:25453.

⁶²⁵ Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun İle 2006 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG:11.03.2006, Sayı: 26105.

⁶²⁶ 2005 Malî Yılı Bütçe Kanunu, RG:31.12.2004, Sayı: 25687.

⁶²⁷ Sağlık Bakanlığı bünyesinde proje koordinatörlüğü, ilaç ve ruhsat müdürlüğü tedavi hizmetleri genel müdürlüğünde çalışmalarda bulunan ve Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Başhekim yardımcılığı yapan kişiyle 07.06.2016 tarihinde yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen bulgulara dayanmaktadır.

bürokratlarına performans sistemi kaldırılmazsa sağlık hizmetlerinde kalitenin giderek düşeceği hatırlatılmıştır.⁶²⁸

Sağlık harcamalarının artmasında tetkik, ameliyat, ilaç yazımı ve pahalı cihaz kullanımı gibi uygulamalar hastanenin döner sermayesini artırırken; işlemi yapan doktorun da performansını artırarak döner sermayeden daha fazla gelir elde etmesine neden olmaktadır. Bu bağlamda yapılan görüşmeler neticesinde doktorlar arasında daha az gelire sahip olmanın yarattığı etki ile doktorların daha fazla performans alma yarışına meyilli oldukları iddia edilmektedir.⁶²⁹

Tablo 23: Sağlık Bakanlığı ve Döner Sermaye Bütçesi 1993-2003 (Milyar TL)⁶³⁰

Bütçe	1993	1994	1996	1997	1998	1999	2001	2002	2003
Sağlık Bak.	18.074.	30.463.	98.064.	204.499	390.961	683.123	1.280.66	2.345.44	3.570.05
Döner Ser.	2.484	5.913	39.276	71.993	157.832	339.128	1.008.00	1.874.00	2.905.00
Oran	%13	%19	%40	%35	%40	%50	%78	%80	%81
Toplam	20.558	36.376.3	137.340.40	276.492.20	548.793.00	1.022.251	2.288.787	4.220.430	6.655.06

Yukarıdaki tabloda 2003 yılına kadar Sağlık Bakanlığı ve döner sermaye bütçesinin miktarları verilmiştir. 1993 yılında Bakanlığın bütçesinin yaklaşık %15'i tutarında olan döner sermaye, 2003 yılından sonra Sağlık Bakanlığı'nın bütçesini aşmış durumdadır. Döner sermaye uygulaması, merkezi yönetim bütçesi dışındaki kaynakların harekete geçirilmesi düşüncesini barındırması açısından önemli görülmektedir.

Tablo 24: Sağlık Bakanlığı ve Döner Sermaye Bütçesi 2014-2015 (Milyon TL)⁶³¹

	2014	2015	Değişim %
Merkezi Yönetim Bütçesi	18.647	20.378	9,3
Döner Sermaye Bütçesi	21.443	22.732	6
Toplam	40.090	43.110	7,5

⁶²⁸ a.k.

⁶²⁹ Bu durum denetim sisteminin yetersizliğini göstermektedir. Türkiye'de sağlıkta dönüşüm, denetim açısından yetersiz uygulamalar barındırmaktadır. Sağlık bürokrasisi müfettişler aracılığı ile yapılan denetimleri yeterli görmemektedir. a.k.

⁶³⁰ Sağlık Bakanlığı bütçesinin büyük bir kısmı cari sağlık harcamalarına ayrılmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetleri de dâhil olmak üzere sağlık yatırımlarının payı Bakanlığa ayrılan bütçe içinde oldukça sınırlı bir yer tutmuştur. 1999-2002 yılları arasında Bakanlığa ayrılan bütçenin %78'i harcamalara ayrılırken; ancak %7'lik bir kısım yatırımlar için ayrılmıştır. Bu dönemde transfer harcamalarının oranı ise yatırım harcamalarını geçerek %8'e ulaşmıştır. Kayıhan Pala, "Sağlık Hizmetlerinde Döner Sermaye Uygulaması", *Toplum ve Hekim*, Cilt:20, Sayı:1, 2005, s.72-74.

⁶³¹ Sağlık Bakanlığı, *2015 Yılı Bütçe Sunumu*, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-94368/h/butcesunumu.pdf>, (23.09.2016).

Yukarıdaki tabloda ise 2014 ve 2015 yılları itibariyle hastaneler için ayrılan döner sermaye bütçesinin Sağlık Bakanlığı'nı geçtiği görülmektedir.

Tablo 25: Sağlık Bakanlığı Ödenekleri ve 2015 yılı Bütçe Gerçekleşmesi (Milyon TL)⁶³²

	Personel Ödeneği	Diğer Cari Ödenek	Yatırım Ödeneği	Toplam
Sağlık Bakanlığı	1325	304	1134	2763
TKHK	9090	288	495	9873
THSK	1860	5549	80	7489
Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü	26	11	93	130
Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu	41	48	34	123
Toplam	12.342	6.200	1.836	20.378

Tablo 25'de ise Sağlık Bakanlığı bütçesinin hangi birimler arasında dağıtıldığı görülmektedir. Sağlık Bakanlığı'na ayrılan bütçe cari hizmetler ve yatırım harcamaları için kullanılmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın personel giderleri için ayırdığı kaynak bütçenin neredeyse yarısından fazlasını oluşturmaktadır.

Tablo 26: 2002-2015 Yılları Arasında Sağlık Harcamalarının (Cari+Yatırım) Dağılımı ve GSYH'ye Oranı

Harcama	2002	2003	2005	2006	2008	2010	2012	2013	2014	2015
Cari	1.8331	23.676	33.292	40.949	52.320	58.623	72.820	79.702	88.878	96.786
Yatırım	440	603	2.067	3.120	5.420	3.054	3.598	3.781	4.407	7.782
Toplam	18.774	24.279	35.259	44.069	57.740	61.678	76.358	84.390	94.750	104.568
GSYH'ye Oranı	5.4	5.3	5.4	5.8	6.1	5.6	5.4	5.4	5.4	5.4

Yukarıdaki tabloda sağlık harcamalarının söz konusu yıllarda GSYH ile orantılı bir şekilde arttığı bu nedenle sağlık harcamalarının GSYH'ye olan oranlarının %4-6 bandı arasında değiştiği görülmektedir. Tabloda toplam sağlık harcamalarının içinde ise yatırım harcamalarının oranı cari harcamalara kıyasla düşüktür. Bu durumdan yola çıkarak Türkiye'de yapılan sağlık harcamalarının altyapı harcamaları olmadığı ifade edilebilir.⁶³³ Ancak sağlık harcamalarının gereken yerlere kullanılmaması önemli bir sorunu ortaya çıkarmaktadır. Sağlık reformlarının çıkış noktası olan maliyet unsuru harcamaların tedavi edici hizmetlere değil koruyucu sağlık hizmetlerine yapılmasını gerektirmektedir. Ancak Türkiye'de reformlardan sapma yaşanan durumlardan biri de

⁶³² a.k.

⁶³³ Emel Başol, Abdülkadir Işık, "Türkiye'de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme Ve Öneriler", *IAAOJ, Social Science*, 2015, 2(2).

söz konusu hizmetlere önem verilmemesine bağlı yaşanan sorunlardır. Çünkü aşağıda ele alındığı üzere sağlık özel sektör için harcama değeri yaratan bir alana dönüşmüştür.

C. SAĞLIK HİZMETLERİNİN HARCAMA DEĞERİ HALİNE GELMESİ

DB, sağlık hizmetlerinin özel sektör yoluyla güçlendirilmesini aracılık etme (provision) üzerinden kavramsallaştırmıştır. DB'nin politika belgelerinde *provision* kavramı, kamu sağlık hizmetlerinin verimlilik ve maliyet çerçevesinde özel sektör aracılığı ile sunulması anlamında kullanılmaktadır.⁶³⁴ *Private provision* kavramı ise sağlık hizmetlerinde özel sektörden sözleşme yoluyla hizmet satın alınması bağlamında değerlendirilebilir. Ancak bu değerlendirme aynı zamanda Türkiye'de özel sağlık hizmetlerinin gelişiminin analiz edilmesini gerektirmektedir. Bu bağlamda aşağıda Türkiye'de özel sağlık girişimlerine yapılan devlet teşviki doğrultusunda sağlığın nasıl kârlı bir alan haline getirildiği de çözümlenmiş olacaktır.

Türkiye'de serbest hekimlerin iş hayatında yer alması ile sağlık, özel sektör girişimcilerince değerlendirilmeye başlamış; özel sektörün sağlık yatırımları (tıbbi cihaz, kan ürünleri, ilaç, vb.) ile girişimler devam etmiştir. Ancak serbest çalışan hekimler Türkiye'de sağlık hizmetlerinin gelişimi başlığında da ele alındığı üzere örgütlü bir desteği olmayan kendi başına faaliyetlerini sürdüren girişimciler olarak değerlendirilmiştir. Türkiye'de özel hastaneler ise 1933 yılında çıkarılan 2219 sayılı Kanun ile yasal bir statüye kavuşmuştur. 1983 yılında özel hastaneler tüzüğü çıkarılmış; hastanelerin hangi fiziksel koşulları gerektirdiği ve açılabilme şartları belirlenmiştir.⁶³⁵ 1990'lı yıllara gelindiğinde tıbbi cihaz ve medikal ürünlerin tedariki ve üretiminde bulunan firmaların da dernekler kurmasına, özel hastanelerin örgütlü bir şekilde faaliyetlerini sürdürmesine olanak tanınmıştır. Hususi Hastaneler Kanunu 2008 yılına kadar esaslı bir değişiklik göstermemiştir.

Tablo 27: Özel Hastane ve Yatak Sayıları

Mülkiyet	Hastane Sayısı	Oran %	Yatak Sayısı	Oran %
Şahıs	185	89	8,612	78
Dernek + Vakıf	14	7	1,213	11
Yabancı	4	2	320	3
Azınlık	5	2	934	8
Toplam	208	100	11,079	100

⁶³⁴ Gabriel Roth, *The Private Provision of Public Services in Developing Countries*, World Bank Institute, Washington, D.C., 1987.

⁶³⁵ Özel Hastaneler Tüzüğü, RG: 10.01.1983, Sayı: 17924.

Yukarıda görüldüğü üzere 1990'lı yılların sonuna doğru Türkiye'de kamu hastanelerinin dışında iki yüz sekiz hastane ve bu hastanelere ait on bir bin yatak bulunmaktadır. Bu hastanelerin sağlık harcaması ise elli üç milyon liradır. Ancak özel hastanelerin yaptığı sağlık harcamasının %46'sını on iki büyük hastane⁶³⁶ gerçekleştirmiştir. Söz konusu hastanelerin yatak sayısı ise toplam yatakların sadece %15'ini oluşturmaktadır. 2002 yılında ise özel hastaneler yönetmeliği⁶³⁷ çıkarılmış, hastaneler uzmanlık dallarına göre gruplandırılmıştır. 2008 yılında 2219 sayılı Kanun'un bazı maddelerinde değişiklik⁶³⁸ yapılmıştır. Değiştirilen maddeler genellikle cezalarının güncellenmesine yönelik olmuştur. Buradan hareketle, 1990'lı yıllarda özel hastane sektörünün ilerleme kaydettiği ancak kurumsal düzenlemelerin daha çok 2000'li yıllar ile birlikte yapıldığı sonucuna varılabilir.

Tablo 28: Yıllara Göre Kamu ve Özel Hastane Sayısı⁶³⁹

	2002	2004	2006	2008	2009	2011	2012	2013	2014	2015
Özel	270	278	331	400	459	503	541	550	556	562
Devlet	774	829	767	847	834	840	832	854	866	865
Üniv.	50	52	56	57	59	65	65	69	69	70
Diğer	61	58	49	46	46	45	45	44	37	36

Yukarıdaki tabloda da görüldüğü üzere sağlık hizmetlerinde verimlilik ve kalitenin artırılması düşüncesi ile özel hastane sayısında gün geçtikçe artış yaşanmıştır. Özel hastaneler Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları (muayenehane, poliklinik) ve Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi⁶⁴⁰ olarak ayrılmış ve bu kurumların bulundurma gereken personel sayısından kurumların fiziksel koşullarına varıncaya dek sayısız düzenleme yapılmıştır.⁶⁴¹ Özel hastanelerin sayısının artması ise çok sayıda yasal düzenleme yapılmasını gerektirmiştir.⁶⁴² Tıp merkezlerinin

⁶³⁶ Bu hastaneler; Güven, GOP İstanbul, Başkent, Bayındır Tıp Merkezi, Adana Seyhan, Sevgi A. Ermiş, Akdeniz Sağlık Vakfı, İstanbul Göztepe Anadolu, İstanbul Acıbadem, İstanbul Balıklı Rum ve İstanbul V. Koç Amerikan hastaneleridir. Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1997*, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 2001.

⁶³⁷ Özel Hastaneler Yönetmeliği, RG: 27.03.2002, Sayı: 24708.

⁶³⁸ Temel Ceza Kanunlarına Uyum Amacıyla Çeşitli Kanunlarda ve Diğer Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG: 08.02. 2008, Sayı: 26781.

⁶³⁹ Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*, Ankara, 2016. 2016 yılında çıkarılan 667 sayılı KHK ile 35 adet sağlık kuruluşu kapatılmıştır. Bunların içinde üniversite hastaneleri de bulunmaktadır. 667 Sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Alınan Tedbirlere İlişkin Kanun Hükmünde Kararname RG: 23.07.2016, Sayı: 29779.

⁶⁴⁰ Sağlık Bakanlığı, Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğin 6 ncı Maddesinin Değiştirilmesine Dair Yönetmelik, RG:20.02.2004, Sayı: 25379.

⁶⁴¹ Sağlık Bakanlığı, Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG:10.07.2003,Sayı: 25164. Sağlık Bakanlığı: Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG:14.01.2004, Sayı: 25346.

⁶⁴² Sağlık Bakanlığı, Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG:13.04.2003, Sayı: 25078.

kurulmasına izin veren yönetmelik⁶⁴³ ile birlikte özel hastaneler yeniden sınıflandırılmış⁶⁴⁴ ve hastanelerin yatak kapasitelerine göre hekim sayısı ve tedavi bölümleri açılmaya başlamıştır.

Özel hastanelerin kuruluşuna ilişkin yeni düzenlemeler yapılmakta; bu çerçevede yeni hastanelerin kurulmasına sıcak bakılmamaktadır. Çünkü daha sonra da ele alınacağı üzere sağlıkta bölge planlamasına geçilmesi ile birlikte hastane zincirleri dışında küçük ölçekli hastanelerin açılışına izin verilmemektedir. Örneğin, söz konusu uygulama kapsamında özel hastanelerin yatak kapasitesi yeniden değerlendirilerek kuruluş için gerekli olan yatak sayıları ondan yirmi beşe çıkarılmıştır.⁶⁴⁵ Sağlık Bakanlığı özel hastanelerin yatak sayısını artırmasını teşvik ederken sektörde faaliyet gösteren küçük sayılabilecek hastaneler için de çıtayı yükseltmiştir. Bakanlık, 2008 yılı itibariyle özel hastane açılışlarına yönelik ruhsat verme işlemini durdurmuş; bu durum mevcut hastanelerin birleşerek ölçek büyütme yolunu açmıştır.⁶⁴⁶ Bu dönemde sağlık hizmetlerinin özel sağlık kuruluşlarınca verilmesine yönelik düzenlemeler de yapılmış;⁶⁴⁷ tıp merkezi ve poliklinik olarak örgütlenen birimlerin hastane statüsüne geçmesi konusunda yönetmelikler⁶⁴⁸ çıkarılmıştır.

⁶⁴³ Sağlık Bakanlığı, Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG: 26.09.2006, Sayı: 26295.

⁶⁴⁴ Sağlık Bakanlığı, Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG:21.10.2006, Sayı: 26326.

⁶⁴⁵ Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, <http://www.turkderm.org.tr/turkdermData/Uploads/files/OHKarsilastirma.pdf>, (13.06.2016).

⁶⁴⁶ Aslı Şat Zengin *a.g.e.* Özel hastanelerin birleşmesi ve kendi aralarında kadro aktarımının yapılmasına yönelik bir yönetmelik yayınlanmıştır. Yönetmelikle 33 uzman hekim ile 100 yataklı bir özel hastanenin kurulabileceği, her 16 hekim için 50 ilave yatak talep edilebileceği kararlaştırılmıştır. Özel hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG: 22.03.2017, Sayı: 30015.

⁶⁴⁷ Özel sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin ayrıca diğer sağlık kuruluşlarında çalışması ve uzmanlık dallarına göre hastanelerin kategorilere ayrılmasına yönelik düzenlemeler içeren metinler için Bkz: Sağlık Bakanlığı Ayakta Teşhis Ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik, RG:15.02.2008, Sayı: 26788. Sağlık Bakanlığı Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG:15.02.2008, Sayı: 26788. Sağlık Bakanlığı Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG: 24.05.2010, Sayı: 27590. Özel hastanelerin devredilmesine ilişkin yönetmelik için Bkz: Sağlık Bakanlığı Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG:07.04.2011, Sayı: 27898.

⁶⁴⁸ Sağlık Bakanlığı Ayakta Teşhis Ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG:31.12.2009, Sayı: 27449 Mükerrer. Sağlık Bakanlığı Ayakta Teşhis Ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG:10.03.2010, Sayı: 27517.

Tablo 29: Özel Hastanelerin Sağlık Hizmeti Kullanım Durumları⁶⁴⁹

Kurum	Yatak Sayısı	Müracaat Sayısı (Milyon)	Yatan Hasta Sayısı (Bin)	Ameliyat Sayısı (Bin)	Ameliyat Sayısının Müracaat Sayısına Oranı %	Ameliyat Sayısının Yatak Sayısına Oranı	Yatak Doluluk Oranı %	Hastanın Ortalama Kalış Günü	Yatak Devir Hızı
Özel	37, 983	71, 341	3, 720	1, 554	2,2	40,9	50,5	2,2	83,2

Yukarıdaki tabloya göre özel hastanelerin sahip olduğu yatak sayısı üniversite hastanelerini geçmiş; yatak devir hızı ise tüm kamu hastanelerinden daha yüksek çıkmıştır. Kamu ve özel hastanelerin verimlilik açısından değerlendirilmesine neden olan bu göstergeler sağlığın bir yatırım unsuru olduğuna yönelik bir çözümlene yapmamızı gerektirmektedir. Kamu hastanelerine yapılan müracaatların ameliyat edilme oranı %0,9 oranında iken özel hastanelerde bu oranı %2,2'dir. Ayrıca hastaların kalış günü özel hastanelerde daha az dolayısıyla boş yataklara başka bir hastanın gelme oranı özel hastanelerde daha fazladır. Yukarıdaki tabloda yer alan veriler özel hastanelerin verimli olduğunun bir göstergesi sayılsa da sağlık, harcama değeri yüksek ve oldukça problemlili bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Özel hastanelerin SGK'ye kestiği fatura sayısı ve hasta maliyetinin devlet hastanelerinin maliyetini geçmiş olduğu düşünülürse; özel sektörde ameliyat oranlarının yüksek çıkması aynı zamanda bunların gereksiz yere yapılıp yapılmadığı kuşkularını doğurmaktadır.

Örnek vermek gerekirse Türkiye sezaryen doğum oranında dünyada ilk üç ülke arasında yer almaktadır. DSÖ sezaryen doğumların tüm doğumların %10 - %15 arasında olabileceğini ifade etmektedir.⁶⁵⁰ Ancak Türkiye'de bu oranın %53 olduğu bilinmektedir. 2002 yılında tüm doğumların ancak %20'si sezaryen iken, 2015 yılına gelindiğinde bu rakam %53'e kadar yükselmiştir. Sağlık Bakanlığı'nda gerçekleştirilen tüm doğumların ancak %35'i sezaryen iken; özel hastanelerde⁶⁵¹ yapılan tüm doğumların %70'i sezaryendir.⁶⁵² Alanda yapılan görüşmeler sonucunda sezaryen

⁶⁴⁹ Kalkınma Bakanlığı, *Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018) 2015 Yılı Programı*, Ankara, 2014, s.97.

⁶⁵⁰ Sıralamada Brezilya ve Çin'den sonra Türkiye gelmektedir. "Sezaryen Oranlarında Dünyada İlk Üçteyiz", <http://www.milliyet.com.tr/sezaryen-oranlarinda-dunyada-ilk-ucteyiz-pembnar-detay-aile-1547062/>, (03.01.2017).

⁶⁵¹ 2009 yılına kadar SGK özel hastanelere sezaryen doğumlar için iki bin TL öderken; durumun suiistimal edilmesi karşısında normal doğum ile aynı ücreti ödemeye başlamıştır. Ancak sezaryen oranlarının artışı karşısında bir çözüm bulunamamıştır. SGK'nin 2010 yılında sezaryen için özel hastanelere ödediği miktar 93 milyon lira olurken bir yıl sonra bu rakam iki katına çıkmıştır. Ayrıca vatandaşlar özel hastanelere SGK'nin ödediğinin dışında üç kat daha fazla para ödemektedir. "SGK Sezaryenle Doğum İçin Özel Hastanelere Geçen Yıl 93 Milyon Lira Ödedi", <http://www.sgk.com.tr/620-Haber-sgk-sezaryenle-yapilan-dogum-icin-ozel-hastanelere-gecen-yil-93-milyon-lira-odedi.html>, (03.01.2017).

⁶⁵² Sağlık Bakanlığı, *2015 Sağlık İstatistikleri Yıllığı*, 2016, s.67.

oranlarının yarı yarıya arttığı bu durumda özel hastanelerin SGK'den daha fazla ödeme talep ettiği iddialarına karşılık:⁶⁵³

“Sezaryen uygulamaların artması hekimlerin ve anne adaylarının tercihlerinin uyuşması veya birinin diğerini indüklemesiyle oluşmaktadır. Yani tek bir neden yoktur, birçok neden vardır. Toplumun sağlık hizmeti arama davranışı, kültür, gelenekler ve sosyo-ekonomik düzey de etkili olan önemli diğer faktörlerdir.”

Yukarıda yer alan ifadeler ise durumun arz ve talep kaynaklı olduğunu düşündürmektedir. Dolayısıyla özel sektör kadar halkın taleplerinin de sistemle uyumlu olduğu söylenebilir. Bu durum piyasa ilişkileri çerçevesinde dönüşen sağlık hizmetlerin aynı zamanda bireyselleştiğini de göstermektedir.

Şimdiye kadar özel hastanelerin gelişimi ve bu hizmetlerin kullanım durumları tartışılmış ancak aşağıdaki veriler ile durum biraz daha netleştirilmeye çalışılmıştır. Örneğin aşağıdaki tabloya göre 2002 yılında özel hastane ve özel dal tıp merkezlerine yaklaşık altı milyon kişi başvurmuş, 2015 yılına gelindiğinde bu rakam yetmiş yedi milyonu aşmıştır.

Tablo 30: Özel Hastanelere Müracaat Sayıları⁶⁵⁴

Yıl	2002	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Müracaat	5.697.170	47.712.540	59.069.486	66.582.098	71.341.411	72.333.383	77.217.000

Tablo 31: Özel Hastanelerde Yatan Hasta Sayısı⁶⁵⁵

2002	2010	2011	2012	2013	2014	2015
556.494	2.657.573	3.054.165	3.485.092	3.719.780	3.900.407	4.237.000

Özel hastanelere ilişkin veriler daha önce ele alınan kamu hastaneleri verileri ile birlikte değerlendirildiğinde; sağlık hizmetlerine artan talep nedeniyle kamu hastanelerine yapılan müracaat sayısının %52 oranında artış gösterdiği; özel hastanelerde ise bu oranın %191,3 olarak gerçekleştiği söylenebilir. Aynı şekilde özel hastanelerde yatarak tedavi olan ve ameliyat olan hasta sayısı da 2002-2015 yılları arasında sekiz kattan fazla artmıştır. 2015 yılı verilerine göre özel hastanelere yetmiş milyondan fazla başvuru olmuştur. Buradan ortaya çıkan sonuç özel hastanelere yapılan müracaat oranının kamu hastanelerine göre yıllar itibariyle artış gösterdiğidir. Örneğin

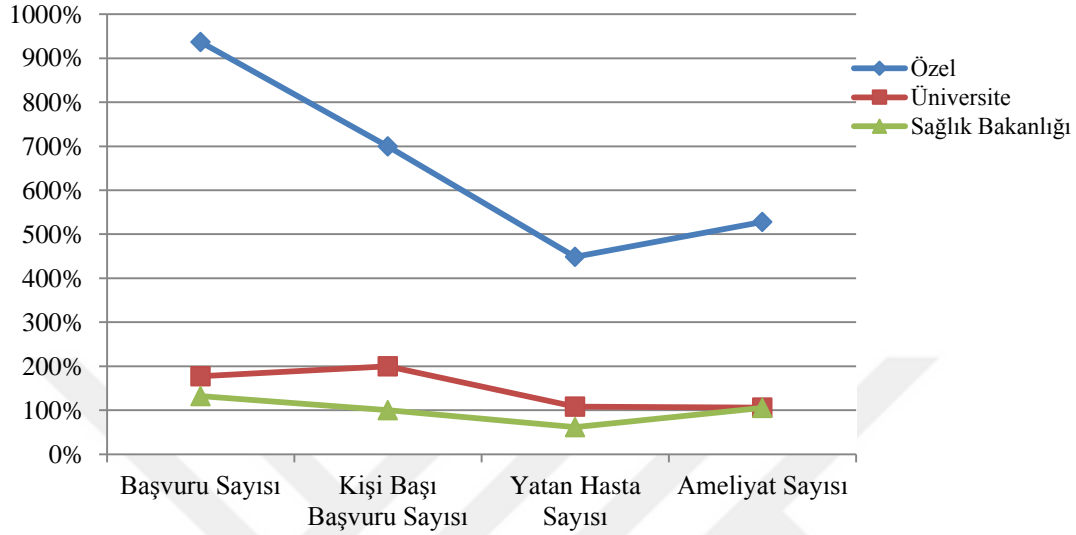
⁶⁵³ Uludağ Üniversitesi'nden B.K. ile 08.12.2016 tarihinde yapılan görüşmeden elde edilen bilgilere dayanarak hazırlanmıştır.

⁶⁵⁴ Sağlık Bakanlığı verilerinden hazırlanmıştır.

⁶⁵⁵ Sağlık Bakanlığı verilerinden hazırlanmıştır.

2003 yılında toplam müracaatların %4,7'si özel hastanelere yapılırken; 2015 yılına gelindiğinde toplam müracaatların %19'u özel hastanelere kaymıştır.⁶⁵⁶ Bu durum aşağıdaki şekilde de açıkça görülmektedir.

Şekil 3: Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı (Kamu ve Özel)⁶⁵⁷



Yukarıdaki şekilde sağlık hizmetlerinin kullanım oranları kamu ve özel sektör üzerinden görülmektedir. Buna göre 2002-2011 yılları arasında özel hastanelere başvuru sayısı %977 oranında artarken; aynı dönemde Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerine başvuru oranı sırasıyla %132 ve %137 artış yaşanmıştır. Kişi başı hastaneye başvuru sayısı ise OECD ülkelerinde yılda ortalama 5 civarında iken Türkiye’de 8’e çıkmıştır. Söz konusu tarihler arasında bir kişinin özel sektöre başvuru oranı yedi kat artarken Sağlık Bakanlığı hastanelerinde iki kat artış yaşanmış; üniversite hastanelerinde ise yalnızca bir kat artış olmuştur. Sağlık hizmetlerinde özel sektör kullanımı hastanelere yatan ve burada ameliyat olan hasta sayılarındaki artış üzerinden de bir değerlendirme imkânı sunmaktadır. Bu doğrultuda kamu hastanelerinde ameliyat olan hastaların oranı %108 oranında artış gösterirken; özel hastanelerde bu oran aşağıdaki tabloda da görüleceği üzere %528’e kadar yükselmiştir.

⁶⁵⁶ 19/10/2016 Tarihli ve 29862 Sayılı Resmî Gazete’de Yayımlanan 3/10/2016 Tarihli ve 2016/9368 Sayılı 2017 Yılı Programının Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair Bakanlar Kurulu Kararı Eki 2017 Yılı Programı, RG: 30.10.2016, Sayı: 29873.

⁶⁵⁷ Osman Elbek, “Her Şey Sermaye İçin Sevgilim”, içinde *Türkiye’de Sağlık Siyaset Piyasa* (Der: Gülbiye Y. Yaşar vd) NotaBene Yayınları, Ankara, 2015, s.28.

Tablo 32: Özel Hastanelerde Yapılan Ameliyat Sayısı⁶⁵⁸ (Milyon)

2002	2005	2006	2008	2010	2011	2012	2013	2015
0,219	0,393	0,580	1.087	1.215	1.374	1.447	1.554	1.588

Türkiye’de 2002 yılı itibariyle kişi başına 0,1 olan özel hastaneye müracaat sayısı, kaliteli hizmet talebi doğrultusunda özel hastane sayısındaki artışla 2013 yılında 9 kat artarak 0,9 oranına çıkmıştır.⁶⁵⁹ GSS ise bir araç olarak hastaların özel hastanelere gidebilmesine imkân tanıyarak hasta tercihlerine önem verildiğini ispatlamıştır. Bu bağlamda bireyselleştirilen sağlık hizmetleri ve kişiye özel tedaviler de toplum temelli (sosyalizasyon) sağlık hizmetinden vazgeçildiğini göstermektedir. Bu fikri destekleyen veriler ise sağlık yatırımlarında ve sağlık göstergelerinde yaşanan dönüşüm sonrası ortaya çıkmıştır.

1. Sağlık Yatırımlarında ve Sağlık Göstergelerinde Yaşanan Dönüşüm

Birinci bölümde sağlık hizmetleri ele alınırken devletin sağlık alanında yatırımcı olarak kabul edildiği yılların İkinci Dünya Savaşı’ndan 1970’li yıllara kadar geçen ve refah devleti adıyla anılan dönemde olduğu ifade edilmişti. Söz konusu yıllar sağlığın yatırım yapmaya değmeyecek derecede sanayiye oranla daha az kâr getirdiği bir dönemdir. Bu dönemde kamu harcamalarını artırmak suretiyle piyasa ekonomisinde talep yaratmak için kamu bütçesi sonuna kadar açılmıştır. İkinci Dünya Savaşı sonrası yaşanan yoksulluk ve işsizliğin neden olduğu sorunlar, sosyal güvenlik sistemlerinin ve sağlık hizmetlerinin devlet tarafından karşılanması ile sonuçlanmıştır.

1970’li yıllara kadar kamu harcamaları sosyal hizmetlere aktararak hem sermaye açısından çalışanların sağlıklı olmasına yönelik hem de devletin varlık sebebi olan vatandaşlarını koruyacak şekilde bir politika izlenmiştir. Ancak 1970’lerdeki ekonomik kriz ile devletin işlevi değişmiş; söz konusu değişimle sağlık da dâhil olmak üzere kamu hizmetlerine özel sektörün katılımı teşvik edilmiştir. Serbest piyasa ekonomisinin kamusal nitelikli mal ve hizmet üretilen yerlere dâhil olması söz konusu alanların piyasaya açılmasına neden olmuştur.

Sağlığın bir yatırım alanı olarak görülmesi sağlık göstergelerine de etki etmiş; bu doğrultuda özel sektörün önceliklerine göre sağlık yatırımları şekillenmiştir. Örneğin,

⁶⁵⁸ Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2003-2011*, Ankara, 2012.

⁶⁵⁹ Türkiye Sınai Kalkınma Bankası, *Sağlık Sektörü Raporu*, 2014, http://www.tskb.com.tr/i/content/732_1_TSKB%20Saglik%20Sektoru%20Raporu_Aralik%202014.pdf, (09.03.2016).

1970’li yıllara kadar özel sektör sanayiye yatırım yaparak kârını artırırken devlet sağlık hizmetlerini üstlenmiş ve devletin vatandaşlarının sağlığına önem vermesinin de bu göstergelere etkisi olmuştur. Bu doğrultuda sağlık göstergeleri anne-bebek ölüm oranları, hayata kalma hızı, ortalama yaşam süresi, aşı hizmetlerinin dağılımı gibi verilerden oluşmuştur. Ancak sağlığın özel sektörün ilgi alanına girmesi ve sağlık yatırımlarının harcama değeri yaratmaya yönelik yapılması ile birlikte sağlık göstergeleri de değişmiştir. Devletin özel sektörü alanda teşvik edecek düzenlemeler yapması daha önce yer verildiği üzere hastalık yükü çalışmalarının yapılması ile sonuçlandırılmıştır. Bu doğrultuda coğrafya, gelir, hastalık türleri ve sağlık talebi gibi unsurlar üzerinden çalışmalar yapılarak özel sektörün sağlık yatırımları desteklenmiştir. Sağlık göstergeleri de bu doğrultuda değişmiş; hekime başvuru oranı, kişi başı düşen yatak sayısı, ameliyat türleri ve oranları, hastanelere yıllık müracaat sayısı, yatak devir oranı, ortalama kalış süresi vb. göstergeler oluşturulmaya başlamıştır.

Türkiye’de sağlık yatırımlarının gelişimi başlığında sağlık planlamasına bağlı olarak sağlık yatırımları ve göstergelerine ilişkin verilere yer verilmişti. Bu kısımda ise 2003-2015 arası dönemde sağlık yatırımlarının nasıl bir dönüşüm geçirdiği sağlık göstergeleri üzerinden ele alınmaktadır.⁶⁶⁰ Söz konusu dönemde aynı şekilde yıllık programlar ve kalkınma planları üzerinden sağlık planlaması yapılmış ve sağlık yatırımları tedavi edici hizmetlerin geliştirilmesine yönelik olmuştur. Şimdiye kadar tartışıldığı üzere Türkiye’de yatak sayısının fazlalığına bağlı olarak yatak kullanım kapasitesinin yetersiz olduğundan sürekli şikâyet edilmiş ve bunun verimsizliğe neden olduğu belirtilmiştir. Buradan da anlaşılacağı üzere tedavi edici hizmetlerin geliştirilmesi doğrultusunda hastane yataklarına ilişkin göstergeler sağlık yatırımları ile bağlantılı sunulmuştur.

⁶⁶⁰ Tezin ikinci bölümünde Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişimi başlığı sağlık planlamaları üzerinden sağlığın kamusal niteliğinin dönüşümünü görebilmek adına bir dönemeleme ile analiz edilmişti. Burada ise SDP ile birlikte sağlık yatırımlarına ilişkin yapılan planlamalar sağlık göstergeleri üzerinden çözümlenmiştir. Bu doğrultuda sağlığın kamusal niteliğinin dönüşümü birtakım tablolar üzerinden analiz edilmiştir. Tablolarda ise temel sağlık göstergelerine ilişkin veriler yer almakta ve bunlar ülkelerin sosyo-ekonomik gelişmeleri için gerekli temel veriler olarak kabul edilmektedir. Oluşturulan veriler ile sağlığa ilişkin istatistiklerin toplanması ve paylaşılması da özel sektörün yatırımlarını teşvik etmek adına önemli görülmektedir. Bu bağlamda yapılan sağlık planlamaları ise sağlık sektörüne yapılacak yatırımlar için de bir rehber niteliği taşımaktadır.

Tablo 33: Sağlık Göstergelerindeki Gelişmeler 1995-2005⁶⁶¹

	1995	2000	2005 (Hedeflenen)
Yatak Sayısı (Adet)	150.565	170.000	200.000
Yatak Başına Düşen Nüfus	402	384	351
Yatak Kullanım Oranı (%)	58	60	75
Sağlık Ocağı Sayısı	4.927	5.700	6.300
Hekim Sayısı	69.349	80.900	89.000
Hekim Başına Düşen Nüfus	872	807	789
Diş Hekimi Sayısı	11.717	14.200	16.000
Hemşire Sayısı	64.243	71.000	77.100
Bebek Ölüm Hızı (Binde)	43.1	35.3	28.8

Temel sağlık göstergelerinin yer aldığı tabloda kişi başına düşen yatak sayısı, doktor ve hemşire sayısı, bebek ölüm hızı gibi göstergelere yer verilmiştir. Söz konusu göstergeler sağlık piyasası açısından değerlendirildiğinde; yukarıda da değinildiği üzere yatak kullanım kapasitesinin önemi ortaya çıkmaktadır.⁶⁶² Tabloda ele alındığı üzere hasta yatak sayısının artırılması hedefi, sağlığın yatırım alanı olması fikri ile örtüşmektedir. Bu hedef daha sonra ele alınacağı üzere hastanelerin şehir hastanelerine dönüşümünde devletin özel sektörden yapacağı mal ve hizmet alım garantisinde bağlamında önemli bir girişimdir.

Tablo 34: Sağlık Göstergelerindeki Gelişmeler 2001-2004⁶⁶³

Fiziki Mekân Göstergeleri	2001	2002	2003	2004
Yatak Sayısı	175,190	179,109	180,797	187,788
Yatak Başına Düşen Nüfus	392	392	389	378
Yatak Kullanım Oranı (%)	60,0	61,5	61,0	64,9
Hekim Sayısı	90,757	95,190	97,763	99,304
Bir Hekime Düşen Nüfus Sayısı	753	728	718	716
Hemşire Sayısı	75,000	925	80,900	850
Bir Hemşireye Düşen Nüfus Sayısı	915	75,879	881	84,400

Tablo 34’de görüldüğü üzere 2000’li yıllara gelindiğinde sağlık göstergeleri daha da ayrıntılı bir şekilde yer almaya başlamıştır. Bu doğrultuda söz konusu göstergelerin yıllık programlar ve kalkınma planlarında yer alması sağlık yatırımlarının önemini de göstermektedir. Yukarıdaki veriler çerçevesinde hazırlanan yıllık programlarda yatırımların hangi alanlarda öncelikli olarak yer alacağı da

⁶⁶¹ DPT, *Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*, Ankara, 2000.

⁶⁶² Ancak üzerinde durulması gereken bir konu da tablolarda yer alan verilerin birbiriyle uyuşmamasıdır. Tezi sınırlayan etken olarak bu konuda problemler olduğu ve kamu kurumlarının yayınladığı istatistiklerin birbirinden farklı olmasının yaratacağı olumsuz sonuçlardan bahsedilmişti. Bu duruma başka bir örnek olarak sekizinci planda 2000 yılındaki bebek ölüm hızı oranı % 0,035 olarak verilmişken; dokuzuncu planda 2000 yılına ilişkin bebek ölüm oranı % 0,029 olarak yer alması gösterilebilir. Aynı yıla ilişkin birbirini tutmayan iki veri oldukça ilginçtir. Böyle bir yanlışlığın yapılması dokuzuncu kalkınma planının -sektörel analizler yapılmadan- büyüme odaklı stratejisinin sonuçları olarak değerlendirilebilir.

⁶⁶³ DPT, *2006 Yılı Yıllık Programı*, Ankara, 2006, s.148.

netleştirilmiştir. Bu doğrultuda 2003 yılına ait yıllık programda; bölgesel gelişme stratejileriyle eşgüdümlü olmak üzere sağlık ve sağlık altyapısına yönelik yatırımlara öncelik verileceği; böylece sağlık yatırımlarının bölgeler arası dengesizlikleri gidermeye yönelik olacağı vurgulanmıştır. Ancak yıllık programda toplam hasta yatağının %40'ı ve hekimlerin %48'inin üç büyük ilde olduğu ve hasta yataklarının %20'sinin personel yetersizliğinden dolayı kullanılmadığı⁶⁶⁴ belirtilmiştir. Bu durum daha önce de tartışıldığı üzere hastanelerin verimsiz kullanıldığının net bir göstergesidir.

Tablo 35: Temel Sağlık Göstergelerinin AB-15 Ortalaması İle Karşılaştırılması 1990-2003⁶⁶⁵

Temel Sağlık Göstergeleri	TÜRKİYE			AB ORT.		
	1990	2000	2003	1990	2000	2003
Kaba Doğum Hızı (Binde)	25,2	20,2	19,4	12	10	10
Kaba Ölüm Hızı (Binde)	7,1	6,2	6,2	11	9	8
Doğumda Yaşam Beklentisi (Yıl)	66	70,4	70,9	74	77	78
Bebek Ölüm Hızı (Binde)	55,4	28,9	25,6	10	7	7
Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızı (Binde)	60	50	37	12	8	8
Anne Ölüm Oranı (Yüz Binde)	100	70	62	4	3	3
Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı (%)	3,6	6,6	6,8	8	8,5	8,5
Kişi Başına Sağlık Harcaması (Dolar)	98	195	192	1,900	2,100	2,150
Sağlık Personelinin Hazır Bulunduğu Doğumlar (%)	63	75	78	98	100	100
Hekim Başına Düşen Nüfus (Kişi)	1,121	834	718	360	350	350
Yatak Başına Düşen Nüfus (Kişi)	412	379	389	120	130	130

Yukarıdaki gelişmelerden sonra sağlık yatırımlarına ilişkin hazırlanan plan ve programlarda fiziki mekân göstergeleri hakkında veriler yayınlanmaya başlamıştır. Tablo 35'de yer verildiği üzere Türkiye'nin sağlık göstergeleri AB verileri ile karşılaştırılmıştır. Buradan hareketle söz konusu tabloda yer alan verilerin AB ortalamasına göre düşük olduğu görülmektedir. Ayrıca tabloda yer alan göstergeler (hekim başına düşen nüfus, hemşire başına düşen nüfus gibi) SDP ile birlikte on bin kişiye düşen doktor, yüz bin kişiye düşen hemşire sayısı gibi verilere dönüşmüştür.

⁶⁶⁴ DPT, 2003 Yılı Yıllık Programı, Ankara, 2003, s.144.

⁶⁶⁵ DPT, a.g.e., 2006, s.149.

Tablo 36: Sağlık Göstergelerindeki Gelişmeler 2004-2006⁶⁶⁶

Fiziki Mekân Göstergeleri	2004	2005	2006	AB
Yatak Sayısı	187,788	192,658	197,170	-
Yatak Başına Düşen Nüfus	378	374	372	154
Yatak Kullanım Oranı (%)	64,9	64,5	-	77,5
Sağlık İnsan Gücü Göstergeleri				
Hekim Sayısı	99,300	100,800	103,150	-
Hekim Başına Düşen Nüfus	716	715	707	288

Sağlık göstergelerindeki gelişmelerin yer aldığı yukarıdaki tablo Dokuzuncu Kalkınma Planı'nda yer almıştır. Dokuzuncu Kalkınma Planı'nda yatak kullanımının il ve ilçeler arasındaki dengesizliği sonucu hasta yatak sayısının %38'nin daha önce olduğu gibi üç büyük ilde toplandığı ifade edilmiştir. Plana bağlı olarak ortaya koyulan 2007 yılına ait yıllık programda ise sevk sisteminin işletilememesi sonucu vatandaşların hizmet maliyetleri daha yüksek olan tedavi kurumlarına gittiği ifade edilmektedir.⁶⁶⁷ Yıllık programda gelişmiş ülkelere oranla sağlık hizmetlerinde geride kalındığı fakat sağlık harcamalarındaki artış ile aradaki farkın kapatılmaya çalışıldığı ifadesi dikkat çekicidir.⁶⁶⁸ Programda yer alan verilere göre; 2006 yılı itibariyle toplam yatak sayısının %70'i Sağlık Bakanlığı'na, %15'i üniversite hastanelerine, %7'si ise özel hastanelere aittir. Programda hastanelerin fiziki altyapı eksikliklerini gidermek amacıyla kamu ve özel sektör işbirliği doğrultusunda alternatif finansman arayışlarının olduğu dikkat çekmektedir.⁶⁶⁹ Planda, hastane yatak sayılarının artırılması hedeflenmiş ancak hekim sayısının sınırlı olması sebebiyle hasta başına düşen hekim sayısında önemli bir artışın olmayacağı⁶⁷⁰ öngörülmüştür. Yatak sayısının artırılması daha önceki planlara uygun olmayan bir hedef olarak karşımıza çıkmaktadır.

⁶⁶⁶ DPT, *2007 Yılı Yıllık Programı*, Ankara, 2007, s.198-199.

⁶⁶⁷ Sosyal güvenlik harcamalarının ise kamu harcamaları içindeki payının düşürülmesine yönelik olarak yapılacağı belirtilmiştir. Dokuzuncu Kalkınma Planının (2007-2013) Onaylandığına İlişkin Karar, RG: 01.07.2006, Sayı: 26215 Mükerrer.

⁶⁶⁸ Ancak DSÖ Sağlık 2020 isimli politika metninde sağlık harcamaları ile sağlık göstergeleri arasında bir bağ bulunmadığı tespitinde bulunmuştur. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>, (17.06.2016).

⁶⁶⁹ DPT, *a.g.e.*, 2007, s.198-199.

⁶⁷⁰ Dokuzuncu Kalkınma Planının (2007-2013) Onaylandığına İlişkin Karar, RG: 01.07.2006, Sayı: 26215 Mükerrer.

Tablo 37: Sağlıkta Fiziki Mekân Göstergeleri 2005-2008⁶⁷¹

	2005	2006	2007	2008 (Tahmin)	AB
Yatak Sayısı	192,658	196,667	200,633	206,967	
Yatak Başına Düşen Nüfus	374	371	368	361	174
Yatak Kullanım Oranı (%)	64,5	64,4	69,1	-	75,8

Yukarıdaki tabloda sağlıkta fiziki mekân göstergeleri olarak hastane sayısı ve hasta yatak sayısı yer almıştır. 2009 yılı yıllık programından elde edilen verilere göre 2002-2007 yılları arasında yatak sayısının %13,2 oranında arttığı; bunların %67'sinin Sağlık Bakanlığı'na, %14,9'unun üniversitelere, %8'inin ise özel sektöre ait olduğu bilinmektedir. Programda özel hastanelerin yatak sayısının toplam yatakların %11,2'sine sahip olmasına rağmen, toplam ameliyatlarda %48'ini gerçekleştirdiği, özel hastanelerde yatak devir hızının %110 olduğu; Sağlık Bakanlığı'nın yatak devir hızının %49,9 üniversite hastanelerinin ise %43,1'de kaldığı ifade edilmektedir. Bu durum kamu hastanelerinin özel sektör ile rekabet etmesi düşüncesinin yaygınlık kazanması açısından önemli görülmektedir.

2008 yılı Yatırım Programı'nda ise projelendirilen 2,759 yatırım faaliyetine 17,1 milyar lira ödenek tahsis edilmiş; sağlık sektörünün payı %8,4 olmuştur. Kamu sağlık yatırımlarında özel sektör ile işbirliği yapılması çerçevesinde 6111 sayılı Kanun çıkarılmıştır. 6111 sayılı Kanunla⁶⁷² yap-işlet-devret kapsamında projelendirilen çalışmaların hazırlık ve onay süreçleri kolaylaştırılmış ve yatırımların cazip hale getirilmesi amaçlanmıştır. 2011 yılı yatırım programı kapsamında⁶⁷³ projelendirilen yatırımlar için (2534 projeye 31,3 milyar lira) sağlık sektörüne % 6,4'lük bir pay ayrılmıştır.⁶⁷⁴ 2013 yılı yatırım programında 2.737 proje için 45,6 milyar lira kaynak tahsis edilmiş sağlık sektörü için %6,9 oranında kaynak ayrılmıştır. Yıllık programlarda verilere dayalı olarak kamu altyapı yatırımları politika önceliklerine göre ele

⁶⁷¹ DPT, *Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007-2013) 2009 Yılı Programı*, Ankara, s.203.

⁶⁷² 6111 sayılı Bazı Alacakların Yeniden Yapılandırılması ile Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve Diğer Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, RG: 25.02.2011, Sayı: 27857, Mükerrer.

⁶⁷³ 2012 yılı Yıllık Programı Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007-2013) ve Orta Vadeli Program'ın (2012-2014) öncelikleri esas alınarak hazırlanmıştır. Programda dünya ekonomisindeki belirsizlikler karşısında büyümenin sürdürülmesi, mali disiplinin sağlanması, istihdamın artırılması gibi makroekonomik amaçlar güdülmektedir. Kamu harcamalarının verimlilik artışına yönelik yapılması çerçevesinde sağlık hizmetlerinde ilaç ve tedavi giderlerinin azaltılması, sağlık harcamalarında denetimin artırılması, kamu altyapı yatırımlarında özel sektörden yararlanılması gibi faaliyetler sıralanmaktadır. 2011/2303 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı, Yüksek Planlama Kurulunun 11/10/2011 tarihli ve 2011/25 sayılı Raporu ile Bakanlar Kurulu'na sunulan ekli "2012 Yılı Programı" ile "2012 Yılı Programının Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair Karar, RG: 18.10.2011, Sayı: 28088, Mükerrer.

⁶⁷⁴ 2011 yılında Türkiye'nin sağlık ve temel eğitim alanında rekabet gücü 142 ülke arasında 75. olmuştur.

alınmaktadır. Bu bağlamda Onuncu Kalkınma Planı ve Orta Vadeli Mali Program'ın (2015-2017) esasları önemli görülmektedir. Onuncu Kalkınma Planı'nda 2753 proje için 47,5 milyar lira bütçe oluşturulmuş ve sağlık alanına söz konusu bütçenin %7,4'ü oranında kaynak ayrılmıştır. Sağlık Bakanlığı yıllık program kapsamında olmayan yatırımlar için ödenek ayrılmayacağını vurgulamış; toplulaştırılan projelerin Yap-İşlet, Yap-İşlet Devret, Yap-Kirala Devret, İşletme Hakkı Devri olmak üzere dört çeşit KÖO modeli ile yapılacağını duyurmuştur. Sağlık yatırımları da bu modeller çerçevesinde ele alınmaktadır.

Tablo 38: Sağlık Gösterge ve Hedefleri 2006-2018⁶⁷⁵

	2006	2012	2015	2018
10 Bin Kişiye Düşen Yatak Sayısı	25,1	26,5	26,6	28,4
100 Bin Kişiye Düşen Hekim Sayısı	151	172	179	193
100 Bin Kişiye Düşen Hemşire Sayısı	119	180	194	295
Fiziki Altyapının Dengeli Dağılım Oranı	---	2,55	1,57	2,00
Sağlık Personelinin Dengeli Dağılım Oranı	3,40	2,24	2,09	2,00
Hekim Başına Düşen Hemşire Sayısı	0,79	1,04	1,08	1,53
Bebek Ölüm Hızı (Binde)	16,5	7,7	7,6	6,0
Anne Ölüm Hızı (Yüz Bin Canlı Doğumda)	28,5	15,5	13,7	9,5

Yukarıdaki tabloda sağlık göstergeleri önceki planlarda olduğu gibi kişi başı (hekim ya da yatak sayısı) değil; bin, on bin ve yüz bin kişi üzerinden ifade edilmektedir. Örneğin, fiziki altyapının dengeli dağılım oranı 29 sağlık hizmet bölgesine göre, sağlık personelinin dengeli dağılım oranı da İstatistiki Bölge Birimi Sınıflandırması temelinde yapılmıştır.⁶⁷⁶ Söz konusu kriter değişimi üçüncü bölümde şehir hastaneleri ve sağlıkta bölge planlaması başlıklarında ele alınacağı üzere nüfusun toplulaştırılması ve sağlık hizmetlerinin ölçek büyütülerek hizmet verilmesi anlayışının göstergesi olarak değerlendirilebilir. Ayrıca önceki plan ve sağlık göstergelerinde hasta başına düşen hemşire sayısı olarak ifade edilen göstergenin Onuncu Plan'da (hekim

⁶⁷⁵ 19/10/2016 Tarihli ve 29862 Sayılı Resmî Gazete'de Yayımlanan 3/10/2016 Tarihli ve 2016/9368 Sayılı 2017 Yılı Programının Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair Bakanlar Kurulu Kararı Eki 2017 Yılı Programı, RG: 30.10.2016, Sayı: 29873. Kalkınma Bakanlığı, *Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018)*, Ankara, 2013.

⁶⁷⁶ 2009 yılı Yıllık Programı'nın "Avrupa Birliği Müktesebatının Üstlenilmesine İlişkin Türkiye Ulusal Programı, Stratejik Çerçeve Belgesi ve Avrupa Birliğine uyum amacıyla hazırlanan diğer plan, program ve stratejik dokümanlarında yer alan öncelikler doğrultusunda" hazırlanan projelerin AB'den alınan fonlardan finanse edilerek gerçekleştirileceği belirtilmiştir. 2008/14200 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı, "2009 Yılı Programının Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair Karar"ın Kabulü Hakkında Karar, RG: 18.10.2008, Sayı: 27028. Kararın eki için Bkz: 18 Ekim 2008 Gün Ve 27039 Sayılı Resmî Gazete'de Yayımlanan 13 Ekim 2008 Gün Ve 2008/14200 Sayılı 2009 Yılı Programının Uygulanması, Koordinasyonu Ve İzlenmesine Dair Bakanlar Kurulu Kararı Eki, RG: 15.01.2009, Sayı: 27111, Mükerrer.

başına düşen hemşire sayısı gibi bir kriterin) ne anlama geldiği de üzerinde durulması gereken önemli bir konudur.⁶⁷⁷

2. Sağlık Göstergelerinin Çözümlemesi

Bu başlıkta SDP çerçevesinde sağlık yatırımlarında ve göstergelerinde yaşanan dönüşümün özel sektör yatırımlarına etkisi ele alınacaktır. Sağlık göstergeleri fiziki mekân göstergelerinin yanı sıra hizmet kullanımına yönelik veriler ile birlikte değerlendirilmelidir. Sağlıkta fiziki mekân göstergelerinin yer aldığı tablolarda toplam yatak sayısının nüfusa bölünmesi ile kişi başına düşen yatak sayısı bulunabilmekte; ancak bu veriler sağlık hizmetlerinin kullanım durumları olmadan pek de anlamlı olmamaktadır. Ancak fiziki mekân göstergeleri aşağıdaki verilerle birlikte değerlendirildiğinde özel sektörün hizmet sağlayacağı alanın potansiyelini gösteren veriler ortaya çıkmaktadır.

Tablo 39: Sağlık Kuruluşlarının Durumu ve Hizmet Değerlendirmeleri⁶⁷⁸

Kurum	Yatak Sayısı (Bin)	Müracaat Sayısı (Bin)	Yatan Hasta Sayısı (Bin)	Ameliyat Sayısı (Bin)	Ameliyat Sayısının Müracaat Sayısına Oranı %	Ameliyat Sayısının Yatak Sayısına Oranı	Yatak Doluluk Oranı %	Hastanın Ortalama Kalış Günü	Yatak Devir Hızı (Hasta)
Sağ. Bak.	122,322	260,974	6,892	2,299	0,9	18,8	66,4	4,3	56,3
Üniv.	35,150	27,080	1,602	665	2,5	18,9	76,7	6,1	45,6
Özel	35,767	66,582	3,485	1,447	2,2	4,0	51,5	2,3	81,8

Yukarıdaki tabloda da görüleceği üzere hastanelere müracaat oranının sürekli arttığı, söz konusu artışın Sağlık Bakanlığı, üniversite hastaneleri ve özel hastaneler açısından farklılık gösterdiği ifade edilebilir. Farklılık sadece müracaat oranı üzerinden değil; hasta yatak sayısı ve doluluk oranı ve aynı zamanda hastanelere başvuranların ameliyat olma oranı, hastanede yatış günü ve aynı yatağa başka bir hastanın gelmesine bağlı olarak yatak devir hızı oranı gibi veriler üzerinden görülmektedir. Bu doğrultuda özel sektörün yatak devir hızının kamu hastanelerine göre yüksek olması daha önce ele alındığı üzere teknik verimlilik çerçevesinde değerlendirilebilir.

Ancak vatandaşın hayatının söz konusu olduğu durumlarda bir yatağın boşaltılma hızının yüksek olmasının ne kadar etik olduğu da ayrıca tartışılmalıdır. Aynı şekilde yatak doluluk oranının artırılması ise sebepsiz yere insanların hastaneye

⁶⁷⁷ Birinci basamak sağlık hizmetleri için aile hekimliği modelinin sistemin yükleniciliğini yapması öngörülmüş bu bağlamda aile hekimlerinin bir işveren olarak hemşirelerle ayrıca sözleşme yapması planlanmıştır. Hemşire sayısının doktora dağılımı da bu açıdan değerlendirilebilir.

⁶⁷⁸ 25 Ekim 2013 Tarihli ve 28802 Sayılı Resmî Gazete’de Yayımlanan 7 Ekim 2013 Tarihli ve 2013/5502 Sayılı 2014 Yılı Programının Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair Bakanlar Kurulu Kararı Eki 2014 Yılı Yatırım Programı, RG: 14.01.2014, Sayı: 28882, Mükerrer.

yatırılmasına neden olabilecektir. Sonuç olarak Türkiye’de tedavi edici hizmetler sevk sistemi uygulanmadığı için gereksiz yere ayaktan tedavi amaçlı kullanılmakta; Sağlık Bakanlığı ise yatak doluluk oranının düşük ve bunun özel sektöre göre verimsiz olduğunu ifade etmektedir. Dolayısıyla yatak doluluk oranını artırmaya yönelik girişimlerin yapılması sağlıkta dönüşümle insanları hasta eden bir sistemin getirileceği yönünde bir algı yaratmaktadır. Bunun en son örneği aşağıda da ele alınacağı üzere şehir hastanelerini yapan özel sektöre %70 yatak doluluk oranının devlet tarafından garanti edilmesidir.

Tablo 40: Yıllar İtibariyle Toplam Hasta Yatağı Sayısı ve Doluluk Oranları⁶⁷⁹

	2007	2008	2010	2011	2012	2013	2015	OECD	AB-28
Yatak Sayısı (Bin)	178,0	183,1	200,2	194,5	200,2	202,0	209,6	-	-
10 Bin Kişiye Düşen Yatak Sayısı	25,2	25,6	27,2	26,0	26,5	26,4	26,6	47,4 (2014)	52,2 (2014)
Yatak Doluluk Oranı (%)	64,8	65,7	63,8	65,6	65,1	66,0	69,6	77,3 (2014)	76,9 (2012)

Yukarıdaki tabloda yer alan veriler hem AB, hem de OECD ortalamasına göre bir karşılaştırma imkânı sunmaktadır. Politika belgelerinde hasta yatak sayıları ve doluluk oranlarının önemli bir göstere olarak yer alması, sağlık politikasının yatırım odaklı olmasını göstermesi açısından önemlidir. Ancak sağlık hizmetlerine erişimin artırılması kapsamında uygulanan politikalar ölçek büyütme anlayışı ile birlikte halka yakın yerde bulunan hastanelerin kapatılmasını gerektirmektedir. Dolayısıyla vatandaşlar kendilerine uzak da olsa sağlık hizmeti için bölge hastanelerine gideceklerdir. Ayrıca daha önceki yatırım programlarında ölçek büyütme ve nüfusu toplulaştırma politikası güdülmezken⁶⁸⁰ ortak sorun olarak bölgeler arası gelişmişlik farkının azaltılması öne çıkmıştır. Kişi başı hekime müracaat sayısı kriteri ise ilk defa Onuncu Plan’da yer almıştır.⁶⁸¹ 2002 yılında kişi başı hekim müracaat sayısı 3,2 iken 2015 yılında 8,4’e yükselmiştir. Önceki veriler üzerinden bir kıyaslama ile oluşturulan istatistikler, vatandaşın bir yıl içinde kaç defa hekime muayene olduğunu göstermektedir. Sağlık gelişme göstergelerinden biri sayılmayan söz konusu veriler özel sektörün sağlık yatırımlarının geliştirilmesine yönelik teşvik amaçlı istatistik toplama

⁶⁷⁹ Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, DSÖ ve OECD verilerinden elde edilmiştir.

⁶⁸⁰ Türkiye’de 1950’li yıllarda DSÖ öncülüğünde sağlık bölgelerinin oluşturulması planlanmış ancak düşünce bölgeler arası gelişmişlik fikri ile yapılmaya çalışılmıştır. 1990’lı yıllarda ise günümüzde olduğu gibi Bölge Sağlık İdaresi Tasarı Taslağı çıkarılmış ancak yasalasamamıştır. İki şekilde de ortak sorun bölgeler arası gelişmişlik problemi olsa da günümüzdeki sağlıkta bölge planlamasının özel sektör yatırımlarını teşvik için yapıldığı iddia edilebilir.

⁶⁸¹ Kalkınma Bakanlığı, *Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018)*, Ankara, 2013, s.33.

olarak yorumlanabilir. Sağlık göstergeleri yatak doluluk oranı ve hasta devir oranı kriteri ile birlikte düşünüldüğünde, sağlık hizmetlerinde harcama değeri yaratmaya yönelik bir düşüncenin yükseldiği ifade edilmelidir.

Yukarıda sözü geçen göstergeler için gerekli istatistikleri toplayan devlet bundan daha da önemli bir işlevi yerine getirerek kamu hastanelerinin özel sektör gibi işletilmesini kolaylaştırıcı bir etkide bulunmaktadır. Kamu Tercihi Teorisi'ne uymayan bu durum üçüncü bölümde ele alındığı üzere kamu ve özel sektör ortaklığı ile kurulan şehir hastanelerinde devletin ticari riski de üzerine alması ile SDP reformlarında farklılaşmaya neden olmuştur. Devletin elde ettiği veriler ile özel sektör için teknik olarak verimli sayılan girişimleri kamu hastaneleri için uygulamaya başlaması sağlığın kamusal niteliğinin dönüştüğünü gösteren önemli bir gelişmedir.

Bölüm Değerlendirmesi

Tezin birinci bölümünde sağlık reformlarının maliyet ve verimlilik gerekçesiyle yapılması gerektiği; bu bağlamda kamunun sağlık harcamalarının daha rasyonel alanlara kaydırılması gibi teorik yaklaşımlar ele alınmıştır. Ancak Türkiye'de farklı bir durum yaşanmaktadır: Devlet, özel sektörün alana girişini kolaylaştıracak kurumsal düzenlemeler yapmakta; aynı zamanda kamu sağlık harcamaları da artmaktadır. Bu durumda DB'nin sağlıkta maliyet etkin politikalarının Türkiye'de farklı bir işlev gördüğü söylenmelidir. Tezin genelinde de ele alındığı üzere sağlığın kamusal niteliğinin dönüşümü kamu sağlık harcamaları üzerinden ortaya koyulabilmektedir. Örneğin kamunun sağlık hizmeti sunumu noktasında özel sektörden tedarik ettiği mal ve hizmetler sağlığın kamusal niteliğinin dönüşümünde önemli görülmektedir.

Sağlıkta dönüşüm ile birlikte birinci bölümde yer alan yerelleşme politikası ikinci bölümde Türkiye'de harcama birimi olarak hastaneler ve finansman birimi olarak SGK üzerinden değerlendirilmiştir. Tezin girişinde özel sektörden mal ve hizmet temin edilmesinin maliyet azaltıcı politikalar çerçevesinde uygulanıp uygulanmadığı sorusu sorulmuştur. Soru, şu tespit ile yanıtlanmıştır: Sağlıkta reform hareketi kamu sağlık harcamalarının özel sektör lehine artışına neden olmuştur. Çünkü harcama birimi haline gelen yapılar özel sektörden mal ve hizmet temini noktasında önemli bir işlev görmektedir.

Türkiye'de kamu hastaneleri DB'nin politikalarına uyumlu olarak dış kaynak kullanımı yoluyla alımlar gerçekleştirilmektedir. Ancak özel sektör sağlık sunucuları bu politikaya uymamaktadır. Türkiye'de kamu hastanelerinin çekirdek sağlık hizmeti

dışında ürettiği hizmetler dış kaynak kullanma yoluyla özel sektörden temin edilmektedir. DB politikalarına uygun olarak gerçekleştirilen mal ve hizmet alımları maliyet ve verimlilik gerekçesiyle yapılmaktadır. Ancak Türkiye’de özel hastaneler çekirdek sağlık hizmeti sunmanın yanı sıra diğer hizmetleri de dış kaynak kullanma aracılığıyla değil; mümkün olduğunca yine kendi kurdukları firmalardan satın almaktadır. Gerek DB politika metinlerinde gerekse kamu hastaneleri ile yapılan görüşmeler neticesinde dışardan kaynak kullanımının maliyet ve verimlilik çerçevesinde yapıldığı yönünde ifadeler olsa da bunu doğrulayacak bir veriye ulaşılamamıştır. Çünkü aynı mal veya hizmetin kamu kaynaklarından karşılanması halinde bir gösterge olmadığı için piyasada bulunan tedarikçilerden belirli şartları taşıyanların sunduğu mal ve hizmetler için en iyi fiyat politikası güdülmektedir.



Üçüncü Bölüm

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI'NIN SORUNLARINA İLİŞKİN ÇÖZÜM ÖNERİLERİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELECEĞİ

Tezin ilk bölümünde DB'nin sağlıkta dönüşüm politikasına ilişkin geliştirdiği kavramlar DSÖ'nün sağlık politikaları ile birlikte değerlendirilmiştir. Nihayetinde sağlık hizmetlerinin piyasa ilişkileri çerçevesinde bir dönüşüm geçirmesi devlete yüklenen sağlık hakkı doğrultusunda erişim, maliyet ve verimlilik gibi kavramlar üzerinden politika alanı olan sağlığı dönüşüme zorlamıştır. Birinci bölümde ulaşılmak istenen amaç söz konusu kavramların sağlığı dönüştürmedeki etkisini belirlemek ve Türkiye'de uygulanan sağlık reformları doğrultusunda açıklanan SDP'yi daha anlaşılır kılmaktır. Tezin ikinci bölümünde DB politikaları doğrultusunda açıklanan SDP'nin bileşenleri sağlık projeleri doğrultusunda yapılan anlaşmalar üzerinden ele alınmış ve Türkiye'nin iç dinamikleri de incelemeye dâhil edilmiştir. İkinci bölümde Türkiye'de sağlık reformları çerçevesinde gerek sağlık örgütlenmesinde gerekse işlevselliğinde yaşanan dönüşüm neticesinde kamu sağlık harcamalarının özel sektör lehine arttığı tespiti yapılmıştır. Bu çerçevede SDP'nin amacından saptığı maliyet ve verimlilik çerçevesinde uygulanan reformların bu anlamda yetersiz olduğu görülmüştür. Tezin bu bölümünde ise SDP'nin sorunlarına yönelik birtakım çözüm önerileri sunulmakta ve sağlık hizmetlerinin geleceğine yönelik gelişmelere yer verilmektedir.

I. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI'NIN SORUNLARINA YÖNELİK ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Tezin ikinci bölümünde yer verildiği üzere SDP'nin en büyük paradoksu koruyucu sağlık hizmetlerine yatırım yaparak tedavi edici hizmetlerde özel sektörün teşvik edilmesi iken; Türkiye'de koruyucu sağlık hizmetlerine gereken yatırım yetersiz kalmakta tedavi edici hizmetlerde ise devlet alana cari yatırım harcaması gerçekleştirmektedir. Bir taraftan kamu hastaneleri ve döner sermaye aracılığı ile kamunun sağlık harcamaları artarken diğer taraftan SGK'nin özel sektöre aktardığı kaynak ile transfer harcamalarında artış yaşanmaktadır. Dolayısıyla SDP'nin merkezi bütçenin daha rasyonel alanlara kaydırılması ve sağlık harcamalarında maliyet etkin politikalara geçilmesini öngören bileşenleri bu anlamda uygulanamamaktadır.

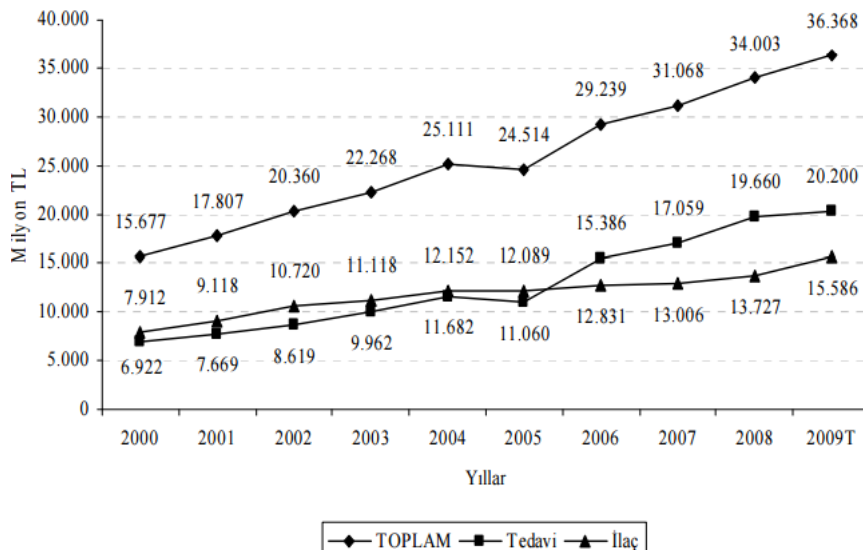
SDP'nin diğer bir paradoksu ise gereksiz hasta başvurularının önlenememesidir. Daha önce de ele alındığı üzere SDP'nin felsefesinin vatandaşları olabildiğince hastaneden uzak tutmak üzerine kurulduğu belirtilmelidir. Ancak hasta sevk sistemi

uygulanmadığı sürece gereksiz başvurular artmakta kamunun sağlık harcamalarında önlenemez maliyetler ortaya çıkmaktadır. Hasta sevk sisteminin işletilmemesi koruyucu sağlık hizmetlerine gereken önemin verilmemesine neden olmaktadır. SDP reformlarının planlandığı gibi uygulanması hasta sevk sisteminin işletilmesine, koruyucu sağlık hizmetlerine yatırım yapılmasına ve GSS'ye yönelik iyileştirmelerin gerçekleştirilmesine bağlıdır.

A. KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞTİRİLMESİ

DB kaynaklı sağlık reformları tezin birinci bölümünde de ifade edildiği üzere tedavi edici hizmetlerde özel sektör yatırımlarının teşvik edilmesini koruyucu hizmetlerinin ise devlet tarafından sunulmasını gerektirmektedir. Burada dikkat çeken nokta koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan bütçenin miktarıdır. Sağlıkta dönüşüm, devletin koruyucu sağlık hizmetlerine yatırım yapması yönünde reform pratikleri içermekte ve DSÖ ile bu çerçevede anlaşmalar yapılmaktadır. Ancak bu işlevi yerine getirmesi gereken Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'na (THSK) ayrılan bütçe içerisinde yatırımlar için tahsis edilen miktar oldukça azdır. Çalışmada sürekli vurgulandığı üzere tedavi edici hizmetler pahalı iken koruyucu hizmetler hastalıkların daha ortaya çıkmadan engellenmesine ve maliyetlerin azalmasına neden olacak bir politika alanı olarak önemli görülmelidir. Dolayısıyla koruyucu hizmetlere gereken yatırım yapılmadığı sürece kamu sağlık harcamalarının artışı önlenemeyecektir.

Şekil 4: Toplam Sağlık Harcamaları 2000-2009 (İlaç ve Tedavi)⁶⁸²



⁶⁸² Hasan Hüseyin Yıldırım vd., "Sağlık Hizmetleri Finansmanında Kullanıcı Katkıları: Genel Bir Bakış ve Türkiye için Bir Durum Değerlendirmesi", *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt: 44, Sayı: 2, 2011.

Yukarıdaki şekle göre tedavi harcamalarının yanı sıra ilaç harcamalarının oranı da yükselmektedir.⁶⁸³ Kamu Harcamalarını İzleme Platformu'nun verilerine göre, 2013 yılında kamunun sağlık harcamalarının %85'i ilaç ve tedavi hizmetleri için; %14'ü ise koruyucu ve idari hizmetler için gerçekleştirilmiştir.⁶⁸⁴

Tablo 41: Koruyucu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Oranı⁶⁸⁵

	1992	1994	1996	1998
Koruyucu Sağlık Harcamaları	2.2	1.1	0.9	0.8
Ayakta Tedavi Harcamaları	63.2	65.6	64.1	64.1
Yatakta Tedavi Harcamaları	25.2	26.9	28.9	29.3
Diğer	9.4	6.4	6.1	5.8

Tablo 41'e hizmet bazında harcamalar açısından bakıldığında koruyucu sağlık hizmetlerine %1,8 hastane hizmetlerine %37,5 birinci basamak sağlık hizmetlerine ise %60,7 oranında harcama yapıldığı görülmektedir. Yukarıdaki tabloda da yer aldığı üzere koruyucu sağlık hizmetlerine gerektiği gibi bütçe ayrılmamasına bağlı olarak tedavi hizmetlerindeki harcamalar artış göstermektedir. Koruyucu hizmetler hastalıkların daha ortaya çıkmadan önlenmesi için önemli bir alan olarak görülmelidir. Buradaki verilerin SDP'den önce olduğunu belirtmek gerekse de aynı durumun aşağıda ele alınacağı üzere SDP ile sürdürüldüğü görülmektedir.

Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi sağlık planlaması açısından da önemli görülmektedir. Kalkınma Bakanlığı uzmanları sağlık hizmetlerinde maliyet azaltma girişimlerinin daha hastalıklar ortaya çıkmadan önlenmesi amacıyla koruyucu sağlık hizmetlerine yatırım yapmanın önemine dikkat çekmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri görece daha pahalı ve problemlili olduğu için sağlık harcamalarında maliyet etkin politikaların etkisi sınırlı kalmaktadır. Bunun yerine sağlık yatırımlarının koruyucu hizmetler çerçevesinde yapılması kaynakların rasyonel olarak kullanılması açısından da hayati derecede önemlidir.⁶⁸⁶

⁶⁸³ a.k., s.71-98.

⁶⁸⁴ Kamu Harcamaları İzleme Platformu, "2014 yılı Kamuoyu Duyurusu 27.10.2014", <http://kahip.org/>, (10.09.2016).

⁶⁸⁵TTB, "Türkiye Sağlık Sektöründe Finansman", https://www.ttb.org.tr/kutuphane/tr_saglik/finansman.pdf, (19.09.2016).

⁶⁸⁶ Kalkınma Bakanlığı uzmanı İ.A. ile 17.01.2017 tarihinde yapılan görüşmeden elde edilen bilgilerdir.

Tablo 42: Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetlerine Ayrılan Bütçe (Milyon TL)⁶⁸⁷

Yıllar	2012	2013	2014	2015
Bütçe	6.652	7.339	8.320	9.055
Değişim %		10	13	9

Yukarıdaki tabloda koruyucu ve temel sağlık hizmetleri için Sağlık Bakanlığı'nın bütçesinden tahsis edilen miktarlar ortaya konmuştur. Buna göre 2013-2015 yılları arasında koruyucu sağlık hizmetleri için ayrılan bütçede bir düşüş yaşandığı gözlenmektedir. Bakanlığın koruyucu sağlık hizmetlerinde yetkili kurum olarak harcamaları ise yetersiz düzeyde kalmaktadır. Yetersiz olmasının nedeni ise sağlıkta dönüşümün felsefesine uygun olarak hastalıkların daha ortaya çıkmadan önlenmesine yönelik politikalar için koruyucu hizmetlere gerektiği gibi bütçe ayrılmaması gösterilebilir. Daha önce yer verildiği üzere tedavi edici hizmetler ve ilaç harcamaları sağlık harcamalarının yarısından fazlasını oluşturmaktadır. Bu durumu engelleyecek olan ise koruyucu sağlık hizmetlerine gerekli yatırımı yapmaktır.

Tablo 43: Sağlık Göstergelerindeki Gelişmeler⁶⁸⁸

Sağlık Göstergeleri	2002	2013	2014	2015
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (yıl)	71,8	76,9	77	78
Bebek Ölüm Hızı (bin canlı doğumda)	31,5	7,8	7,6	7,6
Beş Yaş Altı Ölüm Hızı (bin canlı doğumda)	40,0	10,3	9,7	9,7
Anne Ölüm Oranı (yüz bin canlı doğumda)	64,0	15,9	15,2	14,7
Cepten Yapılan Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı (%)	19,8	16,8	17,8	16,6
Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı (%)	39,5 (2003)	74,7	70,6	72,3

Yukarıdaki tabloda 2002-2015 yıllarına ilişkin temel sağlık göstergelerine yer verilmiştir. Tablodaki verilere göre göstergeler üzerinden sağlık hizmetlerinde bir gelişme kaydedildiği söylenebilir. Örneğin yaşam sürelerindeki iyileşmenin yanı sıra cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranının azaldığı görülmektedir. Daha sonra yer verileceği üzere bu verilerin istatistiklerden ibaret olduğu ve gerçek durumu ortaya koymadığı da tartışılacaktır. Örneğin tabloya göre, 2014 ve 2015 yıllarında beş yaş altı ölüm hızı ve bebek ölüm hızının aynı kaldığı

⁶⁸⁷ 2016 yılı için koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan bütçenin 12.706 milyon lira olduğu ifade edilmektedir. Sağlık Bakanlığı, *2015 Yılı Bütçe Sunumu*, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-94368/h/butcesunumu.pdf>, (23.09.2016). Sağlık Bakanlığı, *2017 Yılı Bütçe Sunumu*, <http://www.saglik.gov.tr/Eklenti/1337,sb-2017-yili-butce-sunumu-plan-butcepdf-1pdf.pdf?0>, (28.12.2016).

⁶⁸⁸ Sağlık göstergelerinde yer alan veriler her yıl yayınlanan sağlık istatistiklerinden yararlanarak derlenmiştir. Ancak burada dikkat çeken bir husus ise verileri aynı kurum yayınlamasına rağmen yayınlanan istatistikler birbirini tutmamaktadır. Örneğin sağlık hizmetleri memnuniyet oranı ve bebek ölüm oranına ilişkin veriler Sağlık Bakanlığı'nın yayınlarında birbirinden farklılık göstermektedir. Problemin kaynağı belli iken sağlık alanına ilişkin yıllık program, kalkınma planı, TÜİK verileri hatta SGK istatistikleri bile birbirini tutmamaktadır.

anlaşılmaktadır. Söz konusu veriler yanıltıcı olmakta buradan Türkiye nüfusunun hiç değişmediği gibi bir durum ortaya çıkmaktadır. Verilere başka bir açıdan bakıldığında ise bebek ölüm oranlarının Sağlık Bakanlığı'nın belirttiği gibi olmadığı görülmektedir. Örneğin Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) ile Sağlık Bakanlığı'nın verileri arasında büyük bir fark bulunmaktadır.

TNSA, bebek ölüm oranını Bakanlığın belirttiği gibi 0,07 değil; 0,12 olduğunu ortaya koymaktadır. Çelişkili verilerin sebebi ise DSÖ hesaplama yöntemlerinden farklı bir uygulamanın seçilmesi olarak gösterilmektedir. Bu yöntem Türkiye'de bebek ölüm oranlarında yaşanan artışı yansıtmamaktadır. Bebek ölüm oranı olarak 2011 yılına kadar DSÖ'nün de hesaplama yöntemi olan (22 hafta ve üzeri ölümler) kriter belirlenmiştir. Ancak bebek ölümlerinde kriterin 28 hafta ve üzeri olarak değiştirilmesi⁶⁸⁹ bebek ölüm oranının da düşürülmesine neden olmuştur. DSÖ 2011 yılında itibaren yukarıdaki tabloda yer alan verilerin doğru olmadığı gerekçesi ile Türkiye'nin sağlık istatistiklerini kabul etmemektedir. 2015 yılında yayınlanan Sağlık Bakanlığı Yıllık Sağlık İstatistikleri'ne göre bebek ölüm oranlarında bir artış yaşanmamış gibi görünmekte bebek ölüm hızı 0,076 olarak bir önceki yılda olduğu gibi yer almaktadır. Ancak ülke nüfusunun artış göstermesi bebek ölüm oranlarındaki çelişkiyi göstermek için dahi yeterli görülebilir.

Koruyucu sağlık hizmetlerine gereken önemin verilmesi için sağlık sisteminin kurtarıcısı olan hasta sevk sisteminin uygulanması gerekmektedir. Sevk sistemi, koruyucu ve tedavi edici hizmetler arasındaki bağın kurulması ve hizmetlerin gerektiği kadar kullanılması açısından önem taşımaktadır. Sevk sisteminin işletilmemesi ise tedavi edici hizmetlere daha çok kaynak ayrılmasına koruyucu hizmetlere ise gereken yatırımın yapılmamasına neden olmaktadır.

1. Sağlık Harcamalarının Kontrolü İçin Bir Anahtar: Hasta Sevk Sistemi

Türkiye'de özellikle 2002 yılından itibaren devletin tüm alanlarında yeniden yapılanmanın başlatılması, reform kavramının önemini artırmıştır. Bu dönemde reformun başarısı ve güvenilirliği özel sektörün teşvik edilmesi, güçlendirilmesi ve özelleştirmelerin hız kazanması isteği⁶⁹⁰ ile yürütülmüştür. Sağlıkta reform hareketi kapsamında ise yasal ve yönetsel düzenlemeler yapılmakta bu düzenlemeler sonucunda

⁶⁸⁹ Sağlık Bakanlığı, *2011 Yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı*, Ankara, 2012, s.23.

⁶⁹⁰World Bank, *Sosyal Adaletle Daha İyi Bir Türkiye 2002*, http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2003/12/16/000160016_20031216174434/Rendered/PDF/273790Turkish01ver0P07825901public1.pdf, (15.03.2016).

kamu sağlık harcamalarında artış yaşanmaktadır. SDP çerçevesinde sağlık hizmetlerinden faydalanmaya yönelik talep -erişim- GSS ile artırılırken maliyet odaklı sağlık politikası ile herkesin istediği sağlık hizmet basamağına gitmesini engellemek için hasta sevk sistemi getirilmiştir.

GSS ile isteyen her vatandař⁶⁹¹ durumunun aciliyetini göz önünde bulundurmadan kamu hastanelerine gidebilmektedir.⁶⁹² GSS bu anlamda vatandaşların hastanelere başvurmasını kolaylaştıran bir uygulama olarak görülebilir. Ancak sağlık sigortasının verdiği güvence insanlarda ahlaki çöküntüye (moral hazard) sebep olmakta⁶⁹³ ve bu durum sistemin bir riski olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastaların istediği sağlık hizmet basamağına gitme serbestliği hasta sevk sisteminin işletilmemesinden kaynaklanmaktadır. Sonuç olarak doğrudan tedavi edici hizmetlere yapılan başvurular sağlık harcamalarının gereksiz artışına sebep olmakta; bu durum yukarıda yer verdiği üzere koruyucu hizmetlerin geri planda kalmasına neden olmaktadır. Sağlık harcamalarının artışına neden olan bu uygulamalar bir denklemin birbirinden ayrılamayan iki ayağını oluşturmaktadır. Bu durum GSS ve hasta sevk sisteminin tezde birlikte incelenmesini gerektirmektedir.

Sağlıkta dönüşüm ile sağlık hizmetleri parçalı bir yapıya bürünmüş devlet, meşruiyet kaynağı olarak gördüğü vatandaşların koruyucu sağlık hizmetleri ile yükümlü tutulmuştur. Özel sektör tedavi edici hizmetlerde faaliyet sürdürürken devlet, hizmet sunumunun yanı sıra alanda düzenleyici, planlayıcı ve denetleyici bir işlev görmektedir. Sağlık hizmetlerinin koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetler olarak kategorize edilmesi, hizmet sunulan nüfusun sağlık ihtiyaçlarının birinci basamaktan sevk yoluyla ikinci basamak sağlık hizmetlerine yönlendirilmesini gerektirmektedir.

Sağlık hizmetlerine erişim ve maliyet kavramları üzerinden sağlık politikalarında değişikliğe gidilmesi gerektiği tezin birinci bölümünde ele alındığı üzere uluslararası örgütler tarafından sürekli dile getirilmiştir. Bu kapsamda sağlıkta dönüşüm maliyet odaklı gerçeleştirilirken sistemin kurtarıcısı olarak sevk sisteminin

⁶⁹¹ GSS Türkiye nüfusunun %85'i oranında bir kapsayıcılığa ulaşmıştır. Prim borcu olan vatandaşların sağlık hizmetinden yararlanamaması ise sağlık hizmetlerine erişimin önündeki en büyük engellerden birisidir. Erişim buradaki anlamı ile ekonomik elverişlilik olarak değerlendirilebilir. Ancak GSS'nin prim borcundan kaynaklanan sorunları bulunmakta ve GSS uygulanamamaktadır. İşçiler memurlar ve esnaf daha önce sigortaları olan kesim prim borçlarını yatırmakta ancak geri kalan kesim borçlu kalmaktadır. 24.06.2016 tarihinde SGK Aktüerya ve Fon Yönetimi Daire Başkanlığı ile yapılan görüşmeye dayanarak elde edilen bilgilerdir.

⁶⁹² GSS aynı zamanda özel hastaneler ile yapılan anlaşmalar doğrultusunda vatandaşların özel sağlık hizmeti alabilmelerini sağlayan bir uygulama olarak görülebilir. SGK özel tıp ve dal merkezleri ile anlaşma yaparak kapsamına göre vatandaşların sağlık harcamalarını ödemektedir.

⁶⁹³ John A. Nyman, *a.g.e.*

işletilememesi, büyük bir çelişkidir. Çünkü maliyet gerekçesiyle ayrıştırılan sağlık hizmetleri yine maliyet yükü olarak -devlet tarafından- şikâyet edilen konular arasında yer almaktadır. DSÖ, herkese sağlık politikası kapsamında sağlık hizmetlerine erişimin artırılması gerektiğini ifade ederken bunun için birtakım mekanizmalar kullanmaktadır. Bunlardan ilki zorunlu ve kapsayıcı sağlık sigortasıdır. Diğeri ise zorunlu sevk sistemidir.

Türkiye 2003 yılında açıklanan SDP ile sağlık reformunu DSÖ ve DB'nin sağlık politikaları doğrultusunda açıklamıştır. Programın birçok açıdan uygulandığı söylene de kilit olarak nitelendirebileceğimiz ve sağlık harcamalarında maliyeti azaltacak olan ayağı halen uygulanmamaktadır. Bu durum, sağlık harcamalarının giderek artmasına SGK'nin mali yönden zor duruma düşmesine, SGK'ye merkezi bütçeden kaynak aktarılmasına ve nihayetinde vatandaşların zorunlu olarak girdiği GSS'nin kapsamının daraltılmasına neden olmaktadır. Sevk sisteminin işletilememesinin belki de en önemli sonucu kamu sağlık harcamaları artarken; kamu hastanelerinde yoğunluğa bağlı yaşanan kalitesizliktir. Böylece sağlık sisteminin özel sektöre hasta yönlendirecek bir şekle girmesi SDP'ye aykırı bir durum olarak özel hastane sayısında artışa neden olmaktadır.

Türkiye, sağlıkta dönüşümü gerçekleştirirken diğer ülkelerden farklı ve kendine özgü bir şekilde hasta sevk sistemini işletmemektedir. Sağlıkta birçok yönden model olarak gösterilen İngiltere'nin Ulusal Sağlık Sistemi'nin olmazsa olmazı sevk sistemidir. Bu sayede sağlık harcamaları kontrol edilmekte ve gereksiz yere sağlık harcamaları yapılmamaktadır.⁶⁹⁴ İşlemeyen bir sevk sistemi sağlık reformlarının amacına ters düşmektedir. Çünkü sağlık reformu temelde birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirirken devlete birtakım sorumluluklar yüklemiş ve sağlıkta dönüşüm, maliyet düşürmenin en doğru yolu olarak gösterilmiştir. Türkiye'nin sağlık harcamalarında iyileştirme çalışmaları ise birinci basamak sağlık hizmetlerinin ihmal edilmesinden kaynaklanan problemleri aşamamış görünmektedir.

Hasta sevk sistemi hastalıkların türüne göre başvurulması gereken kuruluşlar arasındaki geçiş sistemine verilen genel addır. Birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak her defasında hastanın durumuna göre aşamalı geçiş öngörülen sistem ile vatandaşın ilk aşamada Aile Hekimliği ve Toplum Sağlığı Merkezlerine, ikinci aşamada ikinci basamak devlet hastanelerine oradan ise hastanın durumuna göre üniversite

⁶⁹⁴ NHS'nin temel amacı hastaları hastanelerden uzak tutmaktır. Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, *Avrupa Birliği Ülkelerindeki Hastane Hizmetleri Araştırma Raporu*, s.3.

hastanelerine geçişi planlanmaktadır. Aşağıda sağlık hizmetlerinin yürütülmesine ilişkin yönergede bu durum şu şekilde ele alınmıştır: ⁶⁹⁵

“Acil durumlar dışında hastanın ilk olarak birinci basamağa başvurması bu basamaktaki imkanlarla teşhis ya da tedavi edilemeyenlerin bir üst basamağa gitmelerinin sağlanmasıdır. Bunun amacı, özellikle, hastaların öncelikle birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurmalarını ve yalnızca gerek görülenlerin ikinci ya da üçüncü basamağa gitmelerini sağlayarak kişilerin zaman kaybına uğramadan, yerleşim yerlerine daha yakın olan birinci basamak kuruluşlarından yararlanmalarını sağlamak; aynı zamanda, hastaneleri hizmet alması gerekmeyecek olan hasta yükünden kurtararak hizmetin kalitesini yükseltmek ve maliyetini azaltmaktır.”

Sağlık Bakanlığı'nın 1993 yılında yayınladığı Ulusal Sağlık Politikası isimli belgede yukarıda yer aldığı gibi temel sağlık hizmetlerinden geçmeyen hastaların hastanelere kabul edilmeyeceği belirtilmektedir. ⁶⁹⁶ Ancak sistem bir türlü uygulanamamıştır. ⁶⁹⁷ 1990'lı yıllardan 2000'lere kadar bir türlü uygulanmayan sevk sistemi, söz konusu dönem içinde en çok şikâyet edilen konular arasında yer almaktadır:

698

“Hizmet sunumunun ikinci basamağı hastanelerdir. Hastaneler birinci basamakta çözülememiş sağlık sorunlarının çözümü için planlanmış kuruluşlardır. Ancak Türkiye’de birinci basamak hizmetler gerektiği gibi gelişmemiş ve hasta sevk zinciri kurulmamış olduğundan hastalar doğrudan hastanelere başvurmaktadır. Aslında vakaların % 90-95'inin birinci basamakta sonuçlandırılıp % 5-10'unun hastaneye sevk edilmesi gerekirken bugün hastalar hiçbir sınırlamaya tabi olmaksızın en küçük sorunları için bile doğrudan hastaneye başvurmakta, bu da kalabalıklara, kuyruklara neden olmaktadır. Mevcut hastane yataklarının kullanımında ciddi problemler vardır. Yatak kullanım oranları % 45-50'ler civarındadır. Bu da Türkiye'deki her iki hastane yatağından birisinin boş olduğunu göstermektedir.”

Yukarıda yer alan sorun halen devam ederken elde edilen veriler sağlık harcamalarının niçin azaltılmadığını da göstermektedir: ⁶⁹⁹

“Çok çeşitli kurum ve kuruluşa bağlı birimler tarafından birinci basamak tedavi edici hizmetler verilmekte, bu da hizmetlerde duplikasyonlara neden olmaktadır. Birinci basamak hizmetler disiplin altına alınmadığı gibi, sevk sistemi de sağlıklı bir biçimde işletilememektedir. Bu durum hastanelerdeki hizmet verim ve kalitesini de olumsuz etkilemektedir. Hastaneler birinci basamak tedavi hizmeti veren kurumlar gibi yoğun bir şekilde ayaktan hasta bakımı yapmakta ve hastane polikliniklerinde yığılmalar olmaktadır.”

“Sağlık hizmetlerinin kullanımındaki diğer önemli bir sorun da, toplumun hizmet alma kademelerine uymamasıdır. Var olan verilere göre, hastaların % 48'i ilk başvuru yeri

⁶⁹⁵Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, http://www.asm.gov.tr/uploadgeneldosyalar/dosyalar/143/mevzuat/24_01_2011_14_52_16.pdf, (20.04.2016).

⁶⁹⁶ Sağlık Bakanlığı, *Ulusal Sağlık Politikası*, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1993, s.52.

⁶⁹⁷ 1990'lı yıllarda sevk sisteminin uygulanmama gerekçeleri ile günümüzdeki gerekçeler benzerdir. Sevk sisteminin işletilmemesinden dolayı bir yandan hastanelere döner sermaye girişi dolayısıyla para girişi artmakta; diğer yandan bu para özel sektörden satın alınan hizmetin finansmanında kullanılmaktadır. Günümüzde performans sistemi ile döner sermaye bütçesinden sağlık çalışanlarına ek ödemeler yapılmaktadır. Maaşlara ek olarak ödenen döner sermaye geliri ile doktorların özel hastanelere transfer olmasının engellendiği bilinmektedir.

⁶⁹⁸ Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje*, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1993, s.6-7.

⁶⁹⁹ Sağlık Bakanlığı, *Herkese Sağlık Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri*, Ankara, 2001, s.40-45.

olarak hastaneleri, %25,9'u sağlık ocaklarını ve % 14,9'u özel hekimleri tercih etmektedir. Sağlık ocakları, kırsal bölgede %32,1 ile ilk başvuru yeri olma özelliğini korurken, kentlerde % 10,2'lik bir oran ile dördüncü sırada yer almaktadır.”

2003 yılına gelindiğinde ise sözü edilen sorunların üstesinden gelmek için sağlıkta dönüşüm hareketi başlatılmıştır. SDP'nin temel bileşenlerinden biri de sevk sisteminin uygulanmasıdır. Özel hastanelerin muayene ücretlerini devletten tahsil etmesi nedeniyle oluşabilecek bütçe açıklarını kontrol edebilmek için bazı düzenlemeler uygulamaya konulmuştur. Bu bağlamda en önemli düzenleme, sevk işlemidir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler dışında özel hastanelerde muayene olmak isteyen vatandaşlar; ilk önce sosyal güvenlik yönünden bağlı oldukları kurumların sağlık kuruluşlarına giderek, birinci basamak sağlık kuruluşları olarak tanımlanan kurum hekimi ve sağlık ocağından aldıkları sevk kâğıdı ile devlet hastanelerine veya özel hastanelere muayene olabilmişlerdir.⁷⁰⁰ Bunu dışında sevk işleminin dışına çıkanlara ise maddi yaptırım uygulanacağı belirtilmiştir.⁷⁰¹

Özel hastaneye gitmek isteyen yeşil kart sahiplerinin acil haller dışında özel hastanelere gitmeleri de sevk işlemine tabi tutulmuştur.⁷⁰² Maliye Bakanlığı'nın tedavi yardımlarını belirleme yetkisi ile yeşil kart sahiplerinin ve ödeme gücü olmayan vatandaşların özel hastanelere doğrudan gitmeleri⁷⁰³ engellenmiştir. Daha sonra ise devlet hastanelerinde tedavi olma süresinin doksan günü aşmamasına yönelik düzenleme⁷⁰⁴ yapılmıştır. Sevk kâğıdı uygulaması kısa bir süre sonra Maliye Bakanlığı'nın yayınladığı tebliğ ile kaldırılmıştır.⁷⁰⁵ Aynı düzenleme ile özel sağlık kuruluşunda yapılacak her bir tedavinin üst limitinin belirtilmesi ve limiti aşan kısımların hastadan alınması ve hastaların ilave ücret ödemelerinin düzenlemesi Maliye Bakanlığı'nca yapılmıştır. Buradan çıkan sonuç sevk sisteminin yerine para cezasının getirilmesi ile sorunun çözüleceğinin düşünülmüş olmasıdır.

⁷⁰⁰ Sağlık Bakanlığı, Teşhis ve Tedavi Amacıyla Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Hasta Sevkine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ, RG:30.05.2003, Sayı: 25123.

⁷⁰¹ 5510 Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, RG:16.06.2006, Sayı: 26200.

⁷⁰² Sağlık Bakanlığı, Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Devlet Tarafından Karşılanması ve Yeşil Kart Uygulaması Hakkında Yönetmeliğin Bazı Maddelerinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG:13.06.2003, Sayı: 25137.

⁷⁰³ Sağlık Bakanlığı, Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Devlet Tarafından Karşılanması ve Yeşil Kart Uygulaması Hakkında Yönetmeliğin Bazı Maddelerinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG:17.04.2004, Sayı: 25405.

⁷⁰⁴ 5222 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanunda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG:21.08.2004, Sayı: 25529.

⁷⁰⁵ Sevk işlemleri 15 Haziran 2007 tarihinden itibaren uygulamadan kaldırılmıştır. Ancak memurun kendisi hasta ise sağlık karnesine sevk yazılması onun haricinde aile fertlerinin sevk işlemine gerek kalmadan hastaneye gidebilmelerine olanak sağlanmıştır. Maliye Bakanlığı: Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği (Sıra No: 8), RG: 25.05.2007, Sayı: 26532 Mükerrer. Sevk zinciri işlemi ise 2008 yılından itibaren pilot illerde uygulamaya başlamış ve 2016 yılının sonuna kadar uygulamanın Türkiye geneline yaygınlaştırılması amaçlanmıştır.

2008 yılında yeniden bir girişimde bulunularak sistemin tekrar işletilmesi kararlaştırılmıştır. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı'nın yayınladığı Sağlık Uygulama Tebliği⁷⁰⁶ ile sağlık kuruluşları kategoriye ayrılmış ve aile hekimliğine geçilmesi ile birlikte sevk zincirine uygun olarak basamaklar arası muayene geçişinin yapılacağı belirtilmiş; sevk zincirinin dışına çıkılması halinde muayene ücretlerinin kurum tarafından ödenmeyeceği bildirilmiştir.⁷⁰⁷ Fakat bu tebliğde bir değişiklik⁷⁰⁸ yapılarak sevk zinciri işlemlerinin dışına çıkılmasına olanak sağlanmıştır.⁷⁰⁹ Böylelikle zorunlu sevk sisteminin işletil(e)memesi hastanelerde yığılmalara neden olurken özel hastaneler ile yapılan anlaşma gereği vatandaşlar (fark ücretine getirilen sınırlamalar ile) dolaylı da olsa özel hastanelere yönlendirilmiş olmaktadır.

SDP içinde yer alan hasta sevk sisteminin uygulanması ilkesi üzerinde önemle durulması gereken bir konudur. Yıllarca çözüme kavuşturulamayan bu sorun ilk defa kapsamlı bir programın içinde yer almıştır. Ancak SDP'de yer almasına rağmen sevk sisteminin uygulanmaması aşağıdaki tablodan da anlaşılacağı üzere ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerindeki başvuru artışını dolayısıyla sağlık harcamalarını hızlandırmıştır.

⁷⁰⁶ Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, RG: 29.10.2008, Sayı: 27012.

⁷⁰⁷ 2007 yılında sevk kağıdı uygulamasının kaldırılmasından sonra 2008 yılında "sevk zinciri işlemi" pilot illerde uygulanmaya başlamış fakat birtakım problemlerle karşılaşmış ve 2016 yılının sonuna kadar gözden geçirilerek etkin ve kademeli bir sevk zinciri sisteminin uygulamaya konulacağı belirtilmiştir. Kalkınma Bakanlığı, *10. Kalkınma Planı, Kamu Harcamalarının Rasyonelleştirilmesi Programı Eylem Planı (2014–2018)*, 6. Bileşen Sağlık Harcamalarının Etkinleştirilmesi ve Kademeli Bir Şekilde Sevk Zinciri Uygulamasına Geçilmesi, Ankara, 2014.

⁷⁰⁸ Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, RG: 17.01.2009, Sayı: 27113.

⁷⁰⁹ Sevk zinciri Denizli, Bayburt, Gümüşhane ve Isparta'da 15 gün uygulanabilmiştir. Hastaneler "ne hasta geliyor ne de para" söylemi ile uygulamanın faydalı olmadığı konusunda görüş bildirmişlerdir. Ali Tezel, "Sevk Zinciri Hastasızlıktan Bitirildi", <http://www.bloomberght.com/ht-yazarlar/ali-tezel/1026175-sevk-zinciri-hastasizliktan-bitirildi/>, (02.01.2017).

Tablo 44: Kamu Sağlık Kuruluşlarında Hekime Müracaat Sayıları⁷¹⁰ (Milyon)

Yıl	Sağlık Ocağı	Aile Hekimliği	Dispanser	Ana Çocuk Sağ ve Aile Plan. Merkz.	Birinci Basamak Toplam	Hastaneler
2002	69,1	-	2,0	3,0	74,8	124,3
2003	79,2	-	2,3	3,5	85,8	129,6
2004	82,2	-	2,4	4,2	89,6	152,8
2005	105,0	-	3,1	5,3	115,1	187,2
2006	121,1	-	3,0	4,6	130,2	217,5
2007	146,1	-	2,8	6,0	156,8	249,1
2008	121,4	45,1	2,8	5,8	177,3	273,7
2009	123,9	65,7	2,6	5,7	200,2	295,3
2010	84,6	109,0	2,4	3,8	202,3	303,0
2011	-	240,3	2,2	0,9	243,4	337,9
2012	-	221,7	2,1	0,6	234,5	355,0
2013	-	212,3	1,8	0,5	219,4	379,0
2014	-	214,1	1,6	0,7	218,6	396,6
2015	-	208,5	1,5	0,5	214,0	418,6

Yukarıdaki tabloya göre, birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuruda bir artış kaydedildiği görülmektedir. Bu artış aslında olması gereken düzeydedir. Hastanelere doğrudan başvuru yapmaktansa birinci basamaklara başvurmak hasta sevk sistemi açısından olumlu bir durumdur. Ancak Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuruda artış yaşanmasının sebebi hastanelere göre daha az muayene katkı ücretinin istenmesidir. Öyle ki 2015 yılında acil sağlık hizmetlerine Türkiye nüfusundan fazla bir başvuru yaşanmış; bu artış aynı şekilde muayene katkı bedellerinin yüksekliğinden kaynaklanmıştır.⁷¹¹ Aşağıdaki tabloda da yer aldığı üzere sağlık hizmetlerine erişimin bir göstergesi olarak müracaat sayılarında yaşanan artış görülmektedir.

Tablo 45: Hasta Sevk Basamaklarına Başvuru Oranı⁷¹²

Yılar	2002	2011	2012	2013	2014	2015
Birinci Basamak	1,1	3,3	3,1	2,9	2,8	2,7
İkinci ve Üçüncü Basamak	2,0	4,9	5,1	5,3	5,5	5,7
Toplam Başvuru Oranı	3,1	8,2	8,2	8,2	8,3	8,4

Yukarıdaki tabloda 2002 yılında bir kişinin sağlık hizmetlerine yıllık ortalama olarak 3,1 oranında başvurduğu; bunun 1,1’inin birinci basamak, geri kalan 2,0’nın ise

⁷¹⁰ Sağlık ocağı verileri Aile Hekimliği ve Toplum Sağlığı Merkezleri üzerinden hesaplandığı için 2011 yılından itibaren tabloda yer almamıştır. Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2003-2011*, Ankara, 2012; Sağlık Bakanlığı, *2014 Sağlık İstatistikleri Yıllığı*, 2015; Sağlık Bakanlığı *2015 Sağlık İstatistikleri Yıllığı*, 2016.

⁷¹¹ Ali İhsan Ökten, “Sağlıkta Rekor Kırdık-2: Dünyada Acil Servislere En Fazla Başvuran Ülkeyiz”, <http://www.hekimmedya.org/index.php/yazarlar/dr-ali-ihsan-okten/3276->, (24.05.2016). Sağlık hizmetlerinin ücretsiz olduğu düşüncesi ile vatandaşlar acil sağlık istasyonlarına başvurursa da yine de yeni düzenlemelerle muayene ücreti ödemektedirler.

⁷¹² Sağlık Bakanlığı, *2015 Sağlık İstatistikleri Yıllığı*, 2016.

tedavi edici hizmetler olduğu görülmektedir. İkinci basamak devlet hastaneleri ve üniversite hastanelerine başvuru oranı ise yıllar itibariyle artış göstermiştir. Tabloya göre birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanım oranları düşerken ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini kullanım oranları artmaktadır. Bu tablo aynı zamanda hasta sevk sisteminin uygulanmadığını ancak sağlık hizmetlerine erişim anlamında engellerin aşıldığını gösteren bir veri setinden öteye gitmemektedir.

Yukarıdaki tabloyu açıklayabilmek adına hasta sevk sistemi hakkında alanda görüşmeler gerçekleştirilmiş bunun neticesinde aşağıdaki bilgilere ulaşılmıştır:⁷¹³

“GSS’ye güvenen vatandaşlar en ufak problemlerinde dahi hastanelere başvurmakta -örneğin bir ilaç yazdırmak için bile hastaneye gelerek ilaçtan daha pahalı olan muayene ücretini vermekte- çeşitli tetkikler yaptırmak istemektedir. Dahası yaptırdığı işlemlerden memnun olmayarak bir ay içerisinde aynı rahatsızlığı için üç farklı hastaneye gitmekte ve aynı tahlilleri yaptırmaktadır. SGK, hastaların muayene ücretlerini primler üzerinden toplayarak hastanelerin aylık hesapladığı faturaları ödemektedir. Döner sermayeye gelir olarak kaydedilen paralar kimi zaman hastanenin “kabak” adı verilen uygulamaları sonucu şişmektedir. Hastanelerde artık en ufak hastalıklarda bile röntgen, MR, Tomografi, Ultrason istenmekte bu da doktorların performansını artırırken; SGK’nin hastanelere ödediği ücretleri artırmaktadır.”

Yukarıdaki paragraftan hareketle hasta sevk sisteminin uygulanmamasının sağlık harcamalarında gereksiz artışların yaşanmasına neden olduğu ifade edilmelidir. Sevk sistemini çalıştırmak ile aynı anlama gelmeyen fakat vatandaşların sevk sistemine uymaması halinde daha fazla ücret ödemelerini öngören bir sistem uygulamaya konulmuştur. Ancak sevk sisteminin uygulanmasına yönelik bir uyarı dahi yapılmadan devreye sokulan bu yöntem ile sözde sistem az da olsa uygulanabilmiştir. Daha net bir açıklama yapmak gerekirse sevk sisteminin uygulanamaması vatandaşlardan ilave ücretlerin alınmasına neden olmuş ve sevk sistemi kısmi de olsa uygulanabilmiştir. Sevk sisteminde ne kadar az vatandaş hastaneye yönlendirilirse sağlık harcamaları da o derece azalma gösterecektir. Sevk sistemi işletilmesi halinde bile aile hekimleri hastaları doğrudan hastanelere sevk ederek görevlerini aksatmış olacaklardır. Çünkü bir aile hekiminin iki bin kişiye bakması gerekirken bu rakam kimi bölgelerde altı bin kişiye kadar çıkabilmektedir. Uzmanlar⁷¹⁴, “bizim amacımız insanların mümkün olduğunca hastaneye başvurmamasıdır. Ancak sosyal harcama kapsamında yapılan birtakım uygulamalar dolaylı da olsa hastane başvurularını artırmaktadır” ifadeleriyle durumdan yakınmaktadır.

⁷¹³ Sağlık Bakanlığı bünyesinde proje koordinatörlüğü, ilaç ve ruhsat müdürlüğü tedavi hizmetleri genel müdürlüğünde çalışmalarda bulunan ve Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Başhekim yardımcılığı yapan kişiyle 07.06.2016 tarihinde yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen bulgulara dayanmaktadır.

⁷¹⁴ Kalkınma Bakanlığı’ndan A.O.S. ile 17.01.2017 tarihinde yapılan görüşmeye dayanarak elde edilen bilgilerden oluşmaktadır.

Türkiye’de de hasta sevk sistemi işletilerek gereksiz başvurular önlenerek SDP’ye uygun olarak maliyet etkin politikalara geçilebilecektir. Ancak hastanelerin sürekli gidilen yerler olarak birer yaşam merkezi haline gelmesi buralara olan ilgiyi artırmaktadır. Alanda yapılan görüşmeler esnasında da aynı durumdan şikâyet edilmektedir.⁷¹⁵

“Örneğin 65 yaş üzeri vatandaşların ücretsiz ulaşım hakkına sahip olması hastanelere başvuruyu artıran bir etmen olarak karşımıza çıkmaktadır. Dahası yaşlı insanların genç nüfusa göre hastanelere daha fazla başvuru oranının olması durumu gittikçe problemlili bir hale getirmektedir. Hastaneler birer yaşam merkezi olmamalıdır. Ancak insanlar vakitlerinin çoğunu hastanelerde geçirmektedir. “Bakan beyin dediği gibi hastanede kız bakma durumu dahi yaşanmaktadır. Şehir hastanelerinde AVM, otel, gibi tesislerin bulunacak olması ise oraya gitmişken hastaneye de gideyim mantığına neden olurken hastaneleri hayatımızın odak noktasına koymamıza daha çok sağlık hizmeti kullanmamıza ve dolayısıyla sağlık harcamalarında katastrofik artışlara neden olacaktır”.

Tablo 46: 2002-2015 Yılları Arasında Bir Kişinin Yıllık Doktora Başvuru Sayısı⁷¹⁶

Yıllar	2002	2003	2005	2006	2007	2008	2009	2014	2015
Başvuru Sayısı	3.2	3.4	4.7	5.3	6.1	6.7	7.3	8.2	8.4

Yukarıdaki tabloya göre kişi başı hekime muayene olma oranı 2002 yılında yıllık ortalama 3,2 iken; bu oran yıllar itibariyle artarak 8,4’e kadar yükselmiştir. Bu arada belirtmek gerekir ki Türkiye nüfusu 2002-2015 yılı arasında yalnızca %20 oranında bir artış göstermiştir. Sağlık hizmetlerine erişimin artmasının göstergesi olarak verilen rakamlar sağlık hizmeti kullanımına bağlı olarak sağlık harcamalarının arttığını da göstermektedir. Ancak bu artış aşağıdaki tabloda yer verildiği üzere sevk sistemine uyulmamasına bağlı olarak tedavi edici hizmetlerde gerçekleşmektedir. Bu durum sağlık harcamalarının gereksiz ve aşırı artması sonucunda sağlık hizmetlerinde maliyet etkin politika yapılmasının önündeki en büyük engellerden biri olarak görülebilir.

Tablo 47: Yıllara Göre Kamu Hastanelerine Yapılan Müracaat Sayısı⁷¹⁷ (Bin)

	2003	2007	2008	2009	2012	2013	2014	2015
Sağ. Bak.	113,849	209,630	216,724	228,279	260,974	277,485	292,100	306,825
Üniv.	9,637	15,025	18,291	19,365	27,080	29,986	32,143	34,539
Toplam	123,486	224,655	235,015	247,644	288,054	307,471	324,243	341,364

2. Hasta Sevk Sisteminin Hastaneler Üzerindeki Etkisi

Hasta sevk sisteminin işletilememesinin en önemli sonucu kamu hastanelerine yapılan müracaat artışının engellenememesi olmuştur. Bu etkinin aynı zamanda özel

⁷¹⁵ a.k.

⁷¹⁶ Sağlık Bakanlığı, *2014 Sağlık İstatistikleri Yıllığı*, 2015.

⁷¹⁷ Kalkınma Bakanlığı, *Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018) 2015 Yılı Programı*, Ankara, 2014, s.97.

hastanelere yapılan sağlık hizmeti başvurusunu da tetiklediği söylenebilir. Tablo 47’de görüldüğü üzere 2003 yılında kamu hastanelerine yapılan toplam müracaat sayısı yüz yirmi öz milyon civarındayken bu rakam 2015 yılı itibariyle öz kat artış göstererek öz yüz kırk milyonu aşmıştır. Kamu hastanelerine 2015 yılında Türkiye nüfusunun yaklaşık beş katı oranında bir başvuru yapılmıştır.⁷¹⁸ 2003 yılında beş milyon olan özel hastane başvuru sayısı ise 2015 yılında gelindiğinde yetmiş yedi milyonu geçmiştir. Özel hastane başvuru sayısındaki artış yüzdesel olarak ifade edilemeyecek boyutlara ulaşmıştır. Vatandaşların zel hastanelere başvurma nedeni kamu hastanelerinde yaşanan kalitesizlik ve hasta sevk sisteminin işletilmemesine bağlı yığılmalar olarak görülse de hastanelere karşı oluşan önyargı yıkılamayacak boyutlara varmıştır. Buna bağlı olarak hasta sevk sistemi işletilse dahi özel hastanelere daha fazla başvuru yaşanacağı konusunda grřler⁷¹⁹ de bulunmaktadır.

Halk sağlığı disiplinine göre birinci basamağa hastaların %90’ı başvururken ikinci basamağa %8, nc basamağa ise %2 oranında (akut ve kronik hastalıklar kompleks cerrahi müdahaleler gerektiren hastalar) başvurulmalıdır. Sevk sisteminin işletilmemesi aynı zamanda hastanelerin döner sermaye geliri elde etmesini sağlamaktadır. Doktorlarının maaşlarının neredeyse öz katı oranında döner sermaye geliri olduğu ifade edilmektedir.⁷²⁰ Ayrıca hâlihazırda yapımı süren şehir hastanelerinin kirasının döner sermayeden verilmesi kararlaştırılmıştır.⁷²¹ Ancak sevk sisteminin işletilmesi halinde gereksiz yere hastanelere başvuru oranları azalacak döner sermaye gelirleri düşecek ve şehir hastaneleri gibi yapılara ihtiyaç kalmayacaktır.

İnsanların sağlık hizmetlerine bu denli yoğun olarak başvurmalarının sebebi ise sağlık hizmetlerine erişim adı altında uygulanan politikadır. Bu politikanın finansman ayağı SGK aracılığı ile sağlanmakta ve hastanelerin döner sermayeleri SGK üzerinden temin edilmektedir. Bu bağlamda özel sektöre yetişmiş eleman kaynağının

⁷¹⁸ Türkiye nüfusu 2003 yılında 65 milyon civarındadır. TÜİK, “Yıllara Göre İl Nüfusları”, www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1590, (05.04.2017).

⁷¹⁹ Ankara niversitesi’nden G. Y. Y. ile 07.06.2016 ve 09.12.2016 tarihlerinde yapılan görüşmeye dayanarak hazırlanmıştır.

⁷²⁰ Türkiye’de 2015 yılı itibariyle kamu ve özel hastanelerde muayene olan hasta sayısı 660 milyon civarındadır. Bu rakamın 220 milyonu aile hekimlerinde 440 milyonu ise tedavi edici hizmetlerde gerçekleşmektedir. Sevk sistemi doğru bir şekilde işletilirse tedavi edici hizmetler için söz konusu rakam yalnızca 30 milyon olacaktır. Dolayısıyla 430 milyon başvuru daha pahalı olan tedavi edici hizmetlerde gereksiz yere yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı bünyesinde proje koordinatörlüğü, ilaç ve ruhsat müdürlüğü tedavi hizmetleri genel müdürlüğünde çalışmalarda bulunan ve Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Başhekim yardımcılığı yapan kişiyle 07.06.2016 tarihinde yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen bulgulara dayanmaktadır.

⁷²¹ 6225 sayılı Bazı Kanun ve Kanun Hükümünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG:26.04.2011, Sayı: 27916. Sevk sisteminin alıştırılmasına ilişkin bu gelişmeler sağlık harcamalarının daha da artacağını göstermektedir.

kaçırılmasına fırsat vermemek için uygulanan politikalar sevk sistemine karşı çıkılmasına neden olmaktadır.⁷²² Örneğin tam gün yasasının⁷²³ çıkarılması ile üniversite hastanelerinde bulunan doktorlar iki yıla varan ücretsiz izin almış ve üniversite hastanelerinde bölümler kapanma noktasına gelmiştir. Üniversiteler sağlık hizmetlerinde araştırma ve geliştirme faaliyetlerinde uzmanlaşmıştır. Ancak sevk sisteminin işletilmemesine bağlı olarak üniversitelerin hasta muayene sayıları da artmış ve burada çalışan doktorların muayenehane açma izinleri de iptal edilmiştir.⁷²⁴

Anayasa Mahkemesi'nce iptal edilen tam gün yasası olarak bilinen kanun, yeniden düzenlenmiş ve doktorların mesai saatleri dışında muayenehane açması veya özel hastanelerde ameliyat yapmalarına imkân tanımıştır. Her halükarda muayenehane açamayan doktorlar özel hastaneler ile anlaşma yoluna gitmiş ve bu durum özel sektör için tanınmış doktorlar ile çalışma ve bunu reklam faaliyetlerinde kullanma fırsatına dönüşmüştür. Üniversite hastaneleri ise bölümlerin kapanmaması için doktorları istihdam ederken doktorlara eğitim ve öğretim faaliyetlerinde bulunma koşulu getirilmiştir. Uygulama ise doktorların mesai saatinden önce işyerinden ayrılarak özel sektöre yönelik faaliyetlerin yapılmasına doğru gelişme göstermiştir.⁷²⁵

Tablo 48: Sağlık Kuruluşlarının Durumu ve Hizmet Değerlendirmeleri⁷²⁶

Kurum	Yatak Sayısı	Müracaat Sayısı (Bin)	Yatan Hasta Sayısı (Bin)	Ameliyat Sayısı (Bin)	Ameliyat Sayısının Müracaat Sayısına Oranı %	Ameliyat Sayısının Yatak Sayısına Oranı	Yatak Doluluk Oranı %	Hastanın Ortalama Kalış Günü	Yatak Devir Hızı (Hasta)
Sağ. Bak.	121, 269	277, 485	7, 023	2, 415	0,9	19,9	69,3	4,4	57,9
Üniv.	36, 056	29, 986	1, 630	716	2,4	19,9	74,1	6,0	45,2

Yukarıdaki tabloya göre, Sağlık Bakanlığı hastaneleri ve üniversite hastanelerinde⁷²⁷ müracaat sayısının yüksek olmasına karşın yatak devir oranının düşük

⁷²² TKHK bürokratları ile yapılan ikili görüşmelere dayanan bilgilerden oluşturularak hazırlanmıştır. 21.06.2016

⁷²³ Özel hastanelere karşı alternatif hizmet sunan üniversite hekimlerinin (muayenehane açan) serbest piyasa koşullarında kamu kaynaklarını kullanarak rekabeti engelleyeceği düşüncesi ile “tam gün yasası” çıkarılmıştır. 5947 sayılı Üniversite Ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına Ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG:30.01.2010, Sayı: 27478.

⁷²⁴ Bu durum doktorların özel sektöre geçmesine neden olmuştur. Sağlık Bakanlığı bünyesinde proje koordinatörlüğü, ilaç ve ruhsat müdürlüğü tedavi hizmetleri genel müdürlüğünde çalışmalarda bulunan ve Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Başhekim yardımcılığı yapan kişiyle 07.06.2016 tarihinde yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen bulgulara dayanmaktadır.

⁷²⁵ a.k.

⁷²⁶ Kalkınma Bakanlığı, *Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018) 2015 Yılı Programı*, Ankara, 2014, s.97.

⁷²⁷ Bu bağlamda üniversitelerin sağlık hizmetlerindeki rollerinin yeniden belirlenmesi ve yapısal reformların hayata geçirilmesi gerektiği söylemleri artmaktadır. Üniversite hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na geçmesi planlanmaktadır.

olduğu görülmektedir. Bu doğrultuda hastaların ortalama kalış günü de dikkate alınmalıdır. Kamu hastanelerinde kalış süresi özel hastanelere göre daha uzundur.⁷²⁸ Özellikle üniversite hastaneleri hasta kalış süresinin en uzun olduğu yerlerdir. Söz konusu veriler aynı zamanda üniversite hastanelerinin dönüşümüne ilişkin bir ipucu da sunmaktadır.

Üniversite hastaneleri entegre sağlık hizmeti sunmak ve Sağlık Bakanlığı ile yapılan anlaşmalar sonucunda tesislerini tüm vatandaşlara açmak suretiyle Bakanlık ile birtakım anlaşmalar yapmıştır. Bu anlaşmalardan bir tanesi de Bakanlığın üniversite hastanelerine merkezi bütçeden ödenek aktarması konusudur.⁷²⁹ Üniversite yönetimleri ödenek karşılığında tam gün yasasına destek vermiştir. Buradan hareketle Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir enstitü olan ve İstanbul'da kurulan Türkiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün (TÜSEB) Türkiye'deki devlet üniversitelerinin hastanelerini bünyesinde toplayacağı söylenebilir.⁷³⁰ Bu çerçevede doktorluk mesleği ve bu mesleğin gerektirdiği eğitimler TÜSEB tarafından verilirken; sınavlar, atamalar, kurslar gibi faaliyetlerden de TÜSEB sorumlu olacaktır.⁷³¹ Bu durum sağlık hizmetlerinde basamakların tek tipleşmesini beraberinde getirmektedir. Sağlıkta talep artışı ve sağlık harcamalarının artışı gereğiyle sağlık yatırımlarına kamu kaynaklarına ek olarak özel sektörden de destek beklenmekte buna yönelik olarak daha sonra ele alınacağı üzere kamu ve özel sektör ortaklığına yönelik girişimler yapılmaktadır.

Uygulanamayan sevk sistemi hâlihazırda kamu hastanelerinde yoğunluğa ve vatandaşların özel hastanelere gitmesine neden olurken bu durum, sevk sisteminin önümüzdeki yıllarda uygulanmasına yönelik bir analiz yapma fırsatı da sunmaktadır.

⁷²⁸ Özel hastanelerin yatak devir hızı 2015 yılı verilerine göre %83,2 iken; kalış günü ise ortalama iki gündür. Sağlık Bakanlığı, *2015 Sağlık İstatistikleri Yıllığı*, 2016. Özel hastanelerin kamu hastanelerine göre performans düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmektedir. Ayrıca özel hastanelerin tıbbi cihaz kullanım konusunda makinaların tüketim ömrünü verimli bir şekilde kullandıkları ifade edilmektedir. 27.12.2016 tarihinde TUMDEF ile yapılan görüşme sonucu elde edilen bilgilere dayanarak hazırlanmıştır.

⁷²⁹ Üniversite hastanelerinin tıbbi malzeme alımına karşılık ödeme yapmakta sıkıntı çektikleri ve özel sektörün bu durumdan mağdur olduğu ifade edilmektedir. Üniversite hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na devredilirse özel sektör de alacaklarını tahsil edecek ve firmalar üniversitelerin finansörlüğü durumundan kurtulmuş olacaktır. Hastanelerin ödemelerini zamanında yapmaması ve ödenecek tutar üzerinden sürekli indirim talep etmeleri nedeniyle tıbbi cihaz üretici ve tedarikçiliği yapan firmaların iflas noktasına geldiği vurgulanmaktadır. SADER ile 13.12.2016 tarihinde yapılan görüşme sonucu elde edilen bilgilere dayanarak hazırlanmıştır. Ayrıca özel firmalar üniversite hastanelerine mal ve hizmet tedarikinde bulunmakta ve bunun karşılığında 300-400 gün arasında bir ödeme süresi ile karşılaşmaktadırlar. Kamu Hastane birlikleri ise mali durumlarına göre ödeme süresini 90 ile 120 gün arasında gerçekleştirmektedir. TUMDEF Genel Koordinatörü S.A. ile 10.01.2017 tarihinde yapılan görüşmeden elde edilen bilgilerden oluşmaktadır.

⁷³⁰ TTB, *Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yasa Tasarısı Değerlendirme Raporu*, Ankara, 2014, s.11.

⁷³¹ Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'ndan A.K. ve C.C. ile 17.11.2016 tarihinde yapılan ikili görüşmelere dayanarak hazırlanmıştır.

Aşağıda ele alınacağı üzere 2011 yılında kabul edilen 663 sayılı KHK⁷³² ile kamu hastaneleri TKHK bünyesinde yeniden örgütlenmiş ve performansa göre kâr veya zarar eden hastanelerin kapatılması veya birleştirilmesinin yolu açılmıştır. Bu bağlamda sevk sisteminin yeniden işletilmesi ile (kapanan kamu hastaneleri sonrası) belirli bölgelere kurulan şehir hastanelerine zorunlu sevk uygulamasının başlatılmasının planladığı iddia edilebilir. Şehir hastaneleri devletin KÖO modeli ile yürüttüğü projelerde özel sektöre verdiği garanti ve teşvikler kapsamında sevk sisteminin yeniden işletilmesi için geçerli bir neden olarak görülebilir. Bu çerçevede vatandaşların kendilerine uzak dahi olsa büyük hastanelere gitme eğiliminde olduğunun tespitinin⁷³³ yapılmış olması bile sevk sisteminin nasıl işlevsel hale getirileceğini göstermektedir.

Hasta sevk sistemine ilişkin gerekli analizler yapıldıktan sonra denklemin diğer ayağı olan GSS'nin ele alınması ve sağlığın harcama değeri haline getirildiğinin çözümlenmesinin yapılması gerekmektedir. Bu DB'nin sağlık raporları doğrultusunda Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişimin nasıl artırıldığına ilişkin politikaların ele alınması gerekmektedir.

B. ERİŞİMİ ARTIRICI UNSUR OLARAK GENEL SAĞLIK SİGORTASI

2003 yılında ilan edilen SDP ile sağlık hizmetlerine erişimi artırmak ve herkesin eşit bir şekilde sağlık hizmetinden yararlanması için GSS'nin⁷³⁴ zorunlu olarak uygulanması gerektiği belirtilmiştir. Birinci bölümde de ele alındığı üzere herkese sağlık ve eşitlik gibi argümanlar üzerinden geliştirilen sağlıkta dönüşümün aynı zamanda doktor ve hasta arasındaki para ilişkisini ortadan kaldırmayı amaçladığı⁷³⁵ iddia edilmektedir. Sağlık hizmetlerinde maliyetleri azaltacağı vurgulanan GSS'nin ilaç, tıbbi malzeme gibi masrafları da azaltacağı⁷³⁶ da ifade edilmiştir.

DB'ye göre sağlıkta maliyet unsurlarından bir tanesi de sigorta sistemlerinin parçalı olmasına bağlı olarak bürokratik idari maliyetlerin getirdiği yüklerdir.⁷³⁷

⁷³² Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, RG: 02.11.2011, Sayı: 28103 Mükerrer.

⁷³³ World Bank, *Sosyal Adaletle Daha İyi Bir Türkiye 2002*, http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2003/12/16/000160016_20031216174434/Rendered/PDF/273790Turkish01ver0P07825901public1.pdf, (15.03.2016).

⁷³⁴ Genel Sağlık Sigortası'nda yer alan genel kavramı tüm nüfusu kapsama alma anlamında kullanılmaktadır. Kavram, sağlık hizmetlerinin genelinden yararlanma anlamına gelmemektedir. Ankara Üniversitesi'nden R. A. ile 19.01.2017 tarihinde yapılan görüşmeye dayanarak elde edilen bilgilerden oluşmaktadır.

⁷³⁵ Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Dönüşüm*, Ankara, 2003, s.28.

⁷³⁶ Yalçın Bayer, "Genel Sağlık Sigortası Çöküyor", <http://www.hurriyet.com.tr/genel-saglik-sigortasi-cokuyor-25738856>, (24.08.2016).

⁷³⁷ Sağlık Bakanlığı, *Ulusal Sağlık Politikası*, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1993, s.59.

Dolayısıyla hizmet alan vatandaşlar maliyete katılacaklardır. SDP çerçevesinde ele alındığı üzere sağlıkta dönüşüm stratejisinin temel unsurlarından biri olan zorunlu sağlık sigortası için parçalı yapıda bulunan sosyal güvenlik sistemleri (yeşil kart da dâhil) tek bir şemsiye altında fon olarak birleştirilmiştir. Fonun yönetimine ilişkin sorumluluk⁷³⁸ ise Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı tarafından üstlenilmiştir.

Bir finansman birimi olarak Sosyal Güvenlik Kurumu başlığında da ele alındığı üzere (Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK'li ayrımını ortadan kaldıran) GSS'ye geçilmek istenmiş 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu⁷³⁹ çıkarılmıştır. Fakat Kanun'un bazı maddeleri Anayasa Mahkemesi'nce iptal edilince⁷⁴⁰ GSS ileri bir tarihe ertelenmiştir. Anayasa Mahkemesi'nin bazı maddelerini iptal etmesinden sonra bir süre uygulanamayan GSS Kanunu⁷⁴¹ 5754 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'un⁷⁴² kabulü ile 2008 yılında uygulamaya⁷⁴³ konulabilmiştir. Parçalı yapıda bulunan sosyal güvenlik sistemini birleştirme çabaları devam ederken Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK'li vatandaşların aynı hastanelere gitmesinin yolu açılmış ve piyasadaki eczanelerden ilaç temin edebilmeleri⁷⁴⁴ mümkün hale gelmiştir. Ancak hastanelerin parçalı yapısının işlevselliği bozulmuş "tek çatı" yöntemi daha önce de ele alındığı üzere vatandaşların hastanelerden şikâyet etmesine neden olmuştur.

1. GSS'nin Sağlık Harcamalarına Etkileri

Sağlık harcamalarının kontrol altına alınması GSS'nin sürdürülebilirliği açısından önemli görülmektedir. Bu çerçevede sağlık harcamalarının Sağlık Bakanlığı bütçesinden değil, SGK'den karşılanması kararlaştırılmıştır. Harcamaların kontrol altına alınmasında Maliye Bakanlığı etkin bir rol üstlenmiş SGK'nin ilaç ve tedavi ödeme kapsamı daraltılmaya çalışılmıştır. Sağlık örgütlenmesinin hizmet sunumu ve finansmanı olmak üzere ikili bir yapıya dönüşmesine neden olan sosyal güvenlik

⁷³⁸ World Bank, *Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency*, Report No. 24358-TU, Washington D.C., 2003.

⁷³⁹ 5510 Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, RG:16.06.2006, Sayı: 26200.

⁷⁴⁰ GSS'ye geçiş ile hasta sevk zinciri dışına çıkılması halinde katılım payının % 50 oranında artırılacağı belirtilmiştir. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun Bazı Maddelerinin İptaline Dair Karar (E.No:2006/111) RG: 30.12.2006, Sayı: 26392.

⁷⁴¹ 5510 Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, RG:16.06.2006, Sayı: 26200.

⁷⁴² 5754 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG:08.05.2008, Sayı: 26870.

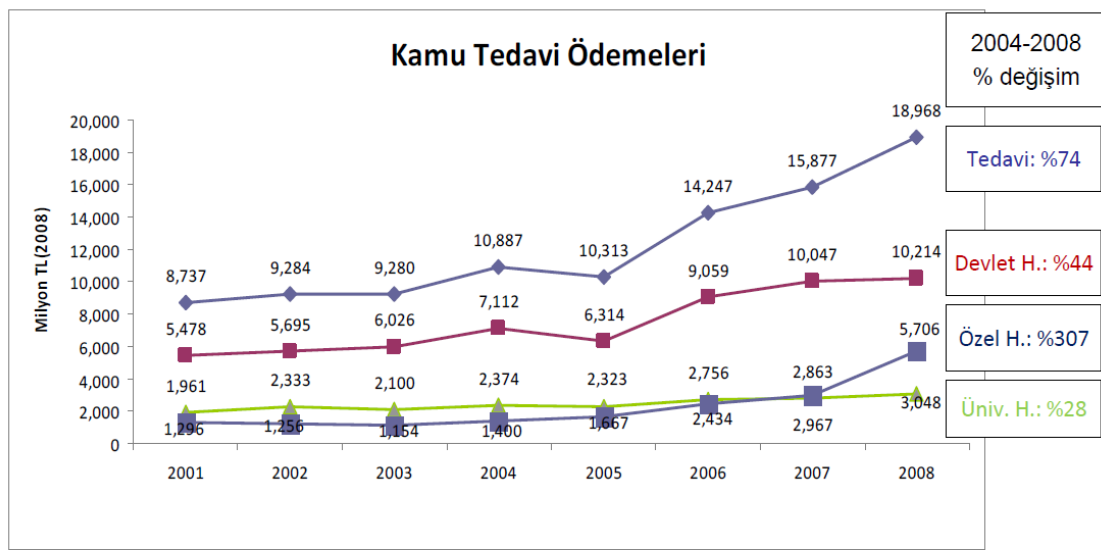
⁷⁴³ Genel Sağlık Sigortası'nın uygulaması ilk önce kamu personelinin GSS kapsamına alınması ile başlamıştır. Sosyal Güvenlik Kurumu, Kamu Personelinin Genel Sağlık Sigortası Kapsamına Alınması Hakkında Tebliğ, RG: 18.12.2009, Sayı: 27436. Maliye Bakanlığı, Kamu Personelinin Sağlık Hizmetlerinin Sosyal Güvenlik Kurumuna Devrine İlişkin Tebliğ, RG:31.12.2009, Sayı: 27449 Mükerrer.

⁷⁴⁴ Başbakanlık Genelgesi 2005/4: Sağlık Hizmetlerinin Etkili Sunumu, RG:17.03.2005, Sayı:25758.

reformu kapsamında 5754 sayılı Kanun⁷⁴⁵ çıkarılmıştır. Söz konusu Kanunla kamu çalışanları ve yeşil kart sahipleri dışında çalışanların GSS'ye geçmesi sağlanmış ve 5797 sayılı Kanun⁷⁴⁶ ile gerekli idari ve kurumsal altyapının üç yıl içinde tamamlanması öngörülmüştür.

2008 yılında GSS yürürlüğe girmiş⁷⁴⁷ hizmet sunum ve finansmanın ayrılması tamamlanmış; teminat paketi daraltılarak vatandaşların ilaç ve muayene ücretlerinden alınan katkı payları artırılmış, bu durum özel sağlık sigortacılığına geçiş için kolaylaştırıcı bir etkide bulunmuştur.

Şekil 5: Kamu Tedavi Ödemeleri⁷⁴⁸



Yukarıdaki şekilde SSK ve diğer sosyal güvenlik kuruluşlarının SGK bünyesinde örgütlenmesine bağlı olarak (2005-2006 yılları arasında) tedavi ödemelerinin finansman birimi haline gelen SGK üzerinden yapıldığı ve ödemelerde bir artış yaşandığı görülmektedir. 2008 yılında ise GSS'nin uygulanması ile birlikte özel hastanelere yapılan tedavi ödemelerinde büyük bir artış yaşanmıştır. GSS'nin

⁷⁴⁵ 5754 sayılı kanunun 2007 yılı Merkezi Bütçe Kanunu'nda 01.07.2007 tarihinde yürürlüğe gireceği belirtilmiş daha sonra 5655 sayılı Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile 01.01.2008 tarihinde yürürlüğe girmesi kararlaştırılmış nihayetinde 2008 yılı Merkezi Bütçe Kanunu ile 01.07.2008 tarihine ertelenmiştir. 5754 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG: 08.05.2008, Sayı: 26870.

⁷⁴⁶ 5797 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, RG: 19.08.2008, Sayı: 26972.

⁷⁴⁷ 31.05.2006 tarihinde 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kabul edilmiş, 01.01.2007 tarihinde de yürürlüğe girmesi öngörülmüştür. Ancak 5510 sayılı Kanununun bazı maddelerinin Anayasa Mahkemesince iptal edilmesi, kanuna ek ve değişiklik getiren mevzuatın çıkarılması gibi nedenlerle yürürlük tarihi; önce 01.07.2007 tarihine, sonra 01.01.2008 tarihine ertelenmiş ve nihayet 5510 sayılı Kanun 01.10.2008 tarihinde tüm hükümleri ile yürürlüğe girmiştir. <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/tarihce>, (06.05.2015).

⁷⁴⁸ Emel Başol, Abdülkadir Işık; *a.g.m.*

kurulmasındaki amaç SDP çerçevesinde sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması ve sağlık harcamalarında tasarruf edilmesiydi. Ancak şekilde görüldüğü üzere kamu tarafından yapılan tedavi ödemelerinin arttığı bu durumun ise sağlıkta dönüşümün finansman ayağına yük olduğu ifade edilebilir. Diğer taraftan burada yapılan harcamaların mı arttığı yoksa hâlihazırdaki sağlık harcamalarının mı ödeme kapsamının genişletildiği gibi bir soru sorulabilir. İşte tam bu noktada yukarıda ele alındığı üzere 2007 yılında hasta sevk sisteminin tamamen ortadan kaldırılması sorunu ile karşılaşılmaktadır.

Bir önceki başlıkta da ele alındığı üzere SDP'nin diğer bileşeni olan sevk sistemi sağlık harcamalarının minimum düzeye çekilmesi için olmazsa olmaz bir kontrol düğmesidir. Hasta sevk sisteminin işletil(e)memesi vatandaşların GSS güvencesine dayanarak hastaneye daha fazla gitmesine dolayısıyla SGK ödemelerinin artmasına neden olmuştur. Hasta sevk sisteminin zorunlu olmayışı nedeniyle vatandaşlar tercih ettiği hastaneye giderken fark ücreti vererek “cezalandırılmış” olmaktadır. Ayrıca GSS'ye bağlı olarak özel hastaneler ile yapılan anlaşmalarla SGK'nin özel hastanelere aktardığı kaynakta büyük bir artış yaşanmaktadır. Yukarıdaki şekilde de görüldüğü üzere kamunun yaptığı tedavi ödemeleri artmaktadır. Hem kamu hastanelerine hem de özel hastanelere yapılan SGK ödemeleri ve bütçeden SGK'ye aktarılan kaynak transferi ise aşağıdaki tabloda ele alınmaktadır

Tablo 49: Sağlık Harcamaları İçin SGK'ye Ayrılan Transfer Miktarı (2002-2015)

Yıllar	SGK Bütçe Transferleri	Transferlerin GSYH Oranı	SGK Sağlık Harcamaları İlaç+Tedavi	Özel
2002	9.684.000	2,76	7.629.00	396.00
2003	15.883.617	3,49	10.662.00	538.00
2004	18.830.000	3,37	13.150.00	743.00
2005	23.322.000	3,59	13.608.00	1.021.00
2006	22.892.000	3,02	17.667.00	1.723.00
2007	33.060.241	3,92	19.984.00	2.345.00
2008	35.016.403	3,68	25.346.00	4.381.00
2009	52.599.691	5,52	28.811.00	4.682.00
2010	55.244.258	5,03	32.080.00	5.327.00
2011	52.772.218	4,07	36.500.378	6.493.00
2012	58.728.293	4,15	44.110.561	7.244.00
2013	71.263.763	4,55	49.888.693	7.780.00
2014	77.335.890	4,43	54.551.175	8.194.00
2015	79.038.817	5,43	59.355.576	8.612.00
2016	108.073.00	4,64	64.643.00	9.002.00

Yukarıdaki tabloya SGK'nin ilaç ve tedavi harcamaları açısından bakıldığında; 2002 yılında yaklaşık olarak yedi milyar lira harcama yapıldığı görülmektedir. 2015 yılına gelindiğinde bu tutar altmış milyar liraya yaklaşmıştır. 2002-2015 yılları arasında SGK, ilaç ve tedavi harcamalarında dokuz kattan fazla bir harcama yaparken; özel sektöre ayrılan kaynak da bu yıllar arasında yaklaşık yirmi kat artmıştır. SGK'nin sağlık harcamalarında yaşanan artış karşısında merkezi bütçeden ayrılan transfer harcamalarında da bir artış görülmektedir. 2002 yılı itibariyle SGK'ye GSYH'nin %2,76'sı oranında⁷⁴⁹ kaynak aktarılırken; bu oran 2015 yılında GSYH'nin %5,43'üne yükselmiştir.

SDP kapsamında GSS'nin herkesi kapsayıcı ve zorunlu olarak uygulanması planlanmıştır. GSS, 2008 yılında yürürlüğe girse de sistem devlet memurları için 2010 yılında yeşil kartlılar içinse 2012 yılında tamamen uygulanabilmiştir. 2016 yılı itibariyle nüfusun %84'ü GSS kapsamına alınmış; dokuz milyon kişi ise prim ödeyecek durumda olmadığı için devlet katkıları ile bu kişilerin primleri ödenmiştir. Buna rağmen üç milyonu aşkın vatandaş kapsama alınamamıştır.⁷⁵⁰

GSS hakkında alanda yapılan görüşmeler neticesinde aşağıdaki bilgilere ulaşılmıştır:⁷⁵¹

“Devletin prim toplayamamasının yanı sıra prim oranlarının da eşit olmaması problemlere neden olmaktadır. Dolayısıyla ilerleyen zamanlarda katkı paylarının daha da artması ve GSS'nin kapsamının daraltılması kaçınılmaz olacaktır. GSS sağlık hizmetlerine erişimi artırmakta; erişim ise iyi bir sağlık göstergesi olarak ifade edilmektedir. Sağlık hizmetlerine erişimin artması aynı zamanda sağlık harcamalarında kaçınılmaz artışlara neden olmaktadır. Dolayısıyla sistemin finansal sürdürülebilirliği mümkün görünmemektedir.”

Sağlık hizmetlerinin piyasalaştırmasına yönelik olarak parçalı olan sağlık sigorta sistemleri tek çatı altında toplanmıştır. Erişim, eşitlik ve herkese sağlık doğrultusunda zorunlu olarak GSS uygulanmıştır.⁷⁵² GSS'nin; maliyetleri, kaynak israfını azaltacağı,

⁷⁴⁹ 2002 yılında sosyal güvenlik kuruluşlarına 2.386.000 TL ile GSMH'nin %0,9 oranında transfer yapıldığına ilişkin bir tablo yer almaktadır. Ancak yukarıdaki tabloda 2002 yılında 9.684.000 TL ile GSMH'nin %2,76'sı oranında bir transferden bahsedilmektedir. Tablolar arasındaki farklılığın sebebi olarak SGK'nin tüzel kişiliğe kavuşmadan önce -SSK üzerinden- bir hesaplama yapıldığını ayrıca SGK verilerinin 2015 yılı fiyatlarıyla yeniden hesaplanması gösterilebilir.

⁷⁵⁰ Bu vatandaşların 53 TL prim karşılığında GSS'ye alınması için çalışma yapılmıştır. Bazı Alacakların Yeniden Yapılandırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG: 08.03.2017, Sayı: 30001.

⁷⁵¹ Kalkınma Bakanlığı'ndan A.O.S. ile 17.01.2017 tarihinde yapılan görüşmeye dayanarak elde edilen bilgilerden oluşmaktadır.

⁷⁵² GSS'nin kapsamını genişletmek adına çalışmalar halen devam etmektedir. Yeni bir uygulama ile borçlu olan kesim için prim ödemesi asgari ücretin %3 'üne (56 TL'de) sabitlenecektir (SGK primi çalışan kesim için brüt maaş tutarının %12'si olarak kesilmeye devam edecektir) Bakanlar Kurulu Karar ile bu oranı %11 e kadar çıkarılabilecektir. 24.06.2016 tarihinde SGK Aktüerya ve Fon Yönetimi Daire Başkanlığı ile yapılan görüşmeye dayanarak elde edilen bilgilerdir. Zorunlu uygulamadan

verimliliği artıracığı iddia edilmiştir. Ancak sağlık harcamalarında önlenemez bir artış meydana gelmiştir. Erişim artınca maliyetler de artmıştır. Nasılsa sigortam var düşüncesiyle her durumda doğrudan hastanelere başvurulmuştur. Örneğin, 2002 yılında hastane başvurularının %4,5'i özel hastanelere yapılırken 2014 yılı itibariyle özel hastanelerin toplam başvurular içindeki payı %18'e ulaşmıştır. GSS'nin sağlık hizmetlerine erişimi artırması özel hastanelere olumlu şekilde yansımıştır. 2014 yılına gelindiğinde 2002 yılına göre özel hastanelere on üç kat daha fazla başvuru yapılmıştır. Özel hastanelerin SGK ile olan anlaşmalarından dolayı verilen hizmetlerin belirli bir kısmı SGK tarafından ödenirken, özel hastaneler ilave ücret talep edebilmektedirler. Özel hastanelere yapılan talep artışı ile birlikte özel hastanelerdeki doluluk oranı da %32'den %56'ya kadar yükselmiştir.⁷⁵³

Finansmana yönelik reformlar Sağlık Bakanlığı'nın genel bütçeden aldığı gelirlerde azalmaya neden olmuş; bu durum SGK'nin ilaç ve tedavi giderlerini ödeme oranını azaltmıştır. GSS üzerinden özel hastaneler ile anlaşmalar yapılarak vatandaşların özel sektör sağlık hizmetlerinden yararlanmasının yolu açılırken aynı zamanda GSS'den yararlanma kapsamı daraltılarak⁷⁵⁴ kademeli olarak özel hastanelerin fark ücreti almasına neden olan mevzuat çalışmaları yapılmıştır. Kullanıcı katkılarının %200'e kadar çıkarılması, tamamlayıcı sağlık sigortacılığının devlet teşviki ile yapılmasına ve fon oluşturularak özel sağlık sigortacılığının geliştirilmesine⁷⁵⁵ katkıda bulunmuştur. Sonuç itibariyle devlet özel sağlık hizmetlerini belirli bir noktaya kadar teşvik etmiş vatandaşların buralardan hizmet almaları sağlanmış, ödeme sistemleri daraltılarak özel sağlık hizmet sunucularının aldıkları ilave ücretler de artırılmıştır. Bu durum KÖO kısmında ele alındığı üzere daha sonra daha büyük ölçekli sağlık girişimleri için devlet teşvikinin yapılması ile devam etmiştir.

2. GSS'nin Özel Sağlık Sektörüne Etkileri

Teorik kısımda ele alındığı üzere devlet, yasal ve kurumsal düzenlemeler yaparak özel sektörün sağlık alanındaki konumunu güçlendirmektedir. Sağlıkta dönüşüm sağlık hizmetlerinden faydalanmaya yönelik talebi artırmakta bu da devletin

vazgeçilmeyeceği ve primlerin düşürülmesine yönelik uygulamalara geçileceği belirtilmektedir. <http://www.sgk.com.tr/3487-Haber1-50-lira-prim-ode-saglik-hizmetini-al.html>, (26.05.2016).

⁷⁵³ Aslı Şat Sezgin, *a.g.e.*

⁷⁵⁴ Katılım payları ve ilave ücretler şu şekilde sıralanabilir: Reçete bedeli, muayene ücretleri, 10 gün içinde aynı branştan tekrar muayene, ilaç katılım payı, tıbbi malzeme katılım payı, yardımcı üreme yöntemi katılım payı, eşdeğer ilaç farkı, yatak ücreti, gününbirlik tedavide yatak ücreti, röntgen laboratuvar hizmeti, istisnai sağlık hizmeti ücreti, vakıf üniversiteleri dahil özel sağlık hizmeti sunucuları için ilave ücret.

⁷⁵⁵ "Sağlıkta Yeni Model", <http://www.memurlar.net/haber/585799/>, (22.05.2016).

GSS'yi yürürlüğe sokmasıyla mümkün hale getirilmektedir. Sağlığa erişimin artırılması adı altında uygulanan politikalar daha fazla sağlık hizmet kullanımına neden olmakta bu durum kamunun özel sektörden temin ettiği mal ve hizmetleri artırmaktadır. Aynı zamanda devlet sağlık hizmetlerinde yeniden bir fiyatlandırma sistemi kurarak özel sektör için alanı cazip hale getirerek sağlık harcamalarını artırmıştır. Sağlığın piyasa fiyatına eşitlenmesi ile devlet teşvikleri başka konulara kaydırılacaktır. Örneğin GSS'nin kapsamını daraltan devlet tamamlayıcı sağlık sigortası ile özel sektöre yeni bir alan yaratmıştır. Özel sektör ise sağlığa yaptığı yatırımdan ne kadar kâr elde edeceği ile ilgilenmektedir. Nihayetinde harcama değeri haline gelen sağlık elde edilecek kazanç üzerinden değerlendirilen bir alan haline gelmiştir.

Sağlıkta dönüşüm özel sağlık harcamalarının artmasında etkili olmuştur. Cepten yapılan sağlık harcamaları aşağıdaki tabloda yer aldığı üzere artış göstermiştir. Bu durumun sebebi ise özel hastanelerden alınan hizmetler için yapılan fiyatlandırma politikalarıdır. Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) fiyatlarının %200'üne kadar ilave ücret isteyebilen özel hastaneler vatandaştan daha fazla ücret alabilmektedir. Özel hastaneler SUT'ta yer alan fiyatların %200'ünü istemek yerine hizmetleri çeşitlendirerek (fatura üzerindeki işlemler üzerinden) daha fazla ücret talep etmektedir. Örneğin sezaryen SUT fiyatlarına göre 500 TL iken özel hastaneler bu işlem için 3.000 TL isteyebilmektedir. Durumun böyle olmasına karşılık alanda yapılan görüşmelerden elde edilen sonuçlar ışığında “yaklaşık on yıldır SUT fiyatlarında esaslı bir değişiklik olmamasına rağmen özel hastane sayısındaki yaşanan artışta özel hastanelerin fark ücreti alması ve özel hastanelerin hizmetleri çeşitlendirmesinin” etkili olduğu ifade edilmiştir.⁷⁵⁶

Tablo 50: Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları (Milyon TL)⁷⁵⁷

Yıllar	2002	2012	2013	2014	2015
Toplam Sağlık Harcaması	18,774	74,189	84,390	94,750	104,0
Kişi Başı Sağlık Harcaması	294	987	1,110	1,232	1,345
Top. Sağlık Harc. GSYİH Oranı	%5,4	%5,2	%5,4	%5,4	%5,4
Hane Halkı Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı	%29,1	%15,8	%16,8	%17,8	%16,9

Yukarıdaki tabloya göre cepten sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payı, 2002 yılında %29,1 iken kademeli olarak azalmıştır. Bu oran 2009 yılında %14,1'e kadar düşmüş bu tarihten sonra ise artmaya başlamıştır. 2012 yılında %15,8 iken, 2013 yılında %16,8'e, 2014 yılında ise %17,8'e yükselmiştir. Bu değişiklik

⁷⁵⁶ Kalkınma Bakanlığı'ndan A.O.S. ile 17.01.2017 tarihinde yapılan görüşmeye dayanarak elde edilen bilgilerden oluşmaktadır.

⁷⁵⁷ TÜİK, *Sağlık İstatistikleri*, 2015.

GSS'nin ödeme kapsamının daraltılmaya başladığı yıllara denk gelmektedir. Ancak kişisel sağlık harcamalarının azaldığı yönünde iki farklı görüş bulunmaktadır. Bu tartışmayı aşağıdaki veriler üzerinden de görmek mümkündür:

2015 yılında toplam sağlık harcamalarının %24,2'si merkezi idare, %0,9'u da yerel yönetimler olmak üzere %25,1'i kamu bütçesinden karşılanmıştır. Geriye kalan tutarın %53,5'i sosyal güvenlik örgütleri tarafından, %21,5'i de vatandaşın kendisi tarafından karşılanmıştır. Akademisyenler⁷⁵⁸ toplam sağlık harcamalarının artmasına bağlı olarak oransal açıdan cepten harcamaların düştüğü gibi bir yanılığın ortaya çıktığını iddia etmektedir. SGK'deki kurum çalışanları⁷⁵⁹ ise devletin merkezi bütçeden SGK'ye yüksek miktarda kaynak transfer ettiğini bireysel harcamaların ise SGK harcamalarının yanında oransal açıdan dahi yetersiz kaldığını ifade etmektedirler. Bu iki görüşten yola çıkarak SGK'nin gerek muayene ücretlerini gerekse katılım paylarını artırmasının cepten yapılan harcamalara doğrudan etki ettiği söylenebilir. Örneğin GSS'nin bir yansıması olarak muayene katkı payları artırılmıştır. 2009 yılında dört yüz altmışaltı milyon lira katkı payı toplanmışken bu tutar 2010 yılında bir milyar üç yüz yetmiş yedi milyon liraya ulaşmıştır. Bu yıllar arasında ilaç katkı payı ise sekiz yüz milyon liraya yaklaşmıştır.⁷⁶⁰

2009 yılına kadar cepten yapılan ödeme oranlarının daha sonraki yıllara göre daha az oranda kalmasının nedeni olarak devletin sağlık hizmetlerinde yaptığı piyasa fiyatlandırması ve GSS'yi yürürlüğe sokması gösterilebilir. Bu doğrultuda Tablo 49 ve Tablo 50'den anlaşılacağı üzere toplam tedavi harcamaları içinde özel hastanelerin payı artarken; vatandaşların ödedikleri katkı paylarının da aynı doğrultuda arttığı ifade edilmelidir. Kamu hastanelerinde muayene ücreti ile katkı paylarının artırılması ve GSS kapsamının daraltılması sağlık hizmetlerini piyasa fiyatına eşitleme fikrinin uygulamaları olarak görülmelidir. Çünkü vatandaşın kamu hastanesinde ücret ödemesi daha kaliteli olduğu düşüncesiyle özel hastanelere gitmesine ve GSS'nin karşılamadığı hizmetler için özel sağlık sigortası yaptırmasına neden olmaktadır.

⁷⁵⁸ Dokuz Eylül Üniversitesi'nden K.P. ile 06.12.2016; Uludağ Üniversitesi'nden B.K. ile 08.12.2016 tarihlerinde yapılan görüşmeden elde edilen bilgilere dayanarak hazırlanmıştır.

⁷⁵⁹ SGK teftiş biriminde çalışan S.T. ve E.D. ile 06.12.2016 tarihinde yapılan görüşme sonucunda elde edilen bilgilerdir.

⁷⁶⁰ <http://www.erkasigorta.net/haberler.php?id=4>, (14.07.2016).

Tablo 51: Özel Sağlık Sigortası Yaptıran Kişi Sayısı (Bin)⁷⁶¹

Yıl	2000	2005	2009	2010	2011	2012	2013	2015
Sigortalı Sayısı	690	974	1.458.021	1.666.023	2.549.216	2.579.520	2.788.611	4.039.675

Yukarıdaki tabloya göre 2002 yılında özel sağlık sigortası yaptıran kişi sayısı altı yüz doksan bin iken; 2015 yılına gelindiğinde bu rakam yaklaşık altı kat kat artışla dört milyonu geçmiştir. GSS ile nüfus kapsam dışı bırakılmayarak zorunlu sağlık sigortası yapılırken, özel sigorta şirketleri için temel sigorta istatistikleri de bir havuz üzerinden kullanılabilir. Hastanelerde alınan muayene ve ilaç katılım bedelleri, sağlık hizmetlerinin piyasa fiyatına eşitlenmesi fikri doğrultusunda çalışmaların yapılmasıyla sonuçlanmıştır. Sağlık alanı kârlı bir hale getirilince özel sektöre söz konusu hizmetleri devretmek gerekmektedir. Bu doğrultuda alanda yapılan görüşmeler neticesinde 2021 yılına⁷⁶² kadar SGK'nin sigorta fonlarını özel sektöre devredeceği bilgisine ulaşılmıştır.

Tezin teorik çerçevesi dâhilinde ele alındığı üzere özel sektör için sınırlı rasyonaliteyi ortadan kaldırmak ve piyasa için güvenilir bilgiler sunmak devletin görevidir. Sağlıkta kurumsallaşmayı sağlamak adına devlet kurumsal düzenlemeler ile hastalık yükü çalışmaları yaparak vatandaşların sağlık bilgisini ölçmeye yönelik veriler hazırlamalıdır. Bu çerçevede Türkiye'de DB anlaşmaları doğrultusunda yapılan I. ve II. Sağlık Projesi ile sağlık istatistik sistemleri kurulmuş ve birtakım veriler hazırlanmıştır. Nihayetinde devlet söz konusu bilgileri özel sektör ile paylaşımına açmak ile sorumlu tutulmuştur. Çünkü devlet kaynakları ile bu bilgi düzeyine erişebilecek güçtedir. Devlet kentsel ve kırsal alanlarda sağlık örgütlenmesi ile bilgi kaynaklarını tek bir sisteme yönlendirmektedir. Bu bağlamda Türkiye'de vatandaşın hangi hastalıklar için kaç defa hangi hastaneye gittiği, hangi cihazları ve ilaçları kullandığının bilgisi Ulusal Sağlık Sistemi ile bir araya toplanmıştır.

2011 yılında 663 sayılı KHK ile oluşturulan Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Ulusal Sağlık Sistemi çerçevesinde veri tabanı oluşturulmasına yönelik adımlardan birisidir. Uluslararası sermayenin⁷⁶³ yatırım yaparken sağlık veri tabanlarını kullanması önemli görülmektedir. Bu bağlamda GSS'ye geçilmesi ile birlikte veriler

⁷⁶¹ Türkiye Sigorta, Reasürans ve Emeklilik Şirketleri Birliği, <http://www.tsb.org.tr/resmi-istatistikler.aspx?pageID=909>, (09.11.2016).

⁷⁶² Özel Sevgi Hastaneleri'nde yöneticilik yapmış İ. B. ile 11.03.2017 tarihinde yapılan görüşmeden elde edilen bilgidir.

⁷⁶³ Türkiye'de sağlık sigortacılığı sektöründe faaliyet gösteren kırk üç yabancı sermayeli firma bulunmaktadır. Türkiye Sigorta Birliği, <http://www.tsb.org.tr/hayat-disi-sirketler.aspx?pageID=866>, (03.01.2017).

toplanmış⁷⁶⁴ verilerin özel sektör ile paylaşılmasına yönelik adımlar atılmıştır. GSS sonrası oluşturulan sigorta bilgi havuzundaki verilerin özel sektöre aktarılması, alıcının sorumluluğu çerçevesinde düzenlenmiştir. Sigorta bilgi paylaşımı çerçevesinde bireysel emeklilik sistemini düzenleyen bir yönetmelik⁷⁶⁵ de yayımlanmış; özel sağlık sigortasının uygulanmasına yönelik usul ve esaslar yeniden belirlenmiştir.⁷⁶⁶ Bu doğrultuda verimlilik çerçevesinde sigorta fonlarının yönetiminin mali yük oluşturduğu ve ayrı bulunan sistemlerin ise tek bir sistem altında toplanması gerektiği ifade edilmiştir. İstatistiklerin oluşturulması ve sağlık bilgi sistemlerinin kurumsallaşması, sağlıkta dönüşümün başlangıç adımları olarak kabul edilse de bu anlamda özel sektöre alan açma hedefinin başarılı bir şekilde yürütüldüğü ifade edilebilir. Aşağıda da ele alındığı üzere özel sektörün alana girişi ise devletin belirli riskleri üstüne alması ve kurulan ilişkiyi ortaklıklar üzerinden sürdürmesi ile mümkün hale gelmiştir.

II. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELECEĞİNE YÖNELİK ATILAN ADIMLAR

Nüfus artışı, teknolojik gelişmeler ve kamu hizmetlerine olan talep artışı karşısında hizmet maliyetlerinin kamu bütçesine yük olarak görülmesi gibi nedenler kamunun yatırımlarında alternatif finans arayışına girmesine neden olmuştur. Özel sektörün hizmet alanı olarak sağlık başlığında ele alındığı üzere devletin görevleri üzerinden geliştirilen söylemler, devletin mal ve hizmet üretme işlevinin özel sektör ile yer değiştirmesi gerektiği yönündedir. Bu çerçevede devlete düşen yeni rol piyasa ilişkilerinin devlet ve özel sektörün katılımını içeren modeller çerçevesinde düzenlenmesidir.

Özel sektörün içinde bulunduğu ekonomik kriz karşısında devletin -kamu hizmeti olarak- hizmet ürettiği alanları piyasaya açma girişimleri başlatılmıştır. Sanayi üretimlerine nazaran daha kârlı olan hizmet sektörü -1990’larda Hizmet Ticareti Anlaşması’nın da (GATT) uygulanması ile- küresel ortaklıklar üzerinden piyasa ilişkilerine açılmıştır. Türkiye’de özelleştirmeler ile başlayan reform dalgası hizmet alanlarına da yayılmış yapısal reform olarak adlandırılan düzenlemeler gerçekleştirilmiştir. Piyasa ekonomisinin ihtiyaçlarına cevap verecek reformlar daha

⁷⁶⁴ Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Genel Sağlık Sigortası Verilerinin Güvenliği ve Paylaşımına İlişkin Yönetmelik, RG:11.07.2012, Sayı: 28350.

⁷⁶⁵ Başbakanlık (Hazine Müsteşarlığı) Bireysel Emeklilik Sistemi Hakkında Yönetmelik, RG:09.11.2012, Sayı: 28462.

⁷⁶⁶Başbakanlık (Hazine Müsteşarlığı) Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği, RG:23.10.2013, Sayı: 28800.

önce belirtildiği üzere mevzuatın yeniden yapılandırılması çerçevesinde mümkün olmuştur.

Bu kısımda tez, sağlık yatırımlarının KÖO modeli üzerinden gördürülmesi ve devletin özel sektör ile sözleşme ilkeleri üzerinden bir ilişki kurmasına dayandırılmaktadır. Yeni Kurumcu İktisat Teorisi'nin devletin piyasa başarısızlığı gibi riskler karşısında özel sektör ile sözleşme temelinde bir güven oluşturma ve ortaklık kurma önerisi KÖO modeli ile uyum göstermektedir. Söz konusu sözleşme, özel sektöre mülkiyet hakkı tanırken; aynı zamanda taraflar için karşılıklı bağımlılık durumunu ortaya çıkarmaktadır. Birinci bölümde sağlık hizmetlerinin dönüşümü başlığında ele alındığı üzere sağlıkta finansman devletten özel sektöre geçmekte, hizmet ise hala kamusal olarak adlandırılmaktadır. Bu doğrultuda sağlıkta dönüşüm ile devlet bir yandan kamu hizmetlerini özel sektör üzerinden finanse etmekte ve toplumsal sorumluluğunu kamu hizmetlerinin sürekliliği ile sürdürmekte, özel sektör ise yüksek kâr oranları ve hizmet alım garantisi ile büyük ölçekli (tekel niteliği olan) hizmetleri yerine getirmektedir.

Ancak Yeni Kurumcu İktisat Teorisi ile KÖO modeli uyum gösterse de daha sonra ele alınacağı üzere dünyadaki KÖO uygulamaları ile Türkiye belirli durumlarda birbirinden farklılaşmaktadır. Farklılık daha çok özel sektörün alması gereken risklerin devlete yüklenmesi noktasında ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kamusal ayrıcalığından yararlanan özel sektöre devlet bir takım ayrıcalıklar tanımaktadır. Devlet tarafından ihale edilen kamu altyapı yatırımları KÖO modeli ile somutlaşırken, Kamu İhale Kanunu'nun dışına çıkılmakta; tesislerin yapımı, malzemelerin temini ve alanın yönetimi konusunda özel sektörünün katılımını öngören modelle ayrıca özel sektöre vergi muafiyeti de tanınmaktadır.⁷⁶⁷ Devlet ve özel sektör arasında sözleşme ilişkisinin hukuki altyapısının kurulmasından sonra ortaklık modeli ile söz konusu ilişki biçimi kurumsallaşmaktadır. Teorik kısımda da yer aldığı üzere kamunun özel sektör önündeki engellerden biri olduğu fikri kamunun özel sektörü desteklemesi gerektiği fikri ile yer

⁷⁶⁷ Şehir hastaneleri için düşünülen mal ve hizmet alımı ortaklığı yürüten firmaya verilirken; yerli tedarikçilerin şehir hastanelerine mal ve hizmet tedariki imkânı olmayacaktır. Ayrıca ortaklığı yürüten firmaya KDV muafiyeti getirilirken piyasa şartlarında rekabet etme imkânının da ortadan kalkacağı belirtilmektedir. Şehir hastanelerinde tıbbi cihaz şartı sıfır yaş olarak belirlenmiş diğer hastanelerde ise yedi yaşa kadar alım yapılabileceği belirtilmiştir. Bu durum tıbbi cihaz üreticisi ve tedarikçileri için birtakım sorunlara neden olacaktır. TUMDEF Genel Koordinatörü S.A. ile 10.01.2017 tarihinde yapılan görüşmeden elde edilen bilgilerden oluşmaktadır. Şehir hastanelerinde kullanılan cihazların %20'sinin yerli üretim olması sınırlı da olsa yerli üretici ve tedarikçilerin beklentilerini karşılamıştır. *Türkiye Tıbbi Cihaz Sektörü Raporu Mevcut Durum, Sorunlar ve Öneriler*, Ankara, 2013.

değiştirse de sonuç olarak piyasa ilişkilerinin kamu ve özel sektör ortaklıkları üzerinden sürdürüldüğü ileri sürülebilir.

Devletin özel sektör ile olan ilişki biçimi artık tek taraflı ve üstünlük üzerinden değil; ortaklıklar üzerinden yürütülmektedir.⁷⁶⁸ Aynı şekilde sağlıkta yaşanan dönüşümün işleyiş modeli ise KÖO üzerinden sürdürülmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın da bu bağlamda sağlık istatistiklerini özel sektör ile paylaşması, bölge planlaması çerçevesinde sağlık yatırımlarını sermaye birikim alanına çevirmesi iki taraflı olarak KÖO modeli ile sözleşme ilişkisi üzerine kurulmuş ve hukukileşmiştir.

Tezde yer verildiği üzere sağlık istatistikleri ve enformasyon sistemleri aracılığıyla; hastaneye müracaat sayısı, yatak devir oranı, ameliyat oranı gibi veriler toplanarak maliyet/verimlilik gerekçesiyle hastanelerin toplulaştırması gündeme gelmiştir. Bu doğrultuda maliyet azaltma girişimleri hastanelerin birleştirilmesi veya kapatılmasını gerektirmiştir. Garantör konumunda olan ve risk üstlenen devlet, KÖO çerçevesinde özel sektöre yatak doluluk oranı garanti vermekte, ücretsiz arazi tahsis etmekte, vergi muafiyeti tanımakta ve vatandaşları zorunlu olarak şehir hastanelerine yönlendirmektedir.⁷⁶⁹ Bu durum sağlık hizmetlerinin kamusal niteliğinin halka değil; özel sektör lehine işletilmesine neden olmaktadır.

A. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ

Devletin, 1990'lı yıllardan itibaren kamu hizmetinin üretiminin sürekliliği konusunda sıkıntılar yaşaması sonucu hizmet alanlarında yap-işlet, yap-işlet-devret, yap-kirala devret, işletme hakkı devri gibi imtiyaz yöntemleri kullanılarak kamu yatırımlarının özel sektör üzerinden gerçekleşmesine olanak sağlanmıştır. Ulaşım, altyapı gibi sektörlerle başlayan girişimler eğitim ve sağlık alanlarında da uygulanmaya başlamıştır. Ancak sağlık, -diğer alanlardan farklı olarak- birtakım projeler çerçevesinde reformlar üzerinden özel sektör için alanı kârlı hale getirmek suretiyle yatırımların yapıldığı önemli bir alan olmuştur. Devletin düzenleyici rolünün gerekliliği üzerinden gelişen Yeni Kurumcu İktisat, tezde sağlık alanında devletin özel sektör ile işbirliği kurması ve oluşacak riski paylaşması doğrultusunda Kamu Özel Ortaklığı (Public Private Partnership-PPP) modeli üzerinden görülmektedir.

⁷⁶⁸ Örneğin Devlet İstatistik Enstitüsü tek taraflı ve devletin üstün olduğu bir örgütlenmedeyken; Türkiye İstatistik Kurumu kamu ve özel sektörü kapsayacak şekilde yeniden örgütlenmiştir.

⁷⁶⁹ Sevk sisteminin zorunlu olarak işletileceği ve vatandaşların bölgelerde kurulan şehir hastanelerine yönlendirileceği düşünülmektedir. Bu düşünceyi doğrulayan politika metni ise bölge sağlık idarelerinin kurulması ile sevk sisteminin işletileceği öngörülen Mega Projedir. Bkz: Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, *Türkiye Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje*, Ankara, 1992, s.36.

Public Private Partnership kavramı için literatürde genellikle *ortaklık* (partnership) kelimesi kullanılırken Türkiye’de resmi belgelerde *işbirliği* (cooperation) kelimesi kullanılmaktadır. Ortaklık kelimesi kamu ve özel sektörün konumlarına yapılan atfı göstermesi bakımından önemli görülmektedir. İşbirliği kavramı ise devletin üstünlüğünü korumaktadır. Bu da devletin kendini özel sektörün yanına konumlandırmasıyla ilgili bir farklılaşmadır.⁷⁷⁰ KÖO modelinde kamu ve özel sektörün aynı amaca sahip olmaması durumu daha net ortaya koymaktadır. Daha önce ele alındığı üzere harcama değeri kavramının kamu ve özel açısından farklı kullanıldığı belirtilmişti. Harcama değeri, özel sektör için harcanan paranın ne kadar getirisinin olacağı ile ilgili iken; kavram kamu için yatırımların ne kadar verimli olacağı ile ilgilidir. Dolayısıyla özel sektör yatırım sonrasını düşünürken kamu, yatırım esnasında yapılan tasarruflar ile ilgilenmektedir.

1. Sağlık Alanında Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Gelişimi

2003 yılında ilan edilen SDP’nin en önemli bileşeni Türkiye’nin uluslararası alanda gücünü artıracak sınır ötesi sağlık hizmetlerine kavuşmasıdır.⁷⁷¹ Bu doğrultuda sağlıkta uygulanan yapısal reformların doruk noktası SDP’dir. SDP temel olarak verimlilik, kalite, vatandaş memnuniyeti gibi ilkeler üzerinden sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanın birbirinden ayrışmasına dayanmaktadır.⁷⁷² Ayrışma, devletin sağlık hizmetinin finansmanı için alternatif arayışlara girmesinin bir sonucudur. Kullanıcı öder ilkesine dayanan finansman yöntemi, vatandaşlar için GSS’de; yatırımcılar içinse KÖO modelinde somutlaşmıştır.

Sağlığın piyasa ilişkileri çerçevesinde dönüşmesi zorunlu olarak özel sektör ile işbirliği yapmayı gerektirmiştir. Ancak buna uygun bir örgüt yapısı gerekmektedir. 2007 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde Kamu Özel İşbirliği Daire Başkanlığı’nın kurulması bunun için yeterli görülmemiş işbirliği süreci ile mevzuatın da değişmesi

⁷⁷⁰ Harcama değeri (value for money) kavramının kamu ve özel sektör için faydası farklılaşırken; kamu ile özel sektör arasında ortaklık yerine işbirliği kavramının tercih edilmesi anlaşılabilir. OECD’nin yayınladığı dokümanda da ortaklık kavramına bu anlamda karşı çıkılarak işbirliği kavramının daha uygun olacağı belirtilmektedir. OECD, *Public-Private Partnerships: In Pursuit of Risk Sharing and Value for Money*, 2008, s.18.

⁷⁷¹ Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Dönüşüm*, Ankara, 2003.

⁷⁷² Ayrışma daha önce de yer verildiği üzere sağlık hizmetlerinde yerleşme uygulaması olarak anlaşılmaktadır. Çünkü merkezi idarede bulunan görev ve yetkilerin bir kısmının daha alt birimlere devredilmesi Dünya Bankası politikası çerçevesinde yapılmaktadır. Banka yerleşmeyi dörde ayırmaktadır. Bunlar arasında yer alan delagasyon sağlık hizmetlerine uyarlanmakta SGK idari ve mali özerk bir finansman birimi olarak işlevini yerine getirmektedir. Burada amaç merkezi bütçe kaynaklarını kullanarak değil kendi kendini finanse eden yapıların kurulması ve kullanıcı ücretlerine dayalı bir örgütlenmenin oluşturulmasıdır. Bu sayede merkezi bütçeden IMF ve Dünya Bankası’ndan alınan krediler ödenebilecektir.

gerekmiştir. Aynı şekilde kamu hizmetlerinin özel sektör üzerinden gördürülmesi imtiyaz adı verilen yöntem ile uygulanmaya başlamıştır.⁷⁷³ İdarenin belirli bir sözleşme çerçevesinde hizmeti özel kişilere gördürmesi kamu imtiyazı olarak nitelendirilmektedir.⁷⁷⁴ Kamu hizmetlerinin sözleşme usulü ile özel sektöre yaptırılması daha çok 1980’li yıllarda başlamış ve bu döneme “sözleşmeler dönemi” adı verilmiştir.⁷⁷⁵ KÖO modelinden önce uygulanan yöntem 1994 yılında çıkarılan 3996 sayılı Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yaptırılması Hakkında Kanun’un 3. maddesinde aşağıdaki gibi ifade edilmektedir.⁷⁷⁶

“Yap-İşlet-Devret Modeli, ileri teknoloji ve yüksek maddî kaynak ihtiyacı duyulan projelerin gerçekleştirilmesinde kullanılmak üzere geliştirilen özel bir finansman modeli olup, yatırım bedelinin (elde edilecek kâr dahil) sermaye şirketine veya yabancı şirkete, şirketin işletme süresi içerisinde ürettiği mal veya hizmetin idare veya hizmetten yararlananlarca satın alınması suretiyle ödenmesidir”.

Yukarıdaki paragraftan da anlaşılacağı üzere kamu ve özel sektör arasındaki ilişkinin bir taraf lehine işletilirken diğer kişiler aleyhine yürütüldüğü görülmektedir. Bu durumu imtiyaz olarak ortaya çıkaran neden tek bir girişimciye tanınan ayrıcalığın kamu hizmeti üretilirken piyasa kurallarından belirli durumlarda ayrışmasıdır.⁷⁷⁷

⁷⁷³ Türkiye’de imtiyaz yönteminin uygulanması her ne kadar 1970’li yıllarda başlamış görünse de Osmanlı Devleti’nde kapitülasyonlar da buna örnek gösterilmektedir. Örneğin 1910 yılında yasal dayanağı çıkarılan Menafî Umumiyeye Mütcellik İmtiyazat Hakkında Kanun ile elektrik, su, ulaşım gibi konularda yabancı şirketlere imtiyaz verilmiştir. Türkiye Cumhuriyeti’nin kuruluşu ile birlikte imtiyaz Türk şirketlerine geçmiştir. Hüsnüye Akıllı, “Kamu Hizmeti İmtiyazından Yap İşlet Devret Yöntemine Yasal Serüven”, *Sayıştay Dergisi*, Sayı:89, 2013, s.92.

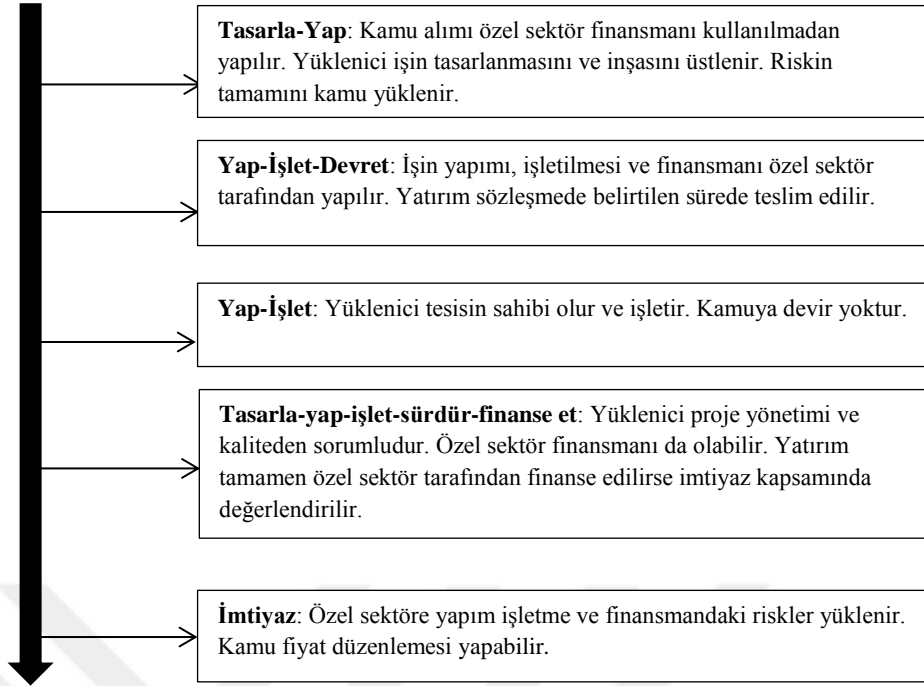
⁷⁷⁴ Turgut Tan, “Kamu İmtiyazından Yap İşlet Devret Modeline” *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, Cilt:47, Sayı3, s.308.

⁷⁷⁵ Koray Karasu, “Kamu Özel Ortaklığı: Sözleşme Sisteminin Genelleşmesi”, *Kamu Yönetimi Yapı İşleyiş Reform*, (Ed: Barış Övgün), Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Kamu Yönetimi Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayın No: 5, Ankara, 2009.

⁷⁷⁶ 3996 sayılı Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yaptırılması Hakkında Kanun, RG: 13.06.1994, Sayı: 3996.

⁷⁷⁷ Onur Karahanoğulları, *a.g.e.*, 2011.

Şekil 6: Kamu Özel Ortaklığı Modeline Göre Risk Paylaşımı⁷⁷⁸



Yukarıdaki şekilde ok yönüne doğru indikçe risk paylaşımının azaldığı ve kamunun özel sektöre transfer ettiği risk miktarının arttığı görülmektedir. Buna göre imtiyaz, özel sektöre verilen hizmet çerçevesinde elde edilen gelirin şirket tarafından toplanması, bunların karşılığında idareye bir ücretin ödenmesini ve imtiyaz alan şirketin bütün riskleri üstlenmesini öngören bir anlaşmadır. İmtiyaz süresinin sonunda varlığın sahibi devlet olur. İmtiyazın özelleştirmeden farkı ise tam bu noktada belirmektedir. Su, iletişim, yol yapımı imtiyaza örnek verilebilir.

İmtiyaz, yap-işlet, yap-işlet-devret modelleri arasında uygulamada farklılıklar yaşansa da nihai olarak amaç aynıdır. Bu bağlamda altyapı, yatırım ve hizmetlerin kamunun denetim ve gözetimi altında belli bir ölçüde özel sektöre gördürülmesine dayanan modellerin KÖO gibi yeni bir üst kavram üzerinden geliştirildiği ifade edilebilir. Söz konusu modeller için farklılaşma kaynağı yapılacak işin kapsam ve niteliği ile risklerin taraflar arasındaki dağılımı, yatırım ve hizmetlerin bedelinin kullanıcılar mı yoksa kamu tarafından mı karşılanacağıdır.⁷⁷⁹

KÖO, hizmetin gerçekleşmesi için ihtiyaç duyulan altyapı ve tesisin tasarımı, finansmanı, inşası ve işletilmesi ya da mevcut bir kamu yatırımının yenilenmesi, kiralanması, bakım ve onarımının yapılması ve işletilmesinde özel sektör katılımının

⁷⁷⁸ Harun Güngör, *Sağlık Sektöründe Kamu-Özel İşbirliği Uygulamaları ve Türkiye İçin Değerlendirme*, Kalkınma Bakanlığı Uzmanlık Tezi, Ankara, 2012, s.11.

⁷⁷⁹ Abdullah Uz, "Kamu-Özel Ortaklığı/Public-Private Partnership (PPP) (Kavram Ve Hukuksal Çerçeve)", *Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, Cilt: 11, Sayı: 1-2, 2007, s.1168.

sağlandığı yöntemlerin hukuki ve kurumsal biçimidir.⁷⁸⁰ Sağlık hizmetlerinin işletilmesini tek bir ortak girişime (özel sektöre) blok halinde devreden söz konusu model, devlete yalnızca çekirdek tıbbi hizmetin üretimini bırakmaktadır.⁷⁸¹ KÖO, kamu hizmetlerinin sunumunda özel sektör tekniklerinden uzun süreli olarak yararlanılması, çıktı elde etmek için risk ve finansmanın özel sektöre transfer edilmesidir. Buradaki kurumsallaşma ile sözleşme ilişkisi aracılığıyla ortaya çıkacak belirsizliğin azaltılması amaçlanmaktadır.

Kamu kaynaklarının harcama kontrollerine tabi tutulması ve uluslararası finans örgütlerinin baskısından kurtulma çabaları aynı zamanda alternatif kaynakların kullanılarak kamu hizmetlerinin yerine getirilmesi fikrini de beraberinde getirmektedir. Bu çerçevede her iki tarafın da amaçlarını gerçekleştirmesi açısından KÖO bir model olarak sunulmaktadır. Kamu ile özel sektör arasındaki ilişkiden verimlilik doğrultusunda yararlanılması fikri özel sektörün kârını maksimize etme imkânı sunmaktadır.

KÖO yöntemi kamu hizmet sunumunun çeşitlendirilmesi ve harcama değerinin yükseltilmesi amacıyla hizmet etmektedir. Kamu için harcama değeri hizmetlerin özel sektör ile yerine getirilmesiyle elde edilecek tasarruflara dayanırken özel sektör için harcama değeri ise yüklenilen iş için ortaya koyulan kaynağın ne kadar getirisinin olduğuna dayanmaktadır. Harcama değeri özel sektör için kullanıcı ücretlerinin alınmasına, yatırım yapılan tesisin ömrüne ve bu tesise bağlı olan ticari faaliyetlerin getirisine bağlıdır. Ülkelerarası farklılık gösteren harcama değeri kavramı İskoçya'da hizmet yatırımı esasında kullanılırken; Avustralya'da yatırımlar bittikten sonra gelir getirici faaliyetler çerçevesinde kullanılmaktadır.⁷⁸² Bu doğrultuda hastanelerin kamu yerine özel sektör tarafından yapılması durumunda ortaya çıkan tasarruflar İskoçya'daki gibi harcama değerine; şehir hastanelerinin tamamlanması ile birlikte hastane hizmetleri kapsamında alışveriş merkezi, otelcilik, hastane kampüsü içinde yer alan özel sektör için gelir getirici faaliyetlerin yapılması⁷⁸³ Avustralya'daki sisteme örnek gösterilebilir.

Devletin yaptığı yatırım faaliyetlerinin KÖO uygulamalarından farkı ortaya çıkacak riskin özel sektöre ne oranda transfer edileceği ile anlaşılabilir. Buradaki

⁷⁸⁰ Selime Güzelsarı, "Sağlık Sisteminde Yeniden Yapılanma ve Kamu-Özel Ortaklıkları", *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt: 45, Sayı: 3, 2012, s.30.

⁷⁸¹ Koray Karasu, "Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu – Özel Ortaklığı", *Toplum ve Hekim*, Cilt:26, Sayı:4, 2011, s.245.

⁷⁸² Harun Güngör, *a.g.e.*, s.14.

⁷⁸³ TTB, *Soru ve Yanıtlarla Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı*, Ankara, 2012, s.8.

risk⁷⁸⁴ kavramı ticari, yasal ve siyasi olmak üzere üç kategoride incelenebilir. Özel sektör ticari riskleri üstlenirken kamu ise siyasi ve yasal riskleri üstlenecektir.⁷⁸⁵ Bir yatırım için ticari risk tüketici kararlarına bağlı olan talep değişimi gibi çeşitli değişkenlerden oluşmaktadır. Kamu ise mevzuat düzenlemesi ile hukuki sıkıntıları giderecek politik tutumuyla yatırım için gerekli olan kamuoyu desteğini oluşturacaktır.

Kamu kaynakları üzerinde mali baskının artması ve kamu projelerinin yüksek harcama değerine ulaştırılması isteği, kaynakların verimli kullanımı konusunda uluslararası örgütlerin baskıları gibi gerekçeler, KÖO modelinin yaygınlaşmasını artırmıştır.⁷⁸⁶ Farklı bir görüşe göre, KÖO gelecekte yapılacak yatırımların şimdiden özelleştirilmesi iken kamu hizmetlerinin ticarileştirilmesiyle, devlet hastaneleriyle özel sektör arasındaki rekabeti artırma ve piyasalaşma yönelimi somutlaşacaktır.⁷⁸⁷ Özelleştirme durumunda kamu hizmeti niteliğindeki faaliyetlerin özel sektöre geçtikten sonra denetlenmesi gerekmektedir. KÖO ise kamu hizmetlerinin görülmesinde uzun vadeli bir sözleşme ilişkisi üzerinden yürütülmektedir. Bu bağlamda KÖO modelinin özelliklerini belirtmek gerekirse:⁷⁸⁸ Özel sektör devletten düzenli ödeme almakla birlikte kullanıcılardan da ücret almaktadır. Devlet, özel sektör ile yapılan anlaşma gereği hizmet kalitesi ve miktarını belirler. Sözleşme süresinin sonunda yapılan girişimlerin hurda bedelini özel sektöre ödemek koşuluyla yatırımın sahibi olabilir. KÖO modeli çerçevesinde finansmanı sağlanacak hizmetler ise aşağıdaki gibi sıralanabilir:⁷⁸⁹

- Projenin tasarımı, inşaatı ve uygulaması,
- Tıbbi cihazlar ve çeşitli donanımların temini,
- Hastaneler için gerekli tekstil malzemeleri,
- Hastanelerin bakımı ve onarımı,
- Laboratuvar ve tıbbi destek hizmetlerinin temini,
- Yemek, temizlik, güvenlik ve bilgi işlem gibi destek hizmetlerinin temini,
- Kampüslerin ‘yaşam alanı’ olması için gerekli olan ‘ticari’ alanların kurulmasıdır.

⁷⁸⁴ Risk, ortaya çıkan sonucun olması gereken sonuçtan sapma olasılığının ölçülebilmesi olarak tanımlanmaktadır. *a.k.*, s.20.

⁷⁸⁵ Türkiye’de ise hükümet ticari riskleri de üstlenmektedir. Hastane doluluk garantisinin yanı sıra uluslararası borçlanmalar için %100 Hazine garantisi verilmektedir.

⁷⁸⁶ Harun Güngör, *a.g.e.*, s.4.

⁷⁸⁷ YASED, *Türkiye Sağlık Sektörü Raporu*, 2012, s.43-44.

⁷⁸⁸ Harun Güngör, *a.g.e.*, s.10-11.

⁷⁸⁹ Osman Elbek, *a.g.e.*, s.73.

2005 yılında 5396 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun⁷⁹⁰ çıkarılmıştır. Bu kanun ile Yüksek Planlama Kurulu tarafından karar verilen sağlık tesislerinin, Sağlık Bakanlığı'na belirlenen standartlar çerçevesinde kendisine veya Hazineye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine kırk dokuz yılı geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılacağı hükmü getirilmiştir. Bu madde sağlık hizmetlerinde KÖO modeline geçiş için bir hazırlık olacağı yönünde fikir vermektedir.

Yukarıda yer alan madde doğrultusunda 2006 yılında Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması ile Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik çıkarılmıştır. Yönetmelik ile entegre sağlık kampüsünün⁷⁹¹ özel sektöre ihale edilmesi için ilk girişimler başlatılmıştır. 2007 yılında ise 5683 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'un kabulü ile Bakanlığın ana hizmet birimlerine ilave olarak İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı ve Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı kurulmuştur.⁷⁹² Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı'nın görevi şu şekilde tanımlanmıştır:

“İhtiyaç duyulan hastane, sağlık yerleşkesi gibi sağlık tesislerini ve hizmet binalarını, Hazinesinin özel mülkiyetinde bulunan arazi ve arsaların devri karşılığında ve/veya bedeli Sağlık Bakanlığı bütçesinin ilgili tertiplerine bu amaçla konulan ödeneklerden veya döner sermaye gelirlerinden karşılanmak üzere, düzenlenecek protokol esasları çerçevesinde Toplu Konut İdaresi Başkanlığına veya inşaat işleri ile ilgili araştırma, proje, taahhüt, finansman ve yapım işlemleri konusunda görevli ve yetkili kamu tüzelkişiliğine sahip diğer kurum ve kuruluşlara doğrudan yaptırmak” yer almaktadır.”

2. Özel Sektör Teşvikleri: Mülkiyet ve Üst Hakkı Tesis

DPT tarafından 2010–2012 yıllarına ait yatırım programına yönelik genelgede⁷⁹³ kamu yatırımlarının kısıtlı kaynaklardan oluştuğu gerekçesi ile KÖO modelinin kullanımının yaygınlaştırılacağı belirtilmiştir. Fiziksel gerçekleştirme oranı üzerinden

⁷⁹⁰ 5396 Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun, RG: 15.07.2005, Sayı: 25876.

⁷⁹¹ Entegre Sağlık Kampüsü: Eğitim araştırma hastanesi, devlet hastanesi, özel dal hastanesi, gün hastanesi, sağlık ocağı, klinik otel, rehabilitasyon merkezi, kanser araştırma merkezi, aşı eğitim merkezi, aşı üretim merkezi, aşı araştırma–geliştirme merkezi, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, toplum sağlığı merkezi, organ ve doku bankası, bölgesel kan merkezi, kan ürünleri üretim tesisi, ağız ve diş sağlığı merkezleri için verilen genel addır. 2006/10655 Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması ile Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik, RG:22.07.2006, Sayı: 26236.

⁷⁹² 5683 Sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG:09.06.2007, Sayı: 26547.

⁷⁹³ Devlet Planlama Teşkilatı 2010–2012 Dönemi Yatırım Programı Hazırlıkları İle İlgili Genelge (No:2009/1), RG: 18.09.2009, Sayı: 27353.

değerlendirilen projelerin hâlihazırda %75 ve üzerinde olması halinde yatırımlara devam edileceği belirtilmektedir. Ayrıca %75'in altında olsa dahi koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin bölgesel farklılıkları giderici nitelikte projelerden oluşması ve buna ilişkin çalışmaların yapılması öngörülmektedir. Hâlihazırda yatırımların bitme aşaması anlamına gelen oranlama, yatırımların kamu kaynaklı olarak devam edilmesi ve bu kriteri sağlamayan yatırımların ise KÖO çerçevesinde projelendirilmesi esasına dayanmaktadır. Bu çerçevede sağlık yatırımlarının projelendirilmesi ve KÖO modeli kapsamında gerçekleştirilmesi ile ilgili Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı yönetmeliğin birinci maddesi şöyledir:⁷⁹⁴

“3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun ek 7 nci maddesi uyarınca; yapılmasının gerekli olduğuna Yüksek Planlama Kurulu tarafından karar verilen sağlık tesislerinin, Sağlık Bakanlığınca verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya Hazineye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek kişilere veya özel hukuk tüzel kişilerine *kırk dokuz yılı* geçmemek şartıyla belirli süre ve *bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılmasına*, bu amaçla Maliye Bakanlığınca Hazineye ait taşınmazlar üzerinde gerçek kişiler veya özel hukuk tüzel kişileri lehine *bedelsiz* olarak kırk dokuz yıla kadar üst hakkı tesis edilmek suretiyle bu taşınmazların *devredilmesine; kira bedeli ve kiralama süresinin tespitine*, sağlık tesislerindeki tıbbî hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların *işletilmesi* karşılığında yenilenmesine, ihale yöntemlerine, isteklilerde aranacak niteliklerin belirlenmesine, sözleşmelerin kapsamına ve diğer hususlara dair usul ve esasları belirlemektir.”

Yukarıda yer verilen düzenleme ile birlikte Hazine arazileri üzerinde özel sektör lehine üst hakkı tesis edilmiş, sağlık yatırımlarının kırk dokuz yıllığına özel sektöre devredilmesine ve işletilmesine imkân tanınmıştır. Devletin kira ödeme karşılığında tesisleri kullanabilmesi anlamına gelen bu düzenleme hastanelerin bina ve tesis olarak kullanım hakkının özel sektöre devri anlamına gelmektedir. Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı tarafından 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu'nun üçüncü maddesinin f bendine ilişkin olarak sağlık yatırımlarının finansmanının tamamının Bakanlıkça karşılanması halinde dahi söz konusu kanunun istisna hallerinden sayılarak ihale usulleri dışında hizmet alabilmesine imkân tanınmıştır.⁷⁹⁵ Bu düzenlemeden sonra çıkarılan 6225 sayılı Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'un (torba kanun) 14. maddesi ile 181 sayılı Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanunu'nun 17. maddesi aşağıdaki gibi değiştirilmiştir:⁷⁹⁶

“Sağlık Bakanlığının ihtiyaç duyduğu her türlü tesis, hastane, sağlık eğitim tesisi, sağlık kampusu, sosyal donatılar ve diğer tesisleri, düzenlenecek protokol esasları

⁷⁹⁴ Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması İle Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet Ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG:22.05.2010, Sayı: 27588.

⁷⁹⁵ Sağlık Bakanlığı Tarafından, 4734 sayılı Kamu İhale Kanununun 3 üncü Maddesinin (f) Bendi Kapsamında Yapılacak İhalelere İlişkin Esaslar Hakkında Karar, RG: 31.06.2010, Sayı: 27658.

⁷⁹⁶ 6225 sayılı Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG:26.04.2011, Sayı: 27916.

çerçevesinde Toplu Konut İdaresi Başkanlığına veya inşaat işleri ile ilgili araştırma, proje, taahhüt, finansman ve yapım işlemleri konusunda görevli ve yetkili kamu tüzelkişiliğine sahip diğer kurum ve kuruluşlara doğrudan yaptırmak; bunların bedelini, Sağlık Bakanlığı bütçesinin ilgili tertiplerine bu amaçla konulan ödeneklerden, döner sermaye gelirlerinden, Sağlık Bakanlığına tahsisli veya Hazine'nin özel mülkiyetindeki taşınmazları üzerindeki yapılarla birlikte devrederek ödemek.”

“Sağlık Bakanlığı, kamu kurum ve kuruluşlarına ait veya tahsisli taşınmazların kendisine tahsisini veya devrini talep edebilir veya kullanım protokolleri yapabilir. Bu protokoller ile oluşan yükümlülüklerini Toplu Konut İdaresi Başkanlığına veya inşaat işleri ile ilgili araştırma, proje, taahhüt, finansman ve yapım işlemleri konusunda görevli ve yetkili kamu tüzelkişiliğine sahip diğer kurum ve kuruluşlara yaptırabilir.”

“Sağlık Bakanlığınca sağlık hizmetlerinde kullanılmakta olan binalardan, Bakanlıkça oluşturulacak komisyon tarafından fonksiyonellik ve/veya onarım-tadilat maliyeti açısından yapılan değerlendirme sonucunda yıkımının uygun olduğuna karar verilen binalar yıkılabilir. Yıkım kararı verecek komisyonun teşkili ile çalışma esas ve usulleri Sağlık Bakanlığınca belirlenir.”

Yukarıda da yer verildiği üzere etkinlik ve verimlilik çerçevesinde işlevselliği azaldığı iddia edilen kamu hastanelerinin yıkılması ya da birleştirilmesini içeren kanun değişikliği sağlık hizmetlerinin bölgesel düzeyde ölçeklendirilmesi hususunda önemli bilgiler vermektedir. KÖO ile bir yandan yeni tesislerin kurulmasında özel sektör kaynaklı finansman teknikleri kullanılırken mevcut tesislerin geleceğine ilişkin durum analizleri⁷⁹⁷ de Sağlık Bakanlığı'nın yeni işlevi üzerinden yapılmakta ve Toplu Konut İdaresi (TOKİ) aracılığıyla onarım veya yıkım işleri devredilmektedir. TOKİ, Sağlık Bakanlığı'nın yatırımlarını tek başına değil; özel sektörün de desteği (taşeron sistemi) ile gerçekleştirmektedir. TOKİ'nin sağlık yatırımlarını Kamu İhale Kanunu dışında gerçekleştirmesi, yukarıdaki madde ile birlikte okunduğunda anlam kazanmaktadır.

Sağlık yatırımlarının özel sektör tarafından karşılanması, sağlık hizmetlerinin sunumunun piyasaya devri için bir adım olarak değerlendirilebilir. Sağlık Bakanlığı'nın sağlık tesislerini kiralaması karşılığında⁷⁹⁸ özel sektöre yaptırılan tesisler, hastanelerin yönetimi açısından işletme tekniklerini çağrıştırmaktadır. Ayrıca özel sektöre tahsis edilen arazilerin “bedelsiz” olarak kırk dokuz yıllığına verilmesinden sonra çıkarılan yasal düzenleme ile Bakanlık tarafından bu arazilerin satılabileceği hükmü⁷⁹⁹ getirilmiştir. 6553 sayılı Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile 4706 sayılı⁸⁰⁰ ve 5084 sayılı⁸⁰¹ kanunlarda değişiklikler

⁷⁹⁷ Sağlık Bakanlığı hastanelerinin yıkılması ile yeni rant alanlarının çıkacağı ihtimali olsa da Bakanlık Şehir hastanelerini yapan firmalara teşvik amaçlı olarak bu arazileri sunmaktadır.

⁷⁹⁸ 2011/2011 Bakanlar Kurulu Kararı, Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtırılması İle Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet Ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılması Hakkında Yönetmelik, RG:01.07.2011, Sayı: 27981.

⁷⁹⁹ 6553 sayılı Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG:12.07.2012, Sayı: 28351.

⁸⁰⁰ Hazineye Ait Taşınmaz Malların Değerlendirilmesi ve Katma Değer Vergisi Kanununda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, RG:18.07.2001, Sayı: 24466.

yapılmış; söz konusu düzenleme ile KÖO kapsamında hazine arazilerine yapılan hastane arazilerinin özel sektöre satılma imkânı getirilmiştir.⁸⁰²

Sağlık tesislerinin KÖO modeli ile yapılması aynı zamanda büyük sermaye gerektiren yatırımların finansmanının özel sektörden temin edilmesine dayalıdır. Ancak özel sektörün entegre sağlık kampüslerinin finansmanını yabancı ortaklıklarla⁸⁰³ sağlaması “bölgelerin cazibe merkezi haline getirilmesi” söylemine dayalı olarak yabancı sermaye arayışlarını meşrulaştırmıştır. Devlet teşvikinin bölgesel yatırımlar üzerinden sürdürülmesi ise yatırımlarda kullanılan kredilerin Hazine garantisinde⁸⁰⁴ yapılmasına ve devletin birtakım riskleri üstlenmesine⁸⁰⁵ neden olmuştur. Bu durum daha sonra da ele alınacağı üzere dünya örneklerinden farklılaştığı için tezin teorik çerçevesine de uymamaktadır. Çünkü ticari riskin özel sektör tarafından üstlenilmesi ve özel sektör kredilerine Hazine garantisinin verilmemesi gerekirdi. Ancak Türkiye’de bu iki durum da devlet tarafından üstlenilmekte tezde bu kısım teorik açıdan ne Kamu Tercih Teorisi’ne uymakta ne de Yeni Kurumcu İktisat Teorisi ile örtüşmektedir.

KÖO modeli çerçevesinde yapılan tesislerin otuz yılı aşmamak üzere özel sektöre üst hakkı tesis edilmesine ilişkin yeni bir düzenleme⁸⁰⁶ yapılmıştır. Söz konusu düzenleme ile döner sermayeden sağlık personeline ek ödeme yapılması kararından sonra personele yapılan ek ödemenin bir kısmının KÖO ile yapılan tesislerin kirasına

⁸⁰¹ Yatırımların ve İstihdamın Teşviki ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, RG: 06.02.2004, Sayı: 25365.

⁸⁰² Halihazırda döner sermaye ile gelir ve gider dengesi kurmaya çalışan hastanelerin personel gideri dışında devlet desteği almaması; özel sektörün yönetim tekniklerinin gerek yatırım gerekse işletme bağlamında sağlık alanına taşındığının işaretleri olarak görülmektedir.

⁸⁰³ Şehir hastanelerinin finansmanı çok uluslu şirketlerin oluşturduğu konsorsiyumlar ve yerli firma ortaklıkları üzerinden sürdürülmektedir. Örneğin Mersin Şehir hastanesinin finansmanı Dubai firması tarafından karşılanmakta Adana’nın ise dokuz tane yabancı şirket tarafından sağlanmaktadır. Ayrıca 2015 yılı itibarıyla yabancı sermayenin en çok yatırım yaptığı alan 6 milyar dolar ile hizmet sektörü olmuştur. Bu alanı ikinci sırayla 5 milyar dolar yatırım alan sanayi sektörü takip etmiştir. YASED, *Uluslararası Doğrudan Yatırımlar 2015 Yılına Değerlendirme Raporu*, 2016.

⁸⁰⁴ 3996 sayılı Bazı Yatırım Ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapıtılması Hakkında Kanunun Uygulama Usul Ve Esaslarına İlişkin Kararda Değişiklik Yapılmasına Dair Karar, RG: 05.12.2012, Sayı: 28488.

⁸⁰⁵ KÖO modeli ile yapılan yatırımlara dünyanın hiçbir ülkesinde %100 hazine garantisi verilmemektedir. Bu durum hazineye ek yük olarak görülmektedir. Ruhsar Uçar, “Şehir Hastanesi (Efsanesi) Gerçeği”, <http://mersintabipodasi.org.tr/sehir-hastanesi-efsanesi-gercegi/>, (01.02.2017). Dönemin başbakanı hazine garantisinin %80’e düşürülmesi konusunda fikir beyan etse de konsorsiyumlar buna karşı çıkmışlardır. Yatırımların maliyetinin artacağı gerekçesiyle karşı çıkılan durumda hazine garantisi esnetilmemiştir. 2012 yılında iki bakanı karşı karşıya getiren durum ise şehir hastanelerinin ortaya çıkaracağı borç yükünü “torunlarımızın dahi ödeyemeyeceği” ifadesi ile daha net ortaya koymaktadır. Osman Öztürk, “Şehir Hastaneleri Problem Olaya Devam Ediyor”, <http://www.soldefter.com/2016/05/10/sehir-hastaneleri-problem-olmaya-devam-ediyor/>, (01.02.2017).

⁸⁰⁶ 6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli İle Tesis Yapıtılması, Yenilenmesi Ve Hizmet Alınması İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, RG: 09.03.2013, Sayı: 28582.

ayrılması kararlaştırılmıştır. Ayrıca 4706 sayılı Kanun'da 2012 yılında yapılan değişiklikle⁸⁰⁷ tahsis edilen arazinin özel sektöre satılabileceği kararlaştırılmıştır:

“Bedelsiz kırk dokuz yıl süreli irtifak hakkı tesis edilen taşınmazların üzerinde taahhüt edilen yatırımın en az yüzde ellisini gerçekleştiren yatırımcılar tarafından talep edilmesi halinde; irtifak hakkı tesis edilen taşınmaz, taşınmazın zemin bedeli ile üzerindeki bina ve tesislerin taşınmaz maliki idareye geçmesi gereken kısmının rayiç bedelleri üzerinden yatırımcıya doğrudan satılabilir.”

Entegre sağlık kampüslerinin yapılacağına dair söylemlerin hükümet programında yer almasından sonra sağlık kampüsleri Yıllık Programa⁸⁰⁸ alınmıştır. KÖO uygulamaları için Yüksek Planlama Kurulu'ndan izin verilen sektör sağlık olmuştur. KÖO modeli ile 2012 yılında projelendirilen toplam on yedi milyar iki yüz milyon liralık entegre sağlık kampüsü yapılmasına ilişkin sözleşme imzalanmıştır.

Kamu ve özel sektörün birikim alanı (sağlık yatırım alanı) üzerinden bir ilişki içerisine girmesi kavramsal olarak bir tanım üzerinden yapılmıştır. KÖO modeli ile devletin tek taraflı olmaktansa özel sektörün yanına konularak ilişki biçimini sürdürdüğü ve hizmet alanlarını özel sektör üzerinden finanse ederek hedeflerini gerçekleştirilmek istediği ifade edilebilir. Bu durumda özel sektör ise devletin yanında yer alarak güvenli ve risk almadan yatırım yapacaktır. Bu doğrultuda ölçek ekonomilerinin büyütülerek Sağlık Bakanlığı'nın işlevleri üzerinden bu sürecin sağlıkta dönüşüm adıyla gerçekleştirildiği sonucuna varılabilir.

SDP çerçevesinde Bakanlığın denetleme yetkisi ise uygun performans gösteremeyen hastanelerin kapatılarak şehir hastaneleri içinde rekabete kapalı bir yapıda (tekel niteliğinde bayilik) özel sektör tarafından işletilmesini içermektedir. Yeni Kurumcu İktisat çerçevesinde mülkiyet üzerinde yapılan düzenlemeler kamu hastanelerinin verimsiz olduğu gerekçesiyle kapatılmasına⁸⁰⁹ neden olacaktır. Söz konusu düzenlemeler hastanelerden yararlanan vatandaşların da sözleşme ile kurulan entegre hastanelere yönlendirilmesinin önünü açmaktadır. Ancak aşağıda da ele alınacağı üzere kurulacak hastanelerin özel sektör tarafından değil de kamu tarafından işletilmesi Türkiye'ye özgü olan farklılaşmayı giderek derinleştirmekte ve bu nedenle teorik açıdan bir çerçeveye oturtulamamaktadır. Bu durum daha önce ele alındığı üzere tekelci devlet kapitalizmi ile açıklanabilir. Çünkü aşağıda da ele alınacağı üzere özel

⁸⁰⁷ Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG: 04.07.2012, Sayı: 28351.

⁸⁰⁸ 18/10/2012 Tarihli ve 28445 Sayılı Resmî Gazete 'de Yayımlanan 4/10/2012 Tarihli ve 2012/3839 Sayılı 2013 Yılı Programının Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair Bakanlar Kurulu Kararı Eki 2013 Yılı Programı, RG:23.10.2012, Sayı: 28450 Mükerrer.

⁸⁰⁹ TTB, “Şehir Hastaneleri Kamu Sağlığına Zararlıdır”, http://www.ttb.org.tr/kutuphane/s_hastane_br.pdf, (09.07.2017).

sektör arasında rekabet doğurması gereken sağlıkta dönüşüm ile büyük ölçekli yatırımlar gerçekleştiren monopol firmalar arasında paylar dağıtılmakta tekel haline gelen şirketler Türkiye'deki şehir hastanelerinin bir çoğunu finanse etmektedir.

B. ŞEHİR HASTANELERİ

DB'nin yayınladığı *Gelişmekte Olan Ülkelerdeki Kamu Hastanelerinde Kaynak Kullanımı, Maliyet, Finansman*⁸¹⁰ (Public Hospital in Developing Countries Resource Use, Cost, Financing) adlı Rapor ile hastanelerin hükümet kaynaklarını tükettiği vurgulanırken; sağlık sektöründe kamu kaynaklarının verimli kullanımı üzerine politika geliştirmeye odaklanılmıştır. Raporda genel olarak hastane hizmetlerinde fiyatlandırma ilkeleri tavsiye edilmektedir. Bu doğrultuda kamu hastanelerinin finansmanı için alternatif modeller araştırılmış nihayetinde kullanıcı katkılarına dayanan sağlık sigortasının kurulduğu bir sistem önerilmiştir. Dünya çapında finansal kısıtlamalar hayati önem arz ederken, temel sağlık hizmetlerinin ulusal sağlık sistemlerine entegre edilmesi; kamu hastanelerinin ise özel sektör tarafından çalıştırılması gerektiği belirtilmiştir. Yukarıdaki Raporla birlikte Türkiye'de hastanelerin geleceğine yön verecek düzenlemelerin yapılacağı da yayınlanan metinlerden anlaşılmaktadır. Örneğin 1992 yılında yayınlanan Sağlıkta Mega Proje isimli dokümanda kamu hastanelerinin geleceğine yönelik birtakım ipuçları yer almaktadır:⁸¹¹

“Reform çalışmaları çerçevesinde bütün bu şartların yerine getirileceği ve temel prensiplerden taviz vermeden oluşturulacak bir sistemin iki ana özelliği ortaya çıkmaktadır. Bunlar birinci basamak hizmetlerinin aile hekimliği ile güçlendirilmesi ile kamu hastanelerinin özleştirilmesi ve zaman içerisinde özelleştirilmesidir. Amaç verimliliği artırmak ve hizmet sunumunda rekabeti sağlamaktır.”

Yukarıda da yer aldığı üzere SDP'nin içeriğine benzeyen Sağlıkta Mega Proje'de hastane reformunun piyasa ilişkileri doğrultusunda yapılması öngörülmüştür. 1990'lı yıllarda DB projeleri etrafında dönüştürülmeye çalışan sağlık reformu yine aynı aktör tarafından bir kez daha uygulanmak istenmiştir. Daha önce ele alındığı üzere reformlar için krizi fırsata çevirme durumu reform için uygun bir ortamın bulunması ile de hızlanmıştır. Örneğin 2002 yılında *Sosyal Adaletle Daha İyi Bir Türkiye* adıyla DB tarafından hazırlanan ancak resmi çevirisi yapılmayan bilgi notunun⁸¹² girişinde

⁸¹⁰ Howard Barnum, Joseph Kutzim, *Public Hospital in Developing Countries Resource Use, Cost, Financing*, World Bank, 1993. <http://documents.worldbank.org/curated/en/1993/04/699054/public-hospitals-developing-countries-resource-use-cost-financing>, (30.12.2015).

⁸¹¹ Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, *Türkiye Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje*, Ankara, 1992, s.28.

⁸¹² World Bank, *Sosyal Adaletle Daha İyi Bir Türkiye 2002*, http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2003/12/16/000160016_20031216174434/Rendered/, (15.03.2016).

hükümet programındaki sağlık reformu maddeleri yer almıştır. Devletin neredeyse tüm alanlarında yapılacak reformların sıralandığı belge olan metin adeta 58. Hükümet'in Acil Eylem Planı'nı andırmaktadır. Belgede “etkin devlet için kamu sektörü reformu, sağlık hizmetlerine erişim ve etkinliği artırmak için gerekli reform” gibi ifadeler yer almaktadır.

Bilgi notunda reformun güvenilirliğini güçlendirmek, özel sektörün gelişimini desteklemek için özelleştirmenin hızlandırılması, rekabet ve büyümeyi artırmak için özel sektörün teşvik edilmesi gibi başlıklar yer almaktadır. Sağlık hizmetleri başlığında ise Türkiye'nin mevcut durumuna yönelik şu ifadeler oldukça dikkat çekicidir.⁸¹³ “Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin işletilmesi oldukça verimsizdir. Çok sayıda küçük hastane vardır. Küçük hastanelerdeki yatak doluluk oranları beklenenin altındadır. Önerilen ise insanların uzak olmasına rağmen daha büyük hastaneleri tercih etme eğiliminin -hastane reformunda- kullanılmasıdır.”

Bilgi notundan hemen sonra DB, 2003 yılında Türkiye-Güçlendirilmiş Erişim ve Verimlilik için Sağlık Sektörü Reformu (Turkey Reforming The Health Sector For Improved Access And Efficiency)⁸¹⁴ adlı Raporu yayınlamış ve sağlık reformuna ilişkin mevcut durum ve çözüm önerilerini sıralamıştır. Söz konusu Raporda kamu hastanelerinin kapatılma gerekçeleri sıralanmıştır. Rapora göre, Sağlık Bakanlığı altında çok sayıda ve küçük örgütlenmelere sahip ‘verimsiz’ çalışan hastane bulunmaktadır. Kentsel ve kırsal alanda hastane ve personel dengesizlikleri bulunurken bölgesel eşitsizlikler de söz konusudur. Ayrıca hâlihazırda hastaneler düşük kullanım ve yetersiz yatak kapasitesine sahiptir.⁸¹⁵ Tezin genelinde de görüleceği üzere Türkiye’de sağlık reformu kamu hastanelerinin yatak kapasitesinin verimsiz kullanıldığına yönelik şikâyetler doğrultusunda bir perspektif ile sunulmaktadır. Ancak bu konuda alanda yapılan görüşmeler sonucunda aşağıdaki bilgilere ulaşılmıştır.⁸¹⁶

“Hâlihazırda kamu hastanelerinin verimsiz çalışması pahalı olan medikal cihaz kullanımında verimsizliklere neden olmaktadır. Mevcut hastaneler büyük kampüslere taşınarak bu sorunların üstesinden gelinecektir. Ayrıca hastaneler derme çatma binalardan oluşmakta ve binalar işlevini yerine getirememektedir. Hastanelerin fiziksel koşulları,

⁸¹³ Hastane yatak sayısı 300 - 400 altında olan hastaneler verimsiz olarak kabul edilmektedir.

⁸¹⁴ World Bank, *Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency*, Report No. 24358-TU, Washington D.C., 2003.

⁸¹⁵ Raporda hasta bakım hizmetleri için gereken doktor sayısı birincil hizmetler için olandan daha fazla olduğu, hizmet finansmanının sağlanmasında Sağlık Bakanlığı ve Çalışma Sosyal Güvenlik Bakanlığı arasında koordinasyon eksikliği bulunduğu, halka yapılan sağlık harcamalarının eşit olmadığı, sağlık sigortası kapsamına alınan vatandaş sayısının yetersiz olduğu, zengin kesimlere harcanan sağlık harcamaları ile yoksul bölgelere harcanan payın dengede olmadığı vurgulanmıştır. *a.k.*

⁸¹⁶ 07.12.2016 tarihinde Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'ndan E.A. ve H.K. ile yapılan ikili görüşmelere dayanarak elde edilen bilgilerdir.

personelin ve hastaların ihtiyacına cevap verememektedir. Hastaneler şehir merkezlerinin içine sıkışmış ve tadilat yapılamamaktadır. Hastanelerin mevcut alanlarının satışı ile elde edilecek gelirin kullanılmasıyla da şehir hastaneleri için gereken kira ve taşınma masrafları da karşılanacaktır. Şehir hastanelerinde kurulacak bölümler tıpkı birer hastane gibi kurulacak ve kamu hastanelerindeki personel buralarda istihdam edilecektir. Hastanelerin döner sermayesinden elde edilecek gelirin bir kısmı da şehir hastanelerinin özel sektöre vereceği kira gideri için kullanılacaktır.”

Alanda yapılan görüşmelerde hastanelerin verimsiz olmaları ve bunların birleştirilerek daha büyük kampüslere taşınması fikri İşlem Maliyetleri Teorisi’nde olduğu gibi ekonomik kriterler üzerinden kabul görmektedir. Ancak konu bu kadar basit görülmemeli ve hastanelerin dönüşümünün çözümlenmesini zorunlu kılmaktadır.

Yukarıdaki gelişmeler ile birlikte Türkiye’de KÖO modeline giden süreçte yaşanan reform pratiklerinden yola çıkılarak şehir hastanelerine odaklanmak gerekmektedir. DB’nin bilgi notunda da ele alındığı gibi sağlık talebinin artırılmasına yönelik olarak sağlıkta dönüşüm, aynı zamanda vatandaşların büyük hastanelere gitme eğilimini kullanmaktadır.⁸¹⁷ Daha önce ele alındığı üzere GSS ve hasta sevk sistemi ile KÖO’nün arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır. GSS’nin zorunlu olarak uygulanması; vatandaşları bir anlamda hastanelere erişimi kolaylaştırmakta, diğer yandan hastanelerdeki yığılmalar nedeniyle vatandaşların durumdan şikâyet ederek özel hastanelere gitmesine neden olmaktadır.⁸¹⁸ Kamu ve özel sektör arasındaki kalite ve memnuniyet farklılıkları⁸¹⁹ özel sektör sağlık hizmetlerinin daha üstün olduğu düşüncesine ile kamu hastanelerinin piyasa koşullarına uyumlu bir hale dönüşmesine neden olmuştur. Ancak kamu hastaneleri verimsizlik gerekçesiyle kapatılarak belirli sağlık bölgelerinde bir araya getirilirken vatandaşların erişimi açısından problemlere neden olacaktır.⁸²⁰

⁸¹⁷ World Bank, *a.g.e.*

⁸¹⁸ Daha önce yer verildiği üzere SGK, hem kamu hastanelerinin sağlık harcamalarını (özel sektörden mal ve hizmet temini noktasında) hem de özel sektörün harcamalarını karşılamaktadır.

⁸¹⁹ Kamu sağlık hizmetlerinde memnuniyet oranının azalması ve kalitesizlik vatandaşların özel hastanelere gitmesine neden olmaktadır. Kamu hastanelerinde dahi muayene, ilaç gibi kullanıcı ücretlerinin alınması GSS ile anlaşmalı olan özel hastanelerdeki fark ücretinin dikkate alınmamasına neden olmaktadır. Çünkü kamu hastanelerinde de piyasa fiyatlandırması yapılmakta vatandaş fark ücretini iki kurumda da ödemek zorunda kalmaktadır. 1990’lı yıllarda yapılan bir araştırma kamu sağlık hizmetlerini tanıdıkça beğeni oranının azaldığını göstermektedir. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, *Sağlık Reformu Araştırmaları-1*, Ankara, 1995. 2013 yılında sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı %74 iken; bu oran %70’e düşmüş ve 2015 yılında ise %72 olmuştur. Sağlık Bakanlığı, *2015 Yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı*, 2016.

⁸²⁰ Dolayısıyla hasta sevk sistemi hâlihazırda işletilmemekte iken KÖO ile yapılan şehir hastanelerine ‘müşteri’ gönderilmesi için çalıştırılması gerekmektedir. Örneğin, üniversite hastanelerinin gelir ve gider dengelerinin kuramaması üzerine Sağlık Bakanlığı duruma müdahale ederek bu kurumların zarar etmemesi için birtakım girişimlerin başlatılacağını belirtmiştir. Bu girişimlerin en başında hasta sevk sisteminin işletilmesi gelmektedir. Bakanlık birinci ve ikinci basamakta tedavi edilemeyen hastaların üniversite hastanelerine sevk edileceğini duyurmuştur. Aynı zamanda üniversitelerinin gelir getirici faaliyetlerde bulunması öğrencilerin medikal ihtiyaçlarının da gider gösterilmesi gibi önlemlere

Sağlık, özel sektör için kârlı bir alan haline getirilirken teorik kısımda da yer verildiği üzere devletin birtakım kurumsal düzenlemeler yapması gerekmektedir. Bu çerçevede özel sektöre hasta garantisi verilmekte; kamu hastaneleri verimsiz olduğu gerekçesiyle kapatılmaktadır. Vatandaşa yakın yerde olan kamu hastanelerinin kapatılması sonucu vatandaşlar zorunlu olarak şehir hastanelerine gitmek durumunda kalacaklardır. Örneğin hâlihazırda iki yüz elli bin kişiye hizmet veren Çiğli Devlet Hastanesi bu gerekçeyle kapatılmış⁸²¹ ve vatandaşlardan kendilerine uzak olan hastanelere gitmesi istenmiştir. Şehir hastaneleri bölgeler üzerinden hasta kabul ederek devlet garantörlüğünde -vergiden muaf, arazi tesisi gibi ayrıcalıklar ile- sağlık kâr getiren bir alan olarak yeniden düzenlenmektedir. Şehir merkezinden uzak özel sektör destekli hastaneler için devlet %70 yatak doluluk garantisi vermekte ve bu oranın yakalanmaması halinde risk merkezi bütçeden karşılanmak zorundadır. Şehir hastaneleri küresel sermaye ortaklıklarına hizmet ederken harcama değeri olmayan bir hizmetin veya örgütlenmenin sağlık alanındaki faaliyetlerine izin verilmeyecektir.⁸²² Bu durum Sağlık Bakanlığı'nın işlevsel olarak bir dönüşüm geçirmesini gerektirmektedir.

1. Şehir Hastanelerine Giden Yol: Sağlık Bakanlığı'nın İşlevsel Dönüşümü

SDP'nin felsefesinin hastaneler üzerine kurulu olduğu ifade edilmelidir. Hasta memnuniyeti ve sağlık hizmetlerinde kaliteyi yakalamak adına yapılan girişimler hastanelerin işletme haline getirilmesi esasına dayanmaktadır. Sağlıkta maliyet etkin politikalar çerçevesinde hastanelerin gelir ve giderlerine göre bir performans doğrultusunda işletilmesi planlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin piyasa ilişkileri doğrultusunda kurgulanması aynı zamanda özel sektörün alanda teşvik edilmesini gerektirmiştir. Bu doğrultuda ilk olarak SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur gibi sosyal güvenlik sistemlerinin özel sektörden aldığı hizmetlerin (dar kapsamlı olan protokollerin) kapsamı genişletilmiştir. Bu çerçevede özel sektörün alandaki rolü artarken Sağlık Bakanlığı'nın rolünün gerilemesi gerekmiştir. Sağlıkta dönüşüm kapsamında Bakanlığın rolü hizmet sunmak ve finanse etmek yerine planlayıcı, denetleyici ve koordine edici olarak sınırlandırılmıştır. Ancak gelinen noktada Sağlık

başvurulacağı bildirilmiştir. “Üniversite Hastanelerine Gitmek İçin Sevk Gerekecek”, <http://www.memurlar.net/haber/623439/>, (07.11.2016).

⁸²¹ Onur Turgut, “Çiğli’de Mutlu Son”, <http://www.sabah.com.tr/egeli/2016/03/18/cigli-de-mutlu-son>, (09.10.2016).

⁸²² Bu doğrultuda kamuda çalışan hekimlere muayene açma yasağı getirilerek özel sektörle rekabet etmesinin önü kapatılmaktadır. Anayasa Mahkemesi kararı ile muayene açma yasağı kısmen kaldırılmış olsa da Sağlık Bakanı Recep Akdağ tam gün yasasının tekrar getirileceğini belirtmiştir. Akdağ, mevcut 800 hekimin muayenehanesinin kaldığını ifade etmiştir. “Bakan Akdağ’dan Tam Gün’de Yeni Düzenleme Sinyali” <http://www.haberturk.com/saglik/haber/1287909-bakan-akdagdan-tam-gunde-yeni-duzenleme-sinyali>, (30.08.2016).

Bakanlığı kamu hastaneleri aracılığıyla hem sektörde rekabet etmekte hem de alanın kontrolünü bırakmamaktadır.⁸²³

Yukarıdaki iddiayı destekleyecek gelişmeler ise 2008 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı'nın rolü üzerinden daha net görülmektedir. Bunun birtakım nedenleri bulunmaktadır. Bunlardan en önemlisi sağlık göstergelerinde meydana gelen iyileşmelere bağlı olarak siyasi iktidarın sağlığı kontrolünden çıkarmak istememesi ve sağlıkta popülist politikalar gütmesidir. Çünkü hâlihazırda sağlık hizmetleri piyasaya bırakılmayacak derecede önemlidir. Bunun yanı sıra siyasi iktidar sağlıkta yaşanan gelişmeleri seçim programlarına koymuştur.⁸²⁴ Bu durum iktidarın sağlıkta kontrolünü artırmasına ve özerklik söylemlerinin baskılanmasına neden olmuştur. 2004 yılında çıkarılmaya çalışılan Kamu Yönetimi Temel Kanunu adıyla anılan ve içeriğinde Sağlık Bakanlığı yetkilerinin yerel yönetimlere devredilmesini getiren düzenlemeler de bu bağlamda değerlendirilebilir. Kamunun sağlık harcamalarında ağırlığı artırması da aynı nedenlere dayanmaktadır. Bu nedenlerin yanında özel sektörün teşvik edilerek sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi de sağlık projelerinin söz konusu özelliğini yansıtmaktadır.⁸²⁵

2011 yılında kamu örgütlenmesinde meydana gelen köklü değişimden Sağlık Bakanlığı da etkilenmiş ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname⁸²⁶ (KHK) çıkarılmıştır. Bakanlık merkez ve taşra teşkilatını köklü bir değişikliğe sokan KHK ile Bakanlık yapısal ve işlevsel olarak reform geçirmiştir. Kamu hizmetlerinin etkin ve verimli sürdürülmesi gerekçesiyle Bakanlığın merkez ve taşra teşkilatında yeni birimler kurulmuştur. Söz konusu düzenleme Bakanlığın daha önce sahip olduğu yetkileri korumanın yanı sıra hastanelerin dönüşümü açısından da önemlidir.

⁸²³ TÜSİAD, *Sağlık Sektöründeki Risklere ve Çözüm Önerilerine İlişkin TÜSİAD Görüşü*, <http://tusiad.org/tr/saglik-cg/item/2388-saglik-sektorundeki-risklere-ve-cozum-onerilerine-iliskin-tusiad-gorusu>, (05.07.2017).

⁸²⁴ Adalet ve Kalkınma Partisi seçim programlarına SDP'yi koymakta ayrıca beyannamelere Sağlıkli Nesiller başlığı ile sağlık reformuna yer vermektedir. "AK Parti Seçim Beyannamesi", <https://www.akparti.org.tr/site/haberler/iste-ak-partinin-secim-beyannamesi/78619#1>, (06.04.2017).

⁸²⁵ Kalkınma Bakanlığı'ndan A.O.S. ile 17.01.2017 tarihinde yapılan görüşmeye dayanarak elde edilen bilgilerden oluşmaktadır.

⁸²⁶ 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, RG: 02.11.2011, Sayı: 28103 Mükerrer.

Bakanlık merkez teşkilatı Bakan ve yardımcısı,⁸²⁷ müsteşar ve yardımcıları, Sağlık Politikaları Kurulu, hizmet birimleri ve Bakanlık müşavirlerinden oluşmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın sağlık yönetimi ve politika belirleme ile ilgili görevlerini yerine getirmek üzere Sağlık Politikaları Kurulu görevlendirilmiştir. Sağlık Politikaları Kurulu, DSÖ' nün sağlık politikaları kapsamında Bakanlığın planlama, denetleme ve gözetim kapasitesinin güçlendirilmesi kapsamında gerçekleştirilen adımlardan biridir. Kurulun üyeleri arasında özel sektör temsilcilerinin de yer alması planlanmıştır.⁸²⁸ Ancak bu kurulun işleyişine yönelik bir gelişme kaydedilmemiştir. Aynı şekilde 2007 yılında Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı⁸²⁹ gündeme gelmiş ve hastanelerin idari ve mali olarak özerkleştirileceği belirtilmiştir. 2011 yılında yapılan düzenlemelerde ise kamu hastanelerine idari ve mali özerklik verilmesi konusu da rafa kaldırılmıştır. Dolayısıyla Sağlık Bakanlığı'nın alandaki rolü korunmuştur.

663 sayılı KHK ile birlikte Sağlık Bakanlığı'nın işlevlerinden bir tanesi de düzenleme rolünün güçlendirilmesi olmuştur. Bakanlık, düzenleme işlevi ile kamu hastanelerini verimlilik, maliyet, kâr-zarar ve performans gibi faktörler ile kapatacak ya da birleştirecektir. Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğu hastaneleri denetlemek ve onlara rehberlik etmek ile sınırlı kalırken; Bakanlığın hastane birleştirme veya kapatma konusundaki yetkisi önemli görülmektedir. Bu bağlamda Bakanlığın planlama yetkisi⁸³⁰ ise güvenilir veriler toplamaya yöneliktir. Toplanan veriler üzerinden standartlar oluşturulacak, performans ölçütleri belirlenecek ve bunlara uyulması sağlanacaktır. Güvenilir tıbbi veriler sunan Bakanlık aynı zamanda bu bilgileri ortak bir veri tabanından özel sektörle paylaşacaktır. Bakanlığın belirlediği standartlara uymayan hastaneler ve personel karşısında Bakanlığın düzenleme yetkisi kullanılacaktır. Bakanlığın düzenleme yetkisi ise hastanelerin birleştirilmesi ve kapatılması, özel sektör

⁸²⁷ Bakan yardımcılığı 2011 yılı milletvekili seçimlerinden sonra gelen bir uygulamadır. Siyasal olanın yönetsel olanı saf dışı bırakmak üzere kurduğu ara birimlerden olan bakan yardımcısı müsteşar ve bakan arasına konumlandırılmıştır.

⁸²⁸ Sağlık Politikaları Kurulu hakkında yeterince bilgi bulunmamaktadır. Bu durum sağlık politikalarının belirlenmesi hakkında az da olsa bu kurulun işlevinin kanundaki gibi olmadığı yönünde bir fikre kapılmamıza neden olmaktadır. Diğer yandan TÜSEB bünyesinde Sağlık Politikaları Enstitüsü kurulmuştur. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Bünyesinde Ankara İlinde Sağlık Politikaları Enstitüsü Kurulması Hakkında Karar, RG: 25.03.2017, Sayı: 30018.

⁸²⁹ TTB, *Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme*, 2007, Ankara.

⁸³⁰ Bakanlığın planlama yetkisi 2010 yılında çıkarılan genelge ile sağlık hizmetlerinde bölge planlaması doğrultusunda hizmetleri yeniden örgütlemek olarak ifade edilebilir. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bölge Planlamasına İlişkin Uygulamalar 2010/50 – 27132 Sayılı Genelge.

işbirliği ile KÖO modeli hastanelerinin yapımı, global bütçe ile ödenek kısıtlamalarında⁸³¹ ortaya çıkmaktadır.⁸³²

Sağlık hizmetlerinin finansmanına yönelik reformlar, sağlık örgütlenmesine doğrudan etki etmiş ve Bakanlığın taşra biriminde eskilerine⁸³³ ilave olarak yeni kurumlar da oluşturulmuştur. Bu kurumlardan biri olan TKHK de aşağıda ele alındığı üzere hastanelerin dönüşümünde önemli bir örgüt olarak ortaya çıkmıştır.

2. Devlet Hastanelerinden Şehir Hastanelerine Geçiş: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

663 sayılı KHK ile kurulan TKHK, “*ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini vermek üzere hastanelerin, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin ve benzeri sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, faaliyetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesi, bu hastanelerde her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamakla*”⁸³⁴ görevli sayılmıştır. TKHK ayrıca kuruma bağlı hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezlerini ve benzeri sağlık kuruluşlarını kurmak ve işletmek, gerektiğinde bunları birleştirmek, ayırmak, nakletmek veya kapatmak gibi konularda yetkili kılınmıştır.⁸³⁵

TKHK'nin genel sekreteri, başkanı ve hastane yöneticisinin sözleşmelerinin Bakan tarafından yapılacağı belirlenmiştir.⁸³⁶ Kurum başkanı ise diğer personelin sözleşmesini yapmak ile yükümlüdür. TKHK; Tıbbi Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı, Mali Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı, İzleme, Ölçme ve Değerlendirme Kurum Başkan Yardımcılığı, İnsan Kaynakları Kurum Başkan

⁸³¹ Hastanelerin gelir gider dengesini kuramaması sonucunda döner sermayeden yapılacak kesintiler hastanelerin geleceğini belirsiz hale getirecektir.

⁸³² Sağlık Bakanlığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı, *2009 Yılı İdari Faaliyet Raporu*, Ankara, 2010.

⁸³³ Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü Sağlık Bakanlığı bünyesinde iken Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu yeni bir kurum olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık turizmi uygulamalarının geliştirilmesine yönelik düzenlemeler yapmak ve ilgili kurumlarla koordinasyon sağlamak üzere Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Bakanlığın ve bağlı kuruluşların ihtiyacı olan tesislerin yapımını ve mevcut tesislerin yenilenmesini Kamu Özel Ortaklığı modeli veya diğer usuller ile gerçekleştirmek üzere ise Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü kurulmuştur.

⁸³⁴ 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, RG: 02.11.2011, Sayı: 28103 Mükerrer.

⁸³⁵ Enterge sağlık kampüslerinin mevcut hastanelerin birleşmesinden oluşması etkinlik ve verimlik çerçevesinde sağlık hizmetlerinde ölçek büyümeye dayalı olarak bazı hastanelerin kapatılması, seksen bir ilin 29 sağlık hizmet bölgesine ayrılması gibi tüm bu bileşenler sağlık örgütlenmesinin sağlık bölgeleri üzerinden planlanması anlayışının göstergeleri olarak karşımıza çıkmaktadır.

⁸³⁶ 6514 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG: 18.01.2014, Sayı: 28886.

Yardımcılığı ve son olarak Destek ve İdari Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı'ndan oluşmaktadır.⁸³⁷

Tıbbi Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı kamu hastane birliklerinin kuruluş işlemlerini yürütmek, işletilmesini ve koordinasyonunu sağlamak; sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, birleştirilmesi, ayrılması, nakledilmesi ve kapatılması işlemlerini yürütmekle sorumlu tutulmuştur. Ayrıca bu birim kamu hastanelerinin yatırımlarının takibini, donanım, ödenek ve tedarik planlamasını yapmak ve sağlık turizmi uygulamalarının geliştirilmesine yönelik Bakanlıkça yapılacak düzenlemeler çerçevesinde kurumca tesis edilecek iş ve işlemleri yürütmekle sorumludur. İzleme, Ölçme ve Değerlendirme Kurum Başkan Yardımcılığı ise bireysel ve yönetici performans kriterlerini belirlemek ve ölçmek üzere görevlendirilmiştir.

Yukarıdaki gelişmeler çerçevesinde 2014 yılında Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Yönetmeliği⁸³⁸ yayımlanmış; birlik veya sağlık tesislerinin altı ay/bir yıl aralığında performans değerlendirmeleri yapılmak üzere verimlilik karnelerinin oluşturulacağı belirtilmiştir. Buna göre hastaneler; tıbbî ve malî kriterler ile kalite, hasta, çalışan güvenliği ve eğitim kriterleri çerçevesinde kurumca belirlenecek usûl ve esaslara göre altı aylık veya bir yıllık sürelerle değerlendirmeye tabi tutulacaktır.⁸³⁹ Bu değerlendirme, kamu veya özel değerlendirme kuruluşlarına da yaptırılabilirken; değerlendirme sonuçlarına göre hastaneler yukarıdan aşağıya doğru (A), (B), (C), (D) ve (E) şeklinde gruplandırılmıştır. Birliğin grubu, hastanelerinin ağırlıklı ortalamasına göre belirlenecektir. Bu çerçevede Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Yönetmeliği'nin 8. maddesi aşağıdaki gibidir:

“Yapılan değerlendirme sonuçlarına göre birliğin grup düşürülmesi; (D) grubunda devralınması halinde, üçüncü değerlendirmede üst gruba çıkarılamaması, (E) grubunda devralınması halinde, ikinci değerlendirmede üst gruba çıkarılamaması, bünyesindeki hastanelerden birinin ard arda yapılan iki değerlendirmede de grup düşürülmesi, (E) grubu hastane ile devralınması halinde, ikinci değerlendirmede bu hastanenin bir üst gruba çıkarılamaması hallerinde kurumca *genel sekreterin görevine son verilir*. Bu fıkranın (a), (b) ve (c) bentlerinde sayılan hallerin hastane ölçeğinde gerçekleşmesi durumunda ise, genel sekreterce hastane yöneticisinin görevine son verilir.”

⁸³⁷ Sağlık Bakanlığı Bağlı Kuruluşları Hizmet Birimlerinin Görevleri İle Çalışma Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG: 13.03.2014, Sayı: 28940.

⁸³⁸ Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Yönetmeliği, RG: 10.12.2014, Sayı: 29201.

⁸³⁹ *Tıbbi Kriterler*: Hasta Yatışları, Yataklı Servis Etkinlik Skoru, Ameliyat Etkinlik Skoru, Yoğun Bakım Yatak Kullanımı. *Hastane Kriterleri*: Yatak Doluluk Oranı, Yatak Devir Hızı, Ameliyat Masası Kullanımı, Dental Görüntüleme. *Mali Kriterler*: Toplam Tahakkuk Geliri / Toplam Gider Borçluluk Süresi, Yatan Hasta Baş Maliyet, Yatan Hasta Baş Tıbbi Malzeme Maliyeti. TKHK, Verimlilik Karnesi ve Gösterge Kartları, <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/53c15f22090448418aff485e24eae96.pdf>, (24.04.2017).

Verimlilik karnelerinde gruplandırılmış hastanelerin başarı grupları belirlenerek başarı grubunun A ile E arasında düşürülmesi veya yükseltilmesi kararlaştırılmıştır. Söz konusu değerlendirme 663 sayılı KHK'nın 32. maddesi şu şekilde yer almıştır:⁸⁴⁰

“Başarısızlık sebebiyle genel sekreterin değişmesi halinde başkanların ve başarısızlığa sebebiyet veren hastane yöneticilerinin sözleşmeleri kendiliğinden sona erer... Yeni hastane yöneticisinin göreve başlamasından itibaren, ilgili hastane başhekim, müdürleri, başhekim yardımcıları ve müdür yardımcılarının; yeni başhekim ve müdürlerin göreve başlamasından itibaren de yardımcılarının bir ay sonunda sözleşmeleri kendiliğinden sona erer.”

2011 yılında çıkarılan 663 sayılı KHK ile kamu hastaneleri TKHK'ye bağlanmıştır. Kanun tasarısında⁸⁴¹ kurumun CEO tarafından yönetileceği belirtilirken; Sağlık Bakanlığı Müsteşarı'nın girişimleri sonucu TKHK müsteşara bağlanmıştır. Bu durum Bakanlığın sağlıkta politika belirlemenin dışında hastanelerin doğrudan kontrolünü bırakmadığı anlamı taşımaktadır. Aynı KHK ile kamu hastaneleri performansa göre A, B, C, D sıralamasına girmiş ve performansı yükselen hastanenin bir üst gruba geçirilmesi ve çalışanların motivasyon kaynağının artırılarak döner sermayelerine Bakanlık tarafından destek verileceği belirtilmiştir. Ancak sıralamanın sonunda kalan hastanelerin kapatılması anlamına gelen söz konusu düzenleme maliyet ve verimlilik açısından uygulanarak şehir hastanelerinin kurulmasına, diğer hastanelerin ise taşınmasına neden olacaktır. Politik kaygılardan dolayı her il veya ilçede merkezi bir hastane çalışmalarına devam edecek ve tepkiler minimum düzeye indirilmiş olacaktır. Bu hastaneler cerrahi işlem yapmayacak sadece hastaları karşılamak ve mümkün mertebe şehir hastanelerine yönlendirecek şekilde dizayn edilecektir.⁸⁴²

Tablo 52: Sağlık Kuruluşlarının Durumu ve Hizmet Değerlendirmeleri, 2011⁸⁴³

Kurum	Yatak Sayısı (Bin)	Müracaat Sayısı (Milyon)	Yatan Hasta Sayısı (Milyon)	Ameliyat Sayısı (Milyon)	Ameliyat Sayısının Müracaat Sayısına Oranı %	Ameliyat Sayısının Yatak Sayısına Oranı	Yatak Doluluk Oranı %	Hastanın Ortalama Kalış Günü	Yatak Devir Hızı (Hasta)
Sağ.Bak.	120	235,173	6,361	5,659	2,4	44	64,4	4,4	53,1
Üniv.	35	20,099	1,509	1,126	5,6	29	72,9	6,2	43,1
Özel	28	47,455	2,658	1,829	3,9	52,8	50,8	2	91,1

⁸⁴⁰ 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, RG: 02.11.2011, Sayı: 28103 Mükerrer.

⁸⁴¹ <http://www2.tbmm.gov.tr/d23/1/1-0439.pdf>, (08.07.2017).

⁸⁴² TKHK İstatistik Analiz ve Raporlama Daire Başkanlığı'ndan A.K. ve Klinik Tanı ve Maliyet Yönetimi Daire Başkanlığı'ndan C.C. ile 17.11.2016 tarihinde yapılan ikili görüşmelere dayanan bilgilerden oluşturularak hazırlanmıştır.

⁸⁴³ 2011/2303 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı, Yüksek Planlama Kurulunun 11/10/2011 tarihli ve 2011/25 sayılı Raporu ile Bakanlar Kurulu'na sunulan ekli “2012 Yılı Programı” ile “2012 Yılı Programının Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair Karar, RG: 18.10.2011, Sayı: 28088, Mükerrer.

Yukarıdaki tablo ile 2011 yılında 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı'nda yaşanan dönüşüm öncesi veriler genel olarak sunulmaktadır. Bu tablo aynı zamanda SDP'nin 2015 yılına gelemeden önce ne durumda olduğunu ve belirlenen hedeflere ulaşip ulaşılmadığını karşılaştırmak için de seçilmiştir. 2011 yılından sonra kamu hastanelerinde dönüşüm; sağlıkta bölge planlaması, şehir hastaneleri ve KÖO modeliyle hastanelerin yapımı gibi gelişmeler yaşanmıştır. Ancak 2015 yılına gelindiğinde nasıl bir değişikliğin meydana geldiği de merak edilen bir konudur. Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı'nın hem 663 sayılı KHK ile hem de SDP'nin ikinci fazı ile ulaşmak istediği sonuçlar ne derece uyumaktadır sorusu sorulmalıdır. 663 sayılı KHK'nin çıkarıldığı yıl olan 2011'de yukarıdaki veriler üzerinden bir taslak sunulmuştur. Örneğin kamu hastanelerinde yatak doluluk oranının %70'e yaklaşması şehir hastanelerinde özel sektöre garanti edilen yatak doluluk oranı ile birlikte değerlendirilebilir.

Daha önce de ele alındığı üzere kalkınma planlarında sağlık örgütlenmesi ve personelinin yurt içindeki dengesiz dağılımından şikâyet edilirken; yukarıdaki tabloda da görüldüğü üzere hasta yatak sayısı ve diğer göstergeler sorunun çözümü için bir veri sunmaktadır. Yatakların kullanım kapasitesini de içeren tabloda özel sektörün sağlık hizmetlerindeki niceliksel başarısı göz önünde bulundurulmuştur. Bu bağlamda Türkiye'de 2005-2010 yılları arasında hastanelerin yatak sayısında %13,6 oranında artış yaşanmıştır. Hastanelere yapılan müracaat artışı ise 2006-2010 yılları arasında %39,3 olurken; özel sektöre 2002 yılında %4,6 olan başvuru sayısı 2010 yılında %15,7'ye yükselmiştir.

Sağlıkta dönüşüm çerçevesinde bölgeler arası gelişmişlik farklarının azaltılmasına yönelik politikalar kamu hastanelerinde yatak doluluk oranının belirli bir yüzdede yakalanması hedefine yönelmiştir. Aşağıdaki tabloda yer aldığı üzere 2011 yılına göre sağlık hizmetlerine başvuru oranının artması ise önemli bir gelişme olarak görülmelidir. Çünkü 2011 ve 2015 yıllarına ait veriler karşılaştırıldığında SDP'nin vatandaşları hastanelerden uzak tutma politikasının uygulanmadığı ve hastanelere müracaat sayılarında önemli artışlar yaşandığı görülmektedir.

Tablo 53: Sağlık Kuruluşlarının Durumu ve Hizmet Değerlendirmeleri, 2015⁸⁴⁴

Kurum	Yatak Sayısı (Bin)	Müracaat Sayısı (Milyon)	Yatan Hasta Sayısı (Milyon)	Ameliyat Sayısı (Milyon)	Ameliyat Sayısının Müracaat Sayısına Oranı %	Ameliyat Sayısının Yatak Sayısına Oranı	Yatak Doluluk Oranı %	Ortalama Kalış Günü	Yatak Devir Hızı (Hasta)
Sağ.Bak	122,331	306,825	7,404	2,364	0,77	19	71,7	4,3	60,5
Üniv.	38,361	34,539	1,891	801	2,32	21	75,5	5,6	49,3
Özel	48,956	77,217	4,237	1,604	2,08	33	59,6	2,5	86,6

Yukarıdaki tabloda Sağlık Bakanlığı, üniversite hastaneleri ve özel hastanelerin yatak sayısı ve müracaat oranlarına bağlı olarak yatak kullanma kapasitesi ve hasta devir oranları görülmektedir. Tabloda üniversite hastanelerinin Sağlık Bakanlığı ve özel sektöre göre geride kaldığı görülmektedir. Söz konusu hastanelerin döner sermayelerinin giderlerini karşılayamadığı ve zarar ettikleri belirtilmiş; kamu kaynaklarından yapılan ilave ödenekler⁸⁴⁵ ile problemlerin aşılmasına çalışıldığı, buna karşın kalış günü ve yatak devir hızı gibi göstergeler açısından kıyaslama yapılarak özel sektörün alandaki başarısı vurgulanmıştır.

Sağlık Bakanlığı'nın politika belgelerinde ve yıllık programlarda sağlık hizmetlerinde verimlilik kriteri olarak yatak doluluk oranı belirlenmiştir.⁸⁴⁶ Sağlık hizmetlerinde verimlilik kriteri yatak doluluk oranı olarak belirtilse de 1950'li yıllardan itibaren hastane hizmetlerinin gereksiz ve pahalı olduğu dolayısıyla koruyucu sağlık hizmetlerine yatırım yapılması gerektiği belirtilmiştir. Ayrıca beş yıllık kalkınma planlarında sürekli tekrar edilen bir ifade ise Türkiye'de bulunan her iki hasta yatağından birinin verimli kullanılmadığı gerekçesiyle gereksiz olduğudur.

Yukarıdaki tablolarda (Tablo 52 ve 53) özel hastanelerin kamu hastanelerine göre verimli olarak kabul edilmesinde değerlendirilecek hususlar olarak yatak devir hızı, ortalama kalış günü ve yatak sayısının ameliyat sayısına oranı gibi kriterlere yer verilmiştir. Özel sektörün hastane hizmetlerindeki başarısı hastanın hastanede kalış günü üzerinden değerlendirilebilir. Bu bağlamda aynı yatağın mümkün olan en az sürede başka bir hasta tarafından kullanılması da özel sektör açısından önem

⁸⁴⁴ 19/10/2016 Tarihli ve 29862 Sayılı Resmî Gazete'de Yayımlanan 3/10/2016 Tarihli ve 2016/9368 Sayılı 2017 Yılı Programının Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair Bakanlar Kurulu Kararı Eki 2017 Yılı Programı, RG: 30.10.2016, Sayı: 29873.

⁸⁴⁵ Üniversitelere ek ödenek verilmesi karşılığında Sağlık Bakanlığı'nın kriterlerinin kabul edilmesi şartı getirilmiştir. 6009 sayılı Gelir Vergisi Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG: 01.08.2010, Sayı: 27659. Üniversite hekimlerinin döner sermaye dışında herhangi bir ek ücret alamayacakları ve tam gün çalışmaları 5947 sayılı kanunla düzenlenmiştir. 5947 sayılı Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG: 30.01.2010, Sayı: 27478.

⁸⁴⁶ Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bölge Planlamasına İlişkin Uygulamalar 2010/50 – 27132 Sayılı Genelge.

taşımaktadır. Çünkü piyasa ilişkileri kâr doğrultusunda işlemlerin yapılmasını gerektirmektedir. Hastanelerde ortalama kalış günü kriteri de aynı şekilde değerlendirilebilir. Özel sektör için önemli olan daha fazla hastaya ulaşabilmek ve olabildiğince hızlı hasta taburcu ederek başka bir hasta için aynı yatağı kullanıma sunmaktır. Ancak kamu hastanelerinin verimlilik çerçevesinde böyle bir düşünceyi benimsemesi vatandaşların bir hak olarak gördüğü sağlık hizmetlerinin doğasını değiştirmektedir.

Yukarıdaki tablolarda görüldüğü üzere özel hastanelerin yatak doluluk oranı %50'lerde kalırken yatak devir hızı %90'a çıkmaktadır. Ancak kamu hastanelerinin yatak doluluk oranı açısından %70 oranını yakalamanın dışında diğer oranlar açısından özel sektör ile rekabet etme gibi bir gayesinin olmadığı da görülmektedir. Bu durum sağlık hizmetlerine artan başvuru ile birlikte değerlendirildiğinde şehir hastanelerine yapılacak başvurular ve sağlık hizmet bölgelerine yapılacak yatırımlar arasında bağlantı olduğunu göstermektedir. Eğer hastanelere başvuru oranları azalırsa Sağlık Bakanlığı'nın sağlıkta bölge planlaması dolayısıyla sağlıkta dönüşüm politikası da başarısız olacaktır. Aynı şekilde KÖO ile yapımına başlanan hastaneler için oluşturulan yabancı sermaye girişimleri de Türkiye'den uzaklaşacaktır. Tüm bu olgular birinci bölümde bahsedildiği üzere sağlık hizmetlerinde verimlilik ve maliyet gerekçesiyle yapılan sağlık reformunun sağlık hizmetlerini piyasa ilişkileri açısından yeniden kurgulama ve sağlığın sermaye için harcama değeri haline getirilmesini anlamaya da yardımcı olmaktadır.

3. Şehir Hastanelerinin Geleceği: Sağlık Hizmetlerinde Bölge Planlaması

Yatak kullanımının verimli olmadığı düşüncesiyle sağlık hizmetlerine erişimin artırılması ve sağlıkta bölgesel dengesizliklerin ortadan kaldırılması amacıyla 2010 yılında sağlıkta bölge planlamasına geçilmiştir.⁸⁴⁷ Sağlık reformunun içeriğinde bulunan rekabet, bölgesel kalkınma, verimlilik, kalite gibi kavramlar doğrultusunda sağlık bölgeleri planlanmıştır. Yönetmelik kademe anlamına gelmeyen bu yapılanma bölge olmadan bölgeselleşmeye gidildiğini göstermektedir.⁸⁴⁸ Bölgeselleşmenin⁸⁴⁹ buradaki anlamı küresel finans ortaklıklarının gelişmekte olan ülkelerin yerel ekonomik kalkınma hedeflerine uygun olarak bölgesel birimler üzerinden birikim sağlamalarının bir sonucu

⁸⁴⁷ a.k.

⁸⁴⁸ Can Umut Çiner, Devlet Reformunda Yerelleşme ve Bölgeselleşme: Türkiye'ye Karşılaştırmalı Bir Bakış, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi, (Ankara), 2010.

⁸⁴⁹ Bölge, bölgecilik ve bölgeselleşme hakkında daha ayrıntılı bilgi için bakınız Can Umut Çiner, "Devlet Reformunda Yerelleşme Ve Bölgeselleşme Üzerine", *Memleket Siyaset Yönetim*, Cilt: 5, Sayı: 12, 2010, s. 168-180.

olarak görülebilir. Nüfus, coğrafi konum ve sosyo-ekonomik koşullar üzerinden yapılan bölge sınıflandırması fayda maliyet analizine göre oluşturulmuştur. Buna göre nüfusu az olan il ve ilçelere pahalı tıbbi cihaz almak yerine bölgeler üzerinden nüfusu toplulaştırarak kaynakların daha rasyonel kullanılacağı varsayılmıştır.⁸⁵⁰

Sağlıkta bölge planlaması Behçet Uz dönemine kadar götürülebilir. Türkiye'nin yedi sağlık bölgesine ayrılarak hizmetlerin hasta sevk sistemi içinde uygulanarak bölge sisteminin entegre bir şekilde çalıştırılması planlanmıştır. DSÖ'nün sağlıkta on altı bölge fikri de sağlıkta yaşanan bölgelerarası farklılıkların giderilmesi esasına dayanmaktadır. 1990'lı yıllarda aynı şekilde Türkiye'de Bölge Sağlık İdareleri'nin kurulmasına ilişkin yasal düzenlemeler yapılmaya çalışılmış ancak başarılı olunamamıştır. Bu dönemde sağlık politikalarına karşı görüş bildirmek ve politikalarda katılım önemli görülmüştür. Sağlık hizmetlerine ilişkin her görüş tartışılmıştır. 2000'li yıllardan itibaren sağlık politikaları 1990'lı yılların politikalarının devamı niteliğinde olan SDP ile hayata geçirilmeye çalışılmıştır.⁸⁵¹

SDP ile birlikte sağlıkta hizmet bölgeleri fikri de hayata geçirilmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı belgelerde yer aldığı üzere Türkiye sağlık alanında 29 hizmet bölgesine ayrılmış hiçbir il bölge dışında bırakılmamıştır. “29 sağlık hizmet bölgesi hasta akışı, bölge ihtiyacı, ulaşılabilirlik, bölgenin coğrafi, sosyo-ekonomik yapısı göz önünde bulundurularak belirlenmiştir.”⁸⁵² Ancak hizmet bölgelerinin bu kriterler üzerinden oluşturulması politika belgelerinde yer aldığı gibi olmamış aksine tek kriter nüfus olarak belirlenmiştir. Nüfusun toplulaştırıldığı bölgelere şehir hastaneleri yapmak sermaye grupları açısından hizmet edilecek sayıyı garanti altına almak anlamına gelmektedir. Yukarıda yer alan ifadelerin yanı sıra sağlıkta bölge planlamasının sonucu olan şehir hastaneleri bölgeler arası farklılıkların azaltılmasına değil rekabetin sağlanmasına dayanmaktadır. Örneğin bir il için ihtiyaç fazlası olarak inşa edilen hastaneler diğer bölgelerden hasta getirmek için kıyasıya rekabete girişeceklerdir. Bu

⁸⁵⁰ Kamu ile özel sektörün işbirliğinin sağlık alanında sürdürüldüğü model olan KÖO devletin risk paylaşımı ve garantörlüğü ile şehir hastaneleri üzerinden somutlaşmaktadır Kayseri Entegre Sağlık Kampüsü 403.9, Etlik Entegre Sağlık Kampüsü 1.105, Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü 1.086, İkitelli Entegre Sağlık Kampüsü 1.232, Elazığ Entegre Sağlık Kampüsü 308.7, Yozgat Sağlık Yerleşkesi Projesi 155.5, Manisa Eğitim Araştırma Hastanesi 182.7, Adana Entegre Sağlık Kampüsü Projesi 680.4, Mersin Entegre Sağlık Kampüsü Projesi 339.9, Gaziantep Entegre Sağlık Kampüsü Projesi 840.1, Ulusal Halk Sağlığı Kurumu ile Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu 776.9, FTR, Psikiyatri ve YGAP Hastaneleri Projesi 658.0, Isparta Sağlık Yerleşkesi Projesi 263.9, İzmir Bayraklı Entegre Sağlık Kampüsü 758.3, Kocaeli Entegre Sağlık Kampüsü Projesi 504.7, Konya Karatay Entegre Sağlık Kampüsü 255.0, Bursa Entegre Sağlık Kampüsü 315.9 milyon dolardır. “Patronlar Bu Sisteme 'Hasta' Oldu”, <http://www.hurriyet.com.tr/patronlar-bu-sisteme-hasta-oldu-40119998>, (04.01.2017).

⁸⁵¹ Ankara Üniversitesi'nden R. A. ile 19.01.2017 tarihinde yapılan görüşmeye dayanarak elde edilen bilgilerden oluşmaktadır.

⁸⁵² Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bölge Planlamasına İlişkin Uygulamalar 2010/50 – 27132 Sayılı Genelge.

doğrultuda bölge planlaması hastanelere dağıtılan paranın toplulaştırılmasını, denetimini ve yönetilmesini gerektirmektedir. Aynı şekilde vatandaşların da şehir hastanelerine toplu olarak yönlendirilmesi ile özel sektöre verilen yatak doluluk garantisi sağlanacaktır. Ayrıca özel sektöre yaptırılan hastaneler hâlihazırda kurulu olan hastanelerin taşınmasına değil; anahtar teslim olarak hastanelerin yapılması anlamına gelmektedir.⁸⁵³

Sağlık hizmetlerinde 29 hizmet bölgesi belirlenmiş olmasına rağmen 2016 yılında Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı politika belgelerinde bölge sayısı 30'a çıkarılmıştır.⁸⁵⁴ Hükümetin söylemlerinde de yer aldığı üzere büyükşehir belediyesi kadar şehir hastanesinin kurulacağı bilinmektedir.⁸⁵⁵ Aşağıda sağlık hizmetlerinde bölge planlamasına ilişkin bir haritaya yer verilmiş ve bölgelerin Avrupa Birliği'nin İBBS 2 düzeyi⁸⁵⁶ ve aynı büyükşehir yapılanmasında olduğu gibi nüfus üzerinden ayrıldığı tespiti yapılmıştır. Her ne kadar Sağlık Bakanlığı hastalık insidansları, coğrafi yakınlık, ulaşım, illerin sosyo-ekonomik yapısı, sağlık personeli, nüfus gibi birden fazla kriterin geçerli olduğunu ifade etse de buna ilişkin bir tespit yapmanın olanaksız olduğu vurgulanmalıdır. Böyle bir tespit yanısıra da daha önce ele alındığı üzere 1950'li yıllarda ve 1990'lı yıllarda DSÖ ve Sağlık Bakanlığı'nın sağlıkta bölge planlamasına ilişkin haritalarının olduğu bilinmektedir. Ancak söz konusu haritalar arasındaki temel fark bölgeler arası gelişmişlik farkının azaltılması hedefinden saparak bölgeler arası rekabeti sağlamaya yönelik politikalara geçilmiş olmasıdır.⁸⁵⁷

⁸⁵³ Ankara Üniversitesi'nden R. A. ile 19.01.2017 tarihinde yapılan görüşmeye dayanarak elde edilen bilgilerden oluşmaktadır.

⁸⁵⁴ 1. Hizmet bölgesinde yer alan Kars ili merkez olmak üzere Ardahan Iğdır ve Ağrı illerinin 1. bölgeden çıkarılarak 30. bölgeye alınmasına ve buranın yeni bir hizmet bölgesi olmasına karar verilmiştir. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Hizmet Bölgeleri Organizasyon Şemasının Güncellenmesi, 2016, Sayı: 83913885.

⁸⁵⁵“Şehir Hastaneleri Hayaldi Gerçek Oldu”, <http://www.gazetevatan.com/sehir-hastaneleri-hayaldi-gercek-oldu--1034996-gundem/>, (10.04.2017).

⁸⁵⁶ 2010/958 Bakanlar Kurulu Kararı Orta Vadeli Program (2011–2013) Kabulü Hakkındaki Karar, RG:10.10.2010, Sayı:27725. Kararda yer aldığı üzere yatırımların bölgesel öncelikler üzerinden yürütülmesi planlanmıştır. Bu doğrultuda sağlıkta bölge planlaması da sağlığın bölgeler üzerinden örgütlenmesine ilişkin bir fikir vermektedir.

⁸⁵⁷ T.C. Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti, *a.g.e.*, 1954.

Şekil 7: Sağlık Hizmetlerinde Bölge Planlaması⁸⁵⁸



Şehir hastanelerine ilişkin yukarıdaki incelemelerden sonra bunların pratiğe nasıl yansıdığı önemli bir konu haline gelmiştir. Bunun için 2017 yılında faaliyete giren şimdilik ilk üç şehir hastanesini ele almak gerekmektedir. Şehir hastanelerinin ilki olan Yozgat Şehir Hastanesi, Yozgat Devlet Hastanesi'nde bulunan hastaların şehir hastanesine taşınması ile birlikte hizmet vermeye başlamıştır. Şehir hastanesi ise 475 yatak kapasitesine sahip olarak planlanmıştır. Hastanenin yatırım maliyeti 139 milyon Avro olarak belirlenmiştir. 140 bin metrekare üzerinde inşa edilen hastane için yerli Rönesans firması ile Alman, Japon ve İtalyan firmalarından (Siemens, SMBC, Intesa) oluşan finans ortaklığı kurulmuştur. Yüklenici firma olan Rönesans şirketinin kullandığı kredi tutarı 111 milyon Avro iken kredilerin finansmanına ise % 100 Hazine garantisi verilmiştir. Bu noktada dünyanın hiçbir yerinde KÖO ile yapılan projelerde %100 hazine garantisi kullanılmadığını söylemek gerekmektedir.⁸⁵⁹ Türkiye üzerinden değerlendirme yapıldığında bu durumun tezin ilk kısmında yer alan teorik tartışma ve kuramsal çerçeve ile örtüşmediği de ortaya çıkmaktadır.

30 sağlık hizmet bölgesinin 15. olan Mersin Şehir Hastanesi 2014 yılında projeye başlandıktan sonra Şubat 2017 tarihi itibariyle açılan ikinci hastane olmuştur.⁸⁶⁰ Mersin Devlet Hastanesi ve Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi buldukları yerden taşınarak şehir hastanesi bünyesinde hizmet vermeye başlamıştır.

⁸⁵⁸ a.k.

⁸⁵⁹ 11.03.2017 tarihinde Şehir Hastaneleri Sempozyumu'nda S. Ç.'nin yaptığı konuşmadan derlenen bilgidir.

⁸⁶⁰ Mersin'in nüfusu 2015 yılı verilerine göre 1.745.22 kişidir. TÜİK, *Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi*, 2016.

Ancak taşınma işleminden anlaşılan hastaların ve sağlık personelinin taşınmasıdır. Hâlihazırdaki Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Tarsus ilçesinde 2007 yılında hizmete girmiştir.⁸⁶¹ On yıllık bir hastanenin dahi terk edilerek gözden çıkarılması taşınma mantığının fayda ve maliyet açısından nasıl verimli olacağı sorusunu akıllara getirmektedir. Bununla birlikte halka yakın yerde hizmet etme anlayışından da vazgeçilmiş; hastaneler şehir dışına taşınmıştır. Kampüs içindeki hastaneler kira karşılığında kullanılırken kiralardan hastanelerin döner sermayesinden karşılanacağı bilinmektedir. Ayrıca yukarıda ele alındığı üzere Mersin'in içindeki ve çevresindeki kamu hastanelerinin kapatılarak kampüs içine taşınacağı belirtilmelidir. Taşeronlaşmaya yol açacağı iddia edilen projenin muayene ücretlerini artıracığı, personel sayısında ise sözleşmeye bağlı olarak kısıtlamaya gidileceği de belirtilmektedir.⁸⁶²

Dubai menşeli firma olan Dia Holding, İtalyan sermaye ortağı Techint ile Mersin için 350 milyon Avro, Bilkent'teki hastane içinse 1 milyar Avro değerindeki projeyi üstlenmiştir. Buradaki KÖO ile yirmi beş yıl boyunca hastanenin kiralanmasının yanı sıra destek hizmetleri ve tıbbi destek hizmetlerin özel sektörden temin edilmesi gerekmektedir. 1250 yatak kapasiteli hastane için yatak doluluk garantisi verilmektedir. Devletin %70 doluluk garantisi verdiği hastane kampüsü için, görüntüleme, laboratuvar, bilgi işlem, güvenlik, temizlik, yemekhane hizmetleri yukarıda adı geçen sermaye ortaklığı/özel sektör tarafından verilecektir.⁸⁶³ Yatak doluluk oranı ve sağlık hizmeti dışında kalan hizmetlerin vatandaşça kullanımının verilen taahhüdün altına düşmesi halinde ise devlet aradaki farkı özel sektöre ödeyecektir. Sermaye ortaklıklarının kullanacağı kredi için verilen Hazine garantisi ve %70 yatak doluluk oranının -ticari risk- dünya örnekleri incelendiğinde özel sektör üzerinde bırakıldığı görülmektedir. Ancak Türkiye'de bu durum özel sektör açısından ayrıcalıklı bir hal almakta ve sağlık reformuna yönelik iyi niyetlerin suiistimal edilmesine neden olmaktadır. Bu durum yine tezin kuramsal çerçevesi ile örtüşmemekte KÖO ile projelendirilen yatırımlarda ticari risk de devlete bırakılmaktadır.

⁸⁶¹Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, http://mersinkadindogumcocuk.gov.tr/index.php?option=com_content&view, (10.04.2017).

⁸⁶²Bayram Bulut, "İngiltere İflas Etti", <http://ilkhaber-gazetesi.com/mobil/news.php?id=10813>, (24.01.2016).

⁸⁶³ Adana Tabip Odası ve Ses "Şehir Hastaneleri, Kamu – Özel Ortaklığı" Paneli Düzenledi, <http://2015.ses.org.tr/2013/09/adana-tabp-odasi-ve-ses-ehr-hastaneler-kamu-ozel-ortakliq-panel-duezenled/>, (24.01.2016).

Mersin'den sonra üçüncü olarak açılan şehir hastanesi ise Isparta'dır. Isparta 421.766 nüfusa sahip olmasını yanı sıra 18. bölgede yer almaktadır. Akfen Holding girişimiyle 1.150.00 TL yatırım ile gerçekleştirilen proje 800 yatak kapasitesine sahiptir. Ancak hâlihazırdaki hastanelerin tek bir merkeze taşınması anlamına gelen proje ile Isparta Devlet Hastanesi Merkez Binası, Isparta Devlet Hastanesi Gülkent Ek Binası, Isparta Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi⁸⁶⁴ de buldukları yerdeki faaliyetlerini durdurmuştur. Mersin'de olduğu gibi ilçelerde hizmet veren hastanelerin entegre bir halde bir merkezde sunulmasının -halka yakın yerlerden alınarak taşınması- mantıklı bir açıklaması bulunmamaktadır. Daha doğrusu maliyet gerekçesiyle taşınma işlemleri yapılsa dahi hastane binalarının ne yapılacağı merak edilen bir konudur. Bu konuda bir çıkarımda bulunmak gerekirse Kamu Özel Ortaklığı başlığı altında incelediğimiz üzere hastane arazilerinin özel sektöre devredilmesinin planlandığı ifade edilmişti. Eski hastanelerin şehir merkezinin en gözde yerlerinde olduğu bilindiği için bu alanların yüklenici firmaya verilmesi ile bir anlamda mahsuplaşma yapılacaktır.

Şehir hastanelerinde proje kapsamında yer alan hizmetler ise aşağıdaki gibi sıralanabilir:⁸⁶⁵

Bina Arazi Hizmetleri, Olağanüstü Bakım Onarım Hizmeti, Ortak Hizmetler Yönetimi, Yer ve Bahçe Bakım Hizmeti, Mefruşat Hizmeti, Otopark Hizmetleri, İlaçlama Hizmetleri, Malzeme Yönetim Hizmeti, Temizlik/Oda Temizlik Hizmeti, Hastane Bilgi Yönetim Sistemi, Diğer Tıbbi Destek Hizmetleri, Çamaşır ve Çamaşırhane Hizmetleri, Yemek Hizmetleri, Laboratuvar Hizmetleri, Görüntüleme Hizmetleri, Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Hizmetleri, Rehabilitasyon Hizmeti, Atık Yönetimi Hizmetleri olarak sıralanabilir. Çekirdek hizmet olan sağlık hizmeti ise aynı şekilde Sağlık Bakanlığı tarafından yerine getirilecektir. Ancak ücretsiz olarak ifade edilen hizmetlerden yakın bir zamanda ücret alınması beklentisi oluşmuştur. Çünkü devletin bu hastaneleri verimli bir şekilde işletmesi için hastane kirasını ödemesi ve kullanılan hizmetlerden de ücret alması gerekecektir. İşte tam bu noktada daha önce ele alındığı üzere sağlık hizmetlerini kamu mu yoksa tamamen özel sektör mü yerine getirsin sorusuyla karşılaşılmaktadır. Sağlık hizmetlerini tamamen özel sektör yerine getirse şaibe ve gerekli mi gereksiz mi tartışmalarının yanı sıra devlete duyulan güven

⁸⁶⁴“Isparta Şehir Hastanesi'ne Taşınıyor”, <http://haber.tkhk.gov.tr/isparta-sehir-hastanesine-tasiniliyor.html>, (10.04.2017).

⁸⁶⁵“Türkiye'nin Sağlık Kampüsü Kayseri'ye Yapılıyor”, <http://yda.com.tr/kayseri-sehir-hastanesi-temel-atma-toreni/>, (20.06.2016).

gibi özel sektöre bir güven duygusu olmayacaktır. Ayrıca devletin zor gücü vatandaşların bu hastanelere zorunlu olarak gitmesini sağlamaktadır.

Daha önce de ele alındığı üzere işleyen bir sevk sistemi ile vatandaşlar zorunlu olarak şehir hastanelerine gidecektir. Özel sektör hastanelerinden bir farkı olmayan hatta daha modern görünüme sahip şehir hastaneleri için tek sorun müşteri bulma noktasındadır. Bunu sağlayacak kurum ise devlettir. Devlet sağlık hizmetlerini kamusal ayrıcalıklar ile özel sektöre gördürürken hizmet garantisi, vergi muafiyeti ve arazi tahsisi gibi kamu ayrıcalıkları ile özel sektörün koruyucu zırhı olmakta; diğer yandan devlet vatandaşının sağlığı için özel sektörden mal ve hizmet alımı yapmaktadır. Bu bağlamda devlet piyasada özel sektör için en garanti alıcı konumundadır.

Şehir hastanelerinin yapımı ve kampüs içindeki hizmetlerin temin edilmesi noktasında özel sektörden yararlanan devlet bu noktada tasarruf ve verimlilik gerekçesiyle hareket etmektedir. Ancak sağlığa yapılan yatırımlarda özel sektör yatırım sonrasını düşünerek söz konusu yatırıma ayırdığı paranın ne kadar getirisinin olacağına, harcama değerine odaklanmaktadır. Devletin yatırım esnasında özel sektörden yararlanarak ne kadar tasarruf edeceğinin bilincinde olması özellikle İskandinav ülkelerinde bilinen bir durum iken, bu durum Türkiye'deki projelere uymamaktadır. Şehir Hastaneleri başlığında ele alındığı üzere şehir hastanelerinin devlete metrekaresi maliyeti 1610 TL iken; özel sektöre 1959 TL üzerinden ihale edilmektedir. Bu durum Türkiye'de sağlık yatırımlarında devlet açısından harcama değeri gözetilmediğini göstermektedir. Aynı şekilde dört veya beş yılda kendi kendini amorti edebilen hastaneler için özel sektöre yirmi beş yıllık kira ödeme taahhüdü verilmektedir. Bu sürenin sonunda yatırımın devlete geçeceği söylene de daha maliyetli olacağı ve teknolojik yatırım yapılamayacağı bilinmektedir. Ayrıca şehir hastanelerinin yapıldığı arazilerin özel sektöre satılmasına ilişkin bir yasal düzenleme de projelerin geleceği hakkında bir fikir vermektedir.

Sağlık hizmetlerinde şehir hastaneleri yapılanmasının ekonomik gerekçeleri olsa da vatandaşın sağlık hizmetlerine erişimi konusunda sorunlar yaşanacaktır. Sermayenin mekânda yarattığı birikim ve sağlık üzerinden gerekli altyapı ve teşkilatlarla bölge hastanelerinin oluşturulması ekonomik gerekçeler ile açıklanabilir. Sağlık yatırımlarının nüfus bazlı olması; gerekli teçhizatın fayda/maliyet üzerinden düşünülmesine ve hekim başına ameliyat oranı gibi ekonomik kavramlar üzerinden değerlendirmelerin yapılmasına neden olmaktadır. Verimsiz oldukları gerekçesiyle bölge düzeyine taşınan hastaneler vatandaşları kilometrelerce uzak yerlere gitmeye mecbur bırakacaktır. Bölge

hastanelerine doluluk oranı garantisini vermek ise buraya yatırım yapacak sermayeye yapılan teşviki göstermektedir. Nihayetinde sağlık reformları sermaye için yeni bir birikim alanı olarak mekânı da dönüştürmektedir.

C. SAĞLIK YATIRIMLARININ GELECEĞİ

Tezin bu başlığında sağlık yatırımlarının geleceğine yönelik hedefler ve bunların politika belgelerine nasıl yansıtıldığı ele alınmaktadır. Daha önce yer verildiği üzere sağlıkta bölge planlaması ile birlikte sağlık yatırımları da ölçek değiştirmiş böylelikle sağlık serbest bölgeleri ve sağlık turizmüne yönelik çalışmalara geçilmiştir. Politika belgelerinde ise söz konusu çalışmalar sağlık yatırımlarının bölgesel cazibe merkezi haline getirme hedefi doğrultusunda ele alınmıştır.

1. Sağlık Yatırımlarına Yönelik Hedefler

Türkiye’de sağlık alanına ilişkin hazırlanan politika belgelerinde genel olarak yapısal reformların⁸⁶⁶ hızla uygulamaya sokulacağı, bölgesel planlamanın kamu yatırımlarının bölgeler arası gelişmişlik farklarının azaltılmasına yönelik olarak geliştirileceği ve sağlık hizmetlerinin ülke geneline yaygınlaştırılacağı belirtilmektedir. Sağlık hizmetlerinin ülkedeki dengesiz dağılımının ve hizmet basamakları arasındaki koordinasyon eksikliğinin personel ve yatırım politikaları ile geliştirilmesi hedeflenmektedir. Örneğin Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nın Uzun Vadeli Strateji (2001-2023) kısmında devletin yapılandırılması planlanmış; eğitim ve sağlık düzeyinin yükseltilmesinin ekonomik ve sosyal yapının dönüşümü ile mümkün olacağı belirtilmiştir.

Kamu altyapı yatırımlarında sağlık hizmetlerinin finansmanın 2010 yılına kadar devlet tarafından destekleneceği, 2010 yılından sonra ise desteğin düşürüleceği belirtilmektedir.⁸⁶⁷ Bu çerçevede altyapı yatırımlarında yap-işlet-devret modeli uygulanmaya devam ederken yeni finansman modeli arayışına girilecektir. Buradan çıkan anlam devletin sağlığın finansmanından başlamak üzere giderek alanı özel sektöre devredeceğidir.

Dokuzuncu Kalkınma Planı’nda sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesi ve sağlık işletmelerinin verimliliğinin ve hizmet kalitesinin artırılması amacıyla hastanelerin kademeli olarak özerkleştirileceği, koruyucu sağlık hizmetlerinin

⁸⁶⁶ Planda kurumsal ve yapısal reformların AB’ye aday ülke olarak Maastricht kriterlerinin uygulanarak yerine getirileceği belirtilmektedir. DPT, *Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*, Ankara, 2000.

⁸⁶⁷ a.k., s.23.

geliştirileceği, özel sektörün sağlık alanındaki yatırımlarının teşvik edileceği belirtilmiştir.⁸⁶⁸ Bu konuya ilişkin çıkarılan Başbakanlık Genelgesinde ise bölgesel ve yerel düzeye taşınan uluslararası rekabetin kalkınma anlayışına etki ettiği genel kalkınma sürecini hızlandıracağı ve bölgeler arası dengesizlikleri azaltacağı ifade edilmiştir.⁸⁶⁹ 2006-2008 yılları arasında DPT Müsteşarlığı'nın yatırım programı hazırlıklarına dair yayınladığı genelgede⁸⁷⁰ kamu yatırım politikasının bölgesel kalkınma ve bölgeler arası gelişmişlik farkının azaltılmasına yönelik uygulanacağı belirtilmiştir. Bu genelgede kamu altyapı yatırımlarında özel sektör katılımını içeren modellerden yararlanılacağı ifadesi dikkat çekmektedir.

2009-2011 yılları için planlanan Orta Vadeli Mali Program'da⁸⁷¹ Bölgesel Gelişme Ulusal Stratejisi'nin hazırlanacağı ve buna ilişkin bir komite oluşturularak cazibe merkezlerini destekleme programlarının yaygınlaştırılacağı belirtilmektedir. Bu doğrultuda bölgesel kalkınmaya verilen önem merkezi düzeyde bakanlıkların koordinasyon görevi ile şekillenmekte buna ilişkin izleme ve denetleme sistemlerinin kurulması da öngörülmektedir. Kamu yatırımlarının bölgesel plan ve programlar çerçevesinde yürütülmesi hastanelere ilişkin planlanan dönüşüm ile birlikte düşünüldüğünde anlamlı görülmektedir. Sağlık hizmetlerinde bölge planlamasına geçilmesine ilişkin mevzuat⁸⁷² ile birlikte hastane yatırımlarının bölgesel planlama anlayışı çerçevesinde yapılması gerektiği ve *Sağlık Bakanlığı'nın izni olmadan hiçbir şekilde yatırım yapılamayacağı* belirtilmiştir. Buradan da anlaşılacağı üzere sağlık yatırımlarında Bakanlığın rolü hala etkindir.

Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması genel anlamda Bakanlığın düzenleme, denetleme ve planlama rolünün güçlendirilmesine yönelik olarak ifade edilse de devletin sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanına yönelik dönüşüm

⁸⁶⁸ Dokuzuncu planda ekonomik ve sosyal gelişme eksenini sıralanan unsurlar arasında bölgesel gelişme politikasının merkezi düzeyde etkinleştirilmesi, sağlık ve sosyal güvenlik sisteminin etkinleştirilmesi başlıkları yer almaktadır. Son yıllarda ortaya çıkan ekonomik krizlerle birlikte sermayenin gelişmekte olan ülkelere yönelmesinin önemi vurgulanmaktadır. Dünya ekonomisine yönelik gelişmeler ve piyasa verilerinin yer aldığı planda, genel olarak yabancı sermaye yatırımlarının ekonomik büyüme için gerekliliği üzerinde durulmaktadır. Ülkelerin yapısal reformlar sonrası yakaladığı büyüme oranları örnek gösterilmekte kalkınma yerine büyüme kavramının öne çıktığı görülmektedir. DPT, *Dokuzuncu Kalkınma Planı 2007-2013*, Ankara, 2006.

⁸⁶⁹ Sağlık yatırımlarının bölgesel kalkınma doğrultusunda planlanması Sağlık Bakanlığı'nın örgütlenmesine de etki etmiştir. Dokuzuncu Kalkınma Planı ile İlgili 2005/18 Sayılı Başbakanlık Genelgesi, RG:05.07.2005, Sayı: 25866.

⁸⁷⁰ 2006-2008 Dönemi Yatırım Programı Hazırlıkları ile İlgili 2005/3 Sayılı Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı Genelgesi, RG: 09.07.2005, Sayı: 25870.

⁸⁷¹ 2009/1540 Bakanlar Kurulu Kararı Orta Vadeli Program (2009-2011)'in Kabul Edilmesi Hakkında Karar, RG:16.09.2009, Sayı: 27351, Mükerrer.

⁸⁷² Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2009/19 sayılı Genelge, Sayı: B.10.0.THG.0.10.00.19-5330.

uygulamaları ile anlam kazanmaktadır. Söz konusu dönüşüm politika aktörlerinin etkisi ile birlikte düşünüldüğünde dönüşümün ne denli kapsamlı olduğu ortaya çıkmaktadır. Örneğin bu süre içerisinde Türkiye'nin sağlık politikalarının DSÖ'ye uyumlaştırılması ve sağlık politikalarının yakından gözetim amacı ile Türkiye'de DSÖ ülke ofisi kurulmuştur.⁸⁷³ Diğer yandan Avrupa Birliği'ne uyum sürecinde sağlığa bölgesel gelişme politikaları dikkate alınarak yatırım yapılması gerektiği belirtilmiştir.⁸⁷⁴

Onuncu Kalkınma Planı'nda ise kamu yatırım alanlarından biri olan sağlığın Kamu Özel Ortaklığı Modeli⁸⁷⁵ ile finanse edilmesi ile kamunun yatırım payının azalacağı belli olmuştur. Kamu yatırımlarının ise yüksek büyümeye katkı sağlayacak alanlara kaydırılarak kentsel gelişme odaklı devam edeceği ifade edilmiştir. Tez kapsamında yapılan araştırmalara göre,⁸⁷⁶ Türkiye'nin KÖO ile yapılan 17 sağlık tesisi için ödeyeceği kira bedeli yaklaşık 27 milyar dolardır (26.586.368 \$). Özel sektörün tesislere yapacağı yatırım tutarı ise yaklaşık 10 milyar dolardır (9.869.765 \$). Kalkınma Bakanlığı Kamu Özel İşbirliği Daire Başkanlığı'nın devletin 27 milyar doları nasıl ödeyeceği konusundaki hesaplamaları bu konuda bir fikir vermektedir. Yap-İşlet-Devret yöntemi ile İstanbul Yeni Havalimanı Projesi'nden 35 milyar dolar gelir elde edileceği ve bu gelirin sağlık tesislerinin finansmanında kullanılacağı ifade edilmektedir.

⁸⁷³ 1998 yılında kurulan DSÖ Anakara irtibat ofisi ülke ofisine dönüştürülmüştür. 2011/1412 Bakanlar Kurulu Kararı DSÖ Avrupa Bölgesel Ofisi ile Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti Arasında Türkiye'de Bir DSÖ Ülke Ofisi Kurulması Üzerine Anlaşma'nın Onaylanması Hakkında Karar, RG: 25.02.2011, Sayı: 27857. 2015/7219 Bakanlar Kurulu Kararı DSÖ Avrupa Bölge Ofisi ve Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti Arasında Türkiye'de Bir DSÖ Ülke Ofisi Kurulmasına İlişkin Anlaşmanın Onaylanması Hakkında Karar, RG: 11.02.2015, Sayı: 29264.

⁸⁷⁴ 2011-2013 yıllarını kapsayan Orta Vadeli Mali Program'da kamu yatırımlarının sektörel önceliklere dayalı olarak İBBS sistemini üzerinden yapılması planlanmaktadır. 2010/958 Bakanlar Kurulu Kararı Orta Vadeli Program (2011-2013) Kabulü Hakkındaki Karar, RG:10.10.2010, Sayı:27725. Bu bağlamda sağlıkta bölge planlaması sağlığın bölgeler üzerinden örgütlenmesine ilişkin fikir vermektedir. Diğer yandan Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi'ne (ADNKS) göre sağlık planlaması yapılmasına ilişkin düzenlemeler yapılmıştır. Sağlıkta bölge planlaması anlayışının uygulaması olarak nüfus kriterleri çerçevesinde üniversite hastanesi ya da eğitim araştırma hastanesinin Sağlık Bakanlığı ile birlikte kullanılmasına ilişkin protokol imzalanmıştır. Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesisleri Ve Üniversiteler Ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı Ve İşbirliği Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik, RG:18.02.2011, Sayı: 27850.

⁸⁷⁵ 1994 yılında yap-işlet-devret yönteminin uygulanması ile bu yöntem kamu özel işbirliği için de uygulamanın altyapısını oluşturmuştur. Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapıtılması Hakkında Kanun, RG: 13.06.1994, Sayı: 21959. 2005 yılında Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na ek bir madde ile (7.madde) Kamu Özel Ortaklığı modelinin Sağlık Bakanlığı'nın yatırımlarında kullanılmasına imkan tanınmıştır. 2007 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı kurulmuştur. 5683 Sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG:09.06.2007, Sayı: 26547. Kamu Özel İşbirliği Modeli adı 6428 sayılı kanunla yasalaşmıştır. 6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli İle Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi Ve Hizmet Alınması İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, RG: 09.03.2013, Sayı: 28582.

⁸⁷⁶ Sağlık alanında kamu özel ortaklığı ile yapılan toplam on sekiz projenin on milyar dolar tutarında olduğu belirtilmektedir. T.C. Kalkınma Bakanlığı Dünyada ve Türkiye'de Kamu Özel İşbirliğine İlişkin Gelişmeler, Ankara, 2016.

2. Sağlık Turizmi ve Sağlık Serbest Bölgeleri

Politika belgelerinde yer aldığı üzere sağlık yatırımları bölgeler arası gelişmişlik farkına göre planlanmıştır. Örneğin, DPT'nin 2008-2010 yıllarına yönelik hazırladığı Orta Vadeli Program'da⁸⁷⁷ kamu yatırımlarının ulusal ve bölgesel ölçekte mekânsal önceliklere göre gerekli mekanizmaların planlanması ve uygulanması gerektiği belirtilmiştir. Söz konusu programda bölgesel gelişme politikasının merkezi düzeyde etkinleştirilmesi politikası sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanına yönelik tedbirler çevresinde ele alınmaktadır. Programda bu bağlamda Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılarak, düzenleme, planlama ve denetleme rollerinin güçlendirilmesi; sağlık hizmetlerinin de kamu yatırımlarının rasyonalizasyonu bakımından akılcı mali tedbirler ile düzenlenmesi gerektiği öngörülmektedir.⁸⁷⁸

Onuncu Kalkınma Planı'nın Onaylandığına İlişkin TBMM Kararı'nda:⁸⁷⁹ *“Kalkınma planı ülkemizin eğitim ve sağlık alanında çekim merkezi haline gelmesi için uluslararası hareketlilikten azami ölçüde faydalanılmasına imkan verebilecektir. Sağlık alanında diğer ülkelere hizmet verebilmek sağlık turizmi açısından önemli...”* ifadeleri yer almaktadır. Bu bağlamda Onuncu Kalkınma Planı'nın uygulanması hakkında çıkarılan Başbakanlık Genelgesi'nde⁸⁸⁰ öncelikli dönüşüm programları arasında yer alan Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Programı eylem planında Sağlık Turizmine Yönelik Kurumsal ve Hukuki Altyapının Geliştirilmesi başlığına yer verilmiştir.

Onuncu Kalkınma Planı'nın Sağlık Endüstrisinin Geliştirilmesi Programı başlığı ile kamunun yönlendirme kapasitesinin güçlendirilmesine yönelik olarak ilaç ve tıbbi cihaz standartlarının geliştirilmesi, sağlığa ilişkin veri altyapısının oluşturulması ve paylaşılması, sağlık yatırımları için finansman modellerinin geliştirilmesi planlanmaktadır. Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Programı ise medikal, termal ve ileri yaş turizmi olarak belirlenmiş; bunlara yönelik hukuki ve kurumsal altyapının oluşturulması gerektiği ifade edilmiştir. Sağlık turizmi çerçevesinde hastaneler için arsa

⁸⁷⁷ Bakanlar Kurulu Kararı 2007/12300 Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığınca Hazırlanan “Orta Vadeli Program (2008–2010)”ın Kabul Edilmesi Hakkında Karar, RG: 21.06.2007, Sayı: 26559.

⁸⁷⁸ Kalkınma kavramı sosyo-ekonomik gelişmeye bağlı olarak ülkelerin refah seviyesinin belirlenmesinde önemli bir ölçüt olarak kullanılmıştır. Ancak planlama anlayışındaki değişim büyüme kavramı ile de somutlaşmış ithalat, ihracat ve ticaret üzerinden piyasa ilişkilerinin yönlendirdiği bir planlama anlayışı ortaya çıkmıştır. Gelişmiş ülkelerin refah seviyesi büyüme kavramı ve ekonomik göstergeler ile ölçülürken; gelişmekte olan ülkeler için kalkınma kavramı kullanılmıştır. Aynı durum ulusal kalkınma kavramı için de geçerli olmuştur. Planlama anlayışındaki değişim bölgesel kalkınmayı hedeflemekte ve bölgesel gelişme stratejik planları hazırlanmaktadır.

⁸⁷⁹ TBMM 1041 Nolu Karar Onuncu Kalkınma Planının (2014–2018) Onaylandığına İlişkin Karar, RG: 06.07.2013, Sayı: 28699 Mükerrer.

⁸⁸⁰ Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu ile İlgili 2015/3 Sayılı Başbakanlık Genelgesi, RG: 07.02.2015, Sayı: 29260.

temin edilmesi, tesis ve standartların geliştirilmesi, hedef ülke ve bölgelerde pazarlama faaliyetlerinin yapılması gerektiği belirtilmektedir. 2013 yılı Yıllık Programında⁸⁸¹ ise KÖO modeli ile alternatif finansman kaynağı geliştirilirken özel sektörün bilgi ve sermaye birikiminden yararlanılmak istendiği belirtilmiş; 2012 yılında çıkarılan 6228 sayılı kanun⁸⁸² ile sağlık tesislerinin KÖO modeliyle yapılması halinde yüklenici firmalara katma değer vergisinden muafiyet getirilmiştir.

Söz konusu politikalar eşliğinde yürütülen sağlık uygulama tebliğleri ile “harcamaları kontrol altına almaya yönelik programların verimli bir şekilde kullanılması” hedefi politika tedbirleri arasında yerini almıştır. Politika tedbiri kapsamında turizm faaliyetlerine önem verilmiş bu çerçevede çıkarılan Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticaretinin Desteklenmesi Hakkında Tebliğ⁸⁸³ ile sağlık turizminin desteklendiği belirtilmiştir. Örneğin sağlık turizmi alanında faaliyet gösteren firmalara yurt dışından getireceği her bir hasta için Ekonomi Bakanlığı’nın yayınladığı bir Yönetmelik⁸⁸⁴ ile uçak biletinin %50’si ya da bin dolara kadar olan kısmının devlet tarafından ödeneceği kararlaştırılmıştır. Bu doğrultuda sağlığın, piyasa ilişkileri açısından KÖO modelinden sonra uluslararası alanda sağlık turizmi doğrultusunda dönüştüğü ve devlet teşviklerinin de aynı şekilde devam ettiği ifade edilmelidir.

2012-2014 yıllarını kapsayan Orta Vadeli Mali Program’da⁸⁸⁵ ise bölgesel gelişme politikasının⁸⁸⁶ merkezi düzeyde etkinleştirilmesi amacıyla kamunun yatırım politikası ve sağlık hizmetlerinin altyapısının geliştirilmesi hedeflenmektedir. Kamu yatırım politikası, özel sektör katılımını içermekte aynı düşünce Kalkınma Bakanlığı Genelgesinde⁸⁸⁷ kamu özel işbirliği modellerinin geliştirilmesi hedefi üzerinden yükselmektedir. Bu hedef doğrultusunda kamu özel sektör işbirliğinin geliştirilmesi ve

⁸⁸¹ 2013 Yılı Programı ile 2013 Yılı Programının Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair Karar, RG: 18.10.2012, Sayı: 28445. Kararın eki için Bkz: 18/10/2012 Tarihli ve 28445 Sayılı Resmî Gazete’de Yayımlanan 4/10/2012 Tarihli ve 2012/3839 Sayılı 2013 Yılı Programının Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair Bakanlar Kurulu Kararı Eki 2013 Yılı Programı, RG: 23.10.2012, Sayı: 28450, Mükerrer.

⁸⁸² Katma Değer Vergisi Kanunu ile Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapıtılması Hakkında Kanunda ve Kamu İhale Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG: 04.04.2012, Sayı: 28254.

⁸⁸³ 2012/4 Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticaretinin Desteklenmesi Hakkında Tebliğ, RG: 25.06.2012, Sayı: 28334.

⁸⁸⁴ T.C. Ekonomi Bakanlığı, RG: Sayı: 2015

⁸⁸⁵ 2011/2302 Bakanlar Kurulu Kararı Orta Vadeli Program (2012–2014)’ın Kabul Edilmesi Hakkında Karar, RG:13.10.2011, Sayı: 28083 Mükerrer.

⁸⁸⁶ Kamu yatırımları ve desteklerinin mekânsal ve bölgesel gelişme amaçlarıyla uyumlaştırılması kapsamında AB’nin bölgeselleşme politikası ile uyumlu olarak Bölgesel Gelişme Ulusal Stratejisi yayınlanmıştır. Bölgesel Gelişme Ulusal Stratejisi (2014–2023) ile İlgili 30/12/2014 Tarihli ve 2014/1 Sayılı Bölgesel Gelişme Yüksek Kurulu Kararı, RG: 24.03.2015, Sayı: 29305 Mükerrer.

⁸⁸⁷ Kalkınma Bakanlığı 2012–2014 Dönemi Yatırım Programı Hazırlıkları ile İlgili 2011/2 Sayılı Kalkınma Bakanlığı Genelgesi, RG:13.10.2011, Sayı: 28083 Mükerrer.

özel sektöre yatırım teşviki sağlanması amacı UNDP ile anlaşma⁸⁸⁸ imzalanmış ve bu çerçevede üç milyon dolar tutarında bir fon oluşturulmuştur. Kalkınma Bakanlığı'nın ilgili genelgesinde⁸⁸⁹ kamu özel sektör ortaklığına ilişkin teşviklerden bahsedilmiş, Yatırım Programı Hazırlama Rehberinde sağlık başlığına yer verilmiştir. Devlet yardımları ölçek genişletilmesine yönelik değiştirilmiş bölgesel teşvik için büyük ölçekli yatırımların yapılması gerektiği belirtilmiştir.⁸⁹⁰ Söz konusu düzenlemeler sağlık serbest bölgelerine yönelik teşvikler olarak değerlendirilebilir. Sağlık serbest bölgelerinin⁸⁹¹ 6/6/1985 tarihli ve 3218 sayılı Serbest Bölgeler Kanunu hükümleri çerçevesinde ülkenin sağlık alanında bölgesel bir cazibe merkezi haline getirilmesinin, yabancı sermaye ve yüksek tıbbî teknoloji girişinin hızlandırılması amacıyla kurulduğu belirtilmektedir.

⁸⁸⁸ 2012/3617 Bakanlar Kurulu Kararı Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ile Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı Arasında UNDP-İstanbul Uluslararası Kalkınmada Özel Sektör Merkezinin (IICPSD) Kuruluşu ile İlgili Anlaşma'nın Onaylanması Hakkında Karar, RG: 11.09.2012, Sayı: 28408.

⁸⁸⁹ 2013–2015 Dönemi Yatırım Programı Hazırlıkları ile İlgili 2012/1 Sayılı Kalkınma Bakanlığı Genelgesi, RG:09.10.2012, Sayı: 28436 Mükerrer.

⁸⁹⁰ 2012/3802 Bakanlar Kurulu Kararı Yatırımlarda Devlet Yardımları Hakkında Kararda Değişiklik Yapılmasına Dair Karar, RG:13.10.2012, Sayı: 28440.

⁸⁹¹ 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, RG: 02.11.2011, Sayı: 28103 Mükerrer.

Bölüm Değerlendirmesi

Tezde belirli sorular çerçevesinde sağlık hizmetlerinin neden özel sektör için kârlı bir yatırım alanı haline getirildiği sorunu üzerinde durulmuştur. DB reformları çerçevesinde tedavi edici hizmetlerde özel sektörün teşvik edilmesi politikası sağlığın kârlı bir yatırım alanı haline getirilmesi anlayışına uygun olarak sürdürülmektedir. Ancak devletin neden koruyucu hizmetlerden çok tedavi edici hizmetlere kaynak aktardığı halen önemli bir sorun olarak görülmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi Türkiye’de sağlık politikalarının geleceği açısından önemlidir. Sağlık hizmetlerinde maliyet azaltma girişimlerinin temeli koruyucu sağlık hizmetlerine yatırım yapmak ile mümkün görünmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri görece daha pahalı ve problemlidir için sağlık harcamalarında maliyet etkin politikaların etkisi sınırlı kalmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde reform adına yapılan girişimler, hem hizmet verilen alanın dönüşümüne hem de özel sektörün yapısında bir dönüşümüne neden olmaktadır. Küçük veya yerli girişimciler yabancı ve büyük sermaye grupları ile yer değiştirmekte devlet teşvikleri de ölçek genişletmeye bağlı olarak değişmektedir. Sağlık yatırımlarının geleceğine yönelik yapılan düzenlemeler piyasa ilişkileri açısından düşünüldüğünde sağlığı uluslararası alana taşımaktadır. Daha önce de ele alındığı üzere reformların krizi fırsata çevirme algısı ile birlikte düşünüldüğünde gelişmekte olan ülkelerin ihtiyacı olan yabancı sermaye girişi sağlığı piyasaya açma yoluyla temin edilmeye çalışılmaktadır. Bir başka ifadeyle kamu hizmeti olarak sağlık, küçük sayılabilecek özel girişimciler için bir yatırım alanı olarak dönüşüme uğrasa da hükümetler ekonomik krizler karşısında gerekli yabancı sermaye ihtiyacını karşılamak için sağlığı bir sektör olarak değerlendirmiş ve bu alan milyar dolarlık bir yatırım alanı olarak şekillenmiştir. Şehir hastaneleri adı verilen yapılara dönüşen kamu hastaneleri piyasa ilişkileri açısından bir reforma uğramakta ve bu durum sağlığın devlet içindeki örgütlenmesi açısından önemli bir gelişme olarak görülmektedir.

Örneğin GSS, sağlık hizmetlerine erişimi artırdığı gibi özel sektörden alınan hizmeti de teorik kısımda yer verildiği üzere sözleşmecilik ilkesi üzerinden teminat altına almakta; bu durum sağlık harcamalarında kaçınılmaz bir artışa neden olmaktadır. DB’nin sağlıkta dönüşüm politikası doğrultusunda hazırlanan GSS, önemli görülmekte ve SDP’nin uygulaması olarak karşımıza çıkmaktadır. Sevk sisteminin uygulanmayışı sağlık hizmetine olan talebi artırmakta bu durum sağlık harcamalarında özel sektör lehine bir değişime neden olmaktadır. Hasta sevk sistemi neden uygulanmamaktadır

sorusu hastanelere yapılan müracaat sayısı, özel hastane sayısındaki artış, SGK'nin özel hastanelere aktardığı kaynağın miktarı gibi veriler doğrultusunda bir cevap bulmaktadır. Bu soru aynı zamanda sağlık reformunun kamu hastaneleri üzerindeki dönüştürücü etkisini de ortaya çıkarmamamıza yardımcı olacaktır.

Devletin sağlık hizmetlerini piyasa aktörlerine açması sonucu sağlığın ticari bir unsur olarak görülmesi ile sağlıkta dönüşüm bu doğrultuda şekillenmiştir. SDP'nin içeriği sağlık turizmi, sağlık serbest bölgeleri, şehir hastaneleri ve kamu özel ortaklıkları gibi örnekler ile doldurulmuştur. Kamu ve özel sektörün birikim alanı (sağlık yatırım alanı) üzerinden bir ilişki içerisine girmesi kavramsal olarak bir tanım üzerinden yapılmıştır. KÖO modeli ile devletin tek taraflı olmaktansa özel sektörün yanına konumlanarak ilişki biçimini sürdürdüğü ve hizmet alanlarını özel sektör üzerinden finanse ederek hedeflerini gerçekleştirilmek istediği ifade edilebilir. Bu durumda özel sektör ise devletin yanında yer alarak güvenli ve risk almadan yatırım yapacaktır. KÖO modeli ile devlet, özel sektörün sermaye ve bilgi birikiminden yararlanırken, vatandaşlarına kesintisiz sağlık hizmeti sunmuş olacak, özel sektör ise devletin hizmet alım garantisi doğrultusunda risk almadan yatırımlarını gerçekleştirecek ve sağlık alanı yeni bir sermaye birikim alanına dönüşecektir.

Tezin ilk kısmında sağlık hizmetlerine erişimin artırılması için özel sektörden yararlanılması gibi nedenler ile DB'nin sağlıkta dönüşümü başlattığı ifade edilmişti. Sağlık hizmetlerinden yararlanmaya yönelik talep sürekli artırılarak kamu hastanelerinin özel sektör yöntemlerine göre işletilmesi felsefesi benimsenmiş; alanın büyüklüğü ise şimdilik on yedi hastane için yirmi yedi milyar dolar olmuştur. Hastane sayısının sağlık hizmet bölgesinde olduğu gibi otuza çıkmasıyla elli milyar doları aşan bir alandan söz edilebilecektir. Bu durum devletin sağlığı kamusal ayrıcalıklarla özel sektörün yatırım yapması için teşvik etmesinin devam edeceğini göstermektedir.

Sağlık hizmeti toplumun geneline uygulanmak üzere düzenli ve sürekli olarak kamu gücü ve kamu örgütlenmesi çerçevesinde sürdürülmüştür. Kamu yararı doğrultusunda genele sunulan sağlık hizmeti, özel sektörün bu alana müdahil olmasıyla birlikte devletin denetim ve gözetim mekanizmalarıyla kontrol altına alınmıştır. Ancak buradaki tek sorun özel sektörün sağlık hizmetini sunarken kamu yararını nasıl gözeteceğidir. Bu durum devletin özel sektörden mal ve hizmet alımında kamu yararını mı yoksa özel sektör yararını mı gözettiği tartışmalarına neden olmaktadır. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin üretimi, sunumu ve finansmanı sağlık hizmetinin kamusal niteliği üzerinden tartışılmalıdır.

Sağlık hizmetlerinin kamu değil de özel sektör tarafından finansmanı, personelin özel sektörden temin edilmesi aynı şekilde hizmetin özel sektörden temin edilmesi gibi konular sağlık hizmetlerinin kamusalının piyasa ilişkileri çerçevesinde dönüştüğünü göstermektedir. Son kertede sağlık hizmeti devlet tarafından sunulmakta ama sağlığın kamusal ayrıcalığından kaynaklanan kamu gücü ile özel sektöre teşvik, muafiyet ve istisna gibi ayrıcalıklar tanınmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kamusal niteliği bu bağlamda özel sektör açısından genele sürekli ve düzenli hizmet vererek hizmeti finanse ederek ve kendi personelini çalıştırarak ortaya çıkmaktadır. Ancak söz konusu değişikliğin en önemli sonucu devletin özel sağlık sunucularına hizmet alım garantisini vermesi ile ortaya çıkmaktadır.



SONUÇ

Sağlık, devletin kamu hizmetleri ile somutlaşan yönü olarak kamu yönetiminde yapılan reformları anlamak açısından önemli bir örnek teşkil etmektedir. Kamu yönetimi açısından sağlık alanını çözümlenmek reform aracı ile mümkün görünmekte bu da tezi diğer çalışmalardan ayıran temel bir özellik olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlar çerçevesinde uluslararası örgütler tarafından birtakım reform önerileri ortaya atılmıştır. Devletin sağlık alanında yeterince yatırım yapamadığı, hâlihazırdaki yatırımlarını rasyonel kullanamadığı; özel sektörün yatırımlarının daha etkili ve rasyonel olduğu gibi fikirler sağlık alanının serbest piyasa ekonomisine açılmasında etkili olmuştur. Bu çerçevede sağlıkta dönüşüm, genel olarak sağlık hizmet üretimi ve sunum birimlerini birbirinden ayırarak devleti temel sağlık hizmetlerinde sorumlu tutarken tedavi edici hizmetlerde ise devlete özel sektör yatırımlarını teşvik edecek kurumsal düzenlemeler görevi yüklemektedir. Nihayetinde sağlık reformunda devletin iki farklı işleve sahip olduğu söylenmelidir: Koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumu ve tedavi edici hizmetlerin özel sektör için harcama değeri yaratan bir alana dönüşümünü sağlama. Bu işlevlerin yerine getirilmesi ise sağlık hizmetlerinin ayrıştırılması/parçalanması anlamına gelen yerelleşme ile mümkün olmuştur. Devletin bütçe aygıtı üzerinden sağlık hizmetlerine müdahale etmesi özel sektör açısından dışsallık oluşturduğu için idari ve mali olarak özerk harcama birimlerinin kurulması gerekmiştir.

Devletin sağlık alanında mali dengeyi kuramadığı ve kaliteli bir sağlık hizmeti veremediği söylemleri ile sağlık hizmetleri dönüşüme uğramaktadır. Dönüşüm, değişim kelimesinden farklı olarak kendiliğinden olmayan bir süreci ifade etmektedir. Bu bağlamda sağlıkta dönüşüm sağlık alanına yapılan müdahaleyi yansıtan bir kavramdır. Sağlıkta dönüşüm, DSÖ'nün geliştirdiği kavramları DB'nin yeniden türetmesi üzerinden kurgulanmıştır. Sağlık hizmetleri bireye ve topluma yönelik olmak üzere yeniden kavramsallaştırılmıştır. Örneğin, erişim kavramı DSÖ tarafından hakkaniyet temelinde kullanılırken DB, erişim kavramını ikiye ayırmıştır. DB, temel sağlık hizmetleri için kırsal alanı devlet sorumluluğuna; kentsel alanda ise maliyet gerekçesiyle tedavi edici hizmetleri özel sektör sorumluluğuna bırakmıştır. Sonuç olarak DSÖ erişim kavramı ile kırsal alana vurgu yaparken DB, erişim ile kente ve gelire dolayısıyla harcama değerine vurgu yapmaktadır.

DB'ye göre, gelişmekte olan ülkelerde hastane hizmetlerinde özel sektörün yayılması için büyük bir alan bulunmaktadır. Kamunun ağırlıklı olduğu hastane hizmetlerinden çekilmesi ile boşluğu özel sektör dolduracaktır. Bu doğrultuda sağlıkta dönüşüm, sağlık hizmetlerinin kamu kurum ve kuruluşlarının yükümlülüğünde veya kontrolünde olmasından dolayı özel sektörün alana nasıl dâhil olabileceği üzerine kurulmuştur. Ancak sağlıkta dönüşüm, sağlık hakkının devlete yüklediği sorumluluk üzerinden yapılmaktadır. Sağlık hakkı referans alınarak hizmetlerin eşit bir biçimde her bireye sunulması anlayışı sağlık arzının artırılmasını ve özel sektörün alana dâhil olmasını gerektirmiştir. Bu durum devletin sağlık hizmetlerinin gelişmesi için özel sektörden mal ve hizmet temin etmesine neden olmuştur. Sonuç olarak sağlığa erişim adı altında kamu sağlık harcamalarında kaçınılmaz artışlar yaşanmıştır.

Erişim ve verimlilik kavramları özel sektörün sağlık hizmetlerine dâhil olabilmesi için olmazsa olmaz kavram setleridir. Aynı zamanda bu kavramlar hükümetlere önemli sorumluluklar yüklemiştir. Buna göre, hükümetler sağlık hizmetlerine erişimin artırılması için ilk önce sağlığı ikiye ayırmalı daha sonra hastane hizmetlerini özel sektörün yatırıma açacak düzenlemeler yapmalıdır. Sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması için kullanılan araçlar ise özel sektörden yapılan sağlık harcamalarını artırmaktadır. Bu bağlamda tezde sağlıkta dönüşüm, kamu sağlık harcamalarının özel sektör lehine artışı çerçevesinde ele alınmıştır. Sağlıkta dönüşüm, kamu sağlık harcamalarının daha rasyonel alanlara kaydırılması ve özel sektörün sağlık alanında yatırımlarını artırması olarak gelişse de dönüşüm, devletin sağlıktan faydalanmaya yönelik talebi artırmasına ve özel sektörün alana girmesine yönelik uygulamalara, nihayetinde sağlığın 'harcama değerinin' yaratılmasına kadar ilerlemiştir. Ancak özel sektör sağlık alanına yatırım yaparken kâr güdüsü ile hareket etmekte, sağlığın yatırım değeri ise elde edilecek kazanç üzerinden hesaplanmaktadır. Bu durumda devlet, kamu sağlık harcamalarını özel sektör lehine artırmıştır.

2003 yılında Sağlık Bakanlığı'nın açıkladığı SDP, bu tezde DB'nin Türkiye'ye yönelik hazırladığı raporlar ve Türkiye'de uygulanan sağlık projeleri çerçevesinde ele alınmıştır. Tezin iddiası DB'nin sağlıkta dönüşüm politikası çerçevesinde uygulanan SDP'nin DB reformlarından farklılaştığıdır. Sağlık hizmetlerinin dönüşümü DB reformları ile sürdürülmektedir. Ancak SDP Türkiye'nin kendi dinamiklerinden kaynaklanan nedenler ile DB'nin sağlıkta dönüşüm modelinden farklılaşmaktadır. Bu doğrultuda aşağıda tezin giriş kısmında sorulan sorular çerçevesinde bir analiz yapılmıştır.

Tezin birinci bölümünde sağlık hizmetlerinin devlet ve özel sektör açısından neden önemli olduğundan hareketle sağlık kavramının kullanımına yönelik dönüşüm ele alınmıştır. Tarihsel olarak kamu gücü ve ayrıcalığı ile donatılan dolayısıyla kamu örgütlenmesi altında sunulan sağlık hizmetleri, aynı zamanda kamu personeli ve kamu bütçesi ile yönetilmiştir. Sağlık hizmetlerinin koruyucu, tedavi edici gibi ayrımlar yapılmadan bir bütün halinde sunulması anlayışı kamu sağlık hizmetlerinin belirgin bir özelliği olmuştur. DB, kamunun sağlık hizmetlerini sunmasının yoksulluğun yaygınlaşmasında önemli bir etken olduğunu iddia ederek, özel sektörün sağlık hizmetlerine yatırım yapması gerektiğine yönelik raporlar hazırlamıştır. Reformlar ile devlet, koruyucu hizmetlerle sorumlu tutulurken özel sektörün tedavi edici hizmetlere yatırım yaparak sağlık hizmetlerini geliştireceği iddia edilmiştir. Ancak devletin hem koruyucu hem de tedavi edici hizmetlerde faaliyette bulunması sağlıkta dönüşümün en büyük paradoksu olmuştur.

Kamu hizmeti olarak sağlık, yukarıda sözü edilen girişimlerinden sonra küresel kamusal mal olarak sağlık hizmetine doğru bir dönüşüm geçirmiştir. Söz konusu dönüşüm sağlık hizmetlerine küresel şirketlerin ve uluslararası örgütlerin müdahale ettiğinin bir göstergesi olmuştur. Çokuluslu şirketlerin sağlık alanında harcanan paraya (ilaç, tıbbi cihaz, vb.) olan ilgileri, sağlıkta harcama değeri yaratmaya yönelik olarak yeniden dönüşüm geçirmesine neden olmuştur. Sağlıkta harcama değeri haline gelmesi ise özel sektörün alana yatırdığı paranın karşılığının ne kadar getirisi olduğu ile ilgilidir.

Tezin ikinci bölümünde ele alındığı üzere devletin tedavi edici hizmetleri tamamen özel sektöre bırakmaması kamu sağlık harcamalarının artışına neden olmuştur. Sağlık hizmetlerinde yerelleşme fikri devletin sağlık hizmetlerinin finansmanından kısmen de olsa çekilmesi ile farklı bir boyut kazanmıştır. Kamu hizmet alanı olan ve kamusal finansman ile de ölçülebilen sağlık hizmetleri yerelleşmiştir. Başka bir ifadeyle sağlıkta finansmanı merkezi bütçe yerine idari ve mali olarak özerk bütçeli birimlere bırakılmıştır. Sağlık hizmetlerinde yerelleşme, SGK'nin finansman birimi olarak ayrı bir yapıda örgütlenmesi ve kullanıcı katkılarına dayanan finansmana geçmesine; kamu hastanelerinin ise özerk olmasalar da harcama birimi olarak örgütlenmesine neden olmuştur. SGK, özel hastanelerle yaptığı anlaşmalar ile sağlık hizmetlerinin finansmanından sorumlu birim olarak harcama yapmaktadır. Ancak yukarıda da bahsedildiği üzere SDP, DB'nin planladığı modelden sapmalar göstermiş ve devlet, transfer harcamaları adı altında SGK'ye kaynak aktarmıştır. Özel hastanelere başvuru oranlarının artması ile SGK, özel hastanelerin sağlık harcamalarını finanse

ederek özel sektöre kaynak aktarmanın bir aracı haline gelmiştir. Tezin girişinde yer alan “SGK’nin özel hastaneler ile sözleşme yapmasının sağlık hizmetleri kullanımına nasıl bir etkisi olmuştur” sorusu da bu anlamda cevaplanmış olmaktadır.

Tezin üçüncü bölümünde SDP uygulamaları olan GSS, hasta sevk sistemi ve KÖO modeli ele alınmıştır. Bu bölümde birtakım verilerin analiz edilmesiyle, SDP’nin DB’nin planladığı sağlıkta dönüşümden Türkiye’nin içsel nedenlerinden dolayı belirli noktalarda ayrıştığı sonucuna ulaşılmıştır. Örneğin GSS’nin uygulanmasına karşın hasta sevk sisteminin uygulanmaması sağlık hizmetlerine olan erişimi ve hastanelere olan talebi artmıştır. Bu artış hem kamu hastanelerine hem de özel hastanelere gelir getirici unsur olarak yansımıştır. Elde edilen sonuçlar ile tezin girişinde yer alan “SGK’nin özel hastanelerden hizmet alımı özel hastane sayısındaki artışın da nedeni olarak görülebilir mi” sorusu yanıtlanmıştır. Özel hastanelerin sayısında yaşanan artış, özel hastanelerin gerek SGK ile hizmet alım sözleşmelerinin olması gerekse kullanıcı katkılarının artırılması ile açıklanabilmektedir.

Hasta sevk sisteminin uygulanmaması ise döner sermaye gelirlerini artırmış böylelikle hastanelerin özel sektörden satın aldıkları mal ve hizmetler de artmıştır. Kamu hastanelerine idari ve mali özerklik verilmesi de döner sermaye uygulamasının yeniden düzenlenmesi ile hastaneler harcama birimine dönüşmüştür. Tezin girişinde yer alan “SDP içeriğinde de yer alan hasta sevk sistemi maliyet azaltıcı bir unsur olarak neden uygulanmamaktadır” sorusu burada bir cevap bulmaktadır. Türkiye’de hasta sevk sisteminin uygulanmaması hizmetlere yapılan gereksiz başvuruların engellenememesine neden olmuştur. GSS ise kötü kullanım ile vatandaşların istediği zamanda istediği hastaneye gidilebilmesinin önünü açan bir araç olmuştur. Yine tezin girişinde yer alan “GSS uygulaması maliyet etkin politika olarak uygulanabilmiş midir? Sigortalı olmanın vereceği gereksiz kullanım ile başa çıkılabilmiş midir” soruları burada bir yanıt bulmuştur.

Ayrıca tezin genelinde neden sonuç ilişkisi kurularak yapılan analizler sonucunda aşağıdaki bilgilere ulaşılmıştır. Tablo 54’de görüleceği üzere Türkiye’de uygulanan sağlık reformu Türkiye’nin içsel nedenlerinden dolayı DB’nin önerdiği modelden belirli noktalarda ayrışmaktadır.

Tablo 54: Türkiye'nin Sağlık Reformunda Farklılaşan Yönler

Sağlık Reformu	DB	Türkiye
Herkese sağlık	Devlet sağlığın gelişmesi için özel sektörden yararlanmalı	Devlet vatandaş adına özel sektörden hizmet satın almaktadır. Devlet garantili ve en büyük hizmet alıcısı konumundadır.
Sağlıkta Öncelik Alanı ve Göstergeler	Koruyucu hizmetlerini devlet vermeli Tedavi edici hizmetlerde özel sektör teşvik edilmeli	Devlet tedaviye yöneldi Cari sağlık harcamaları arttı. %52 hastane %32 ilaç %8 koruyucu hizmetler Bebek ölüm oranları arttı Aşı ile önlenebilecek hastalıklar arttı
Sağlık Harcaması	Özel sağlık harcamaları kamudan fazla olmalı	%78 kamu %22 özel
Maliyet Azaltma Politikası	Erişimi artır. Sigortanın kötü kullanımını engelle. Hasta sevk sistemini işlet	Reformlar erişimi artırdı talep patlaması yaşandı. Hizmet kullanımı OECD ülkelerini (kişi başı yıllık 6) aştı. Türkiye'de kişi başı hizmet kullanımı yıllık 8,4. Maliyet arttı. Hasta sevk sistemi uygulanamadı. Muayene ücretleri artırıldı. Özel hastaneler muayene ücretinin %200'ünü isteyebilmekte.
Özel Sektörden Yararlanma	Provision: Özel sektörü teşvik et Tedaviyi özel sektöre bırak	Dış kaynak kullanımını kamu yapsa da özel hastaneler yapmıyor özel sektör para akışını kendi kontrol ediyor. Özel sektör daha maliyetli
Harcama Değeri	OECD ve DB'ye göre kamu harcama değerini tasarruf yaparken kullanacak.	Türkiye'de harcama değeri özel sektörün yatırımından elde edeceği kazancın getirisi için kullanılmakta. Örn: Şehir Hastaneleri
Yerelleşme	Hastaneler idari ve mali özerk olarak CEO tarafından yönetilecektir.	SGK özerk oldu ancak hastaneler özerk olamadı. Kamu hastaneleri TKHK adı altında Sağlık Bakanlığı Müsteşarı'na bağlandı. Hastanelere döner sermaye ile gelir yaratıldı.
Bölge Planlaması	Bölgeler arası gelişme farklarını azaltmak. Mekânın yeninden ölçeklendirilmesi sermayenin toplulaştırılması	Sağlık hizmet bölgeleri rekabeti teşvik etmek için kuruldu.
Bütçe	Fon kurulmalı Birey finanse etmeli	SGK açıklarını devlet kapatıyor, transfer harcamaları arttı.

		Bireysel ödemeler artıyor
Sigorta Sistemi	Kapsayıcı Kamunun yüklenici olduğu tek bir sigorta sistemi	GSS tamamen kapsayıcı olamadı. Nüfusun %85'ini kapsıyor. Yararlananlar içinse ödemenin kapsamı daraltılıyor. Devlet sigorta sisteminden çekiliyor Özel sektörü teşvik ediyor
Kaynak Yaratma	Hastanelerin kendi gelirleri olmalı Maliyet etkin politikalara geçilmeli Akılcı ilaç kullanımı politikası	Hastanelere gelir yaratan unsurlar: -Döner Sermaye -Performans uygulaması (başka bir ülkede örneği yok) En fazla MR ve Tomografi çekilen ülke Türkiye en fazla sezaryen yapılan üç ülkeden biri Türkiye ilaç tüketiminde dördüncü arasında
Teşvik	Rekabet sağlanacak sağlık gelişecek	Kamu ilaç fabrikaları özel sektör lehine kapatılmıştır. Özel hastane açılışı yasaklanmıştır. Birleşme veya yeni şube açılmasına izin verilmektedir. Hastane zincirlerinin teşviki ile sermaye ölçeği büyümektedir. Şehir hastaneleri tekel niteliğindedir. İhaleler aynı şirketlere verilmektedir.
Ortaklık/İşbirliği	KÖO modeli Talep riski özel sektöre ait Kredilerin tamamına Hazine garantisi yok.	Devlet işletiyor Talep riskini devlet üstüne aldı %70 doluluk garantisi Özel sektör borçlarına %100 Hazine garantisi veriliyor. KÖO modeline uymamakta

Sağlık hizmetlerinde sorun olarak görülen sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı konusu, DB tarafından geliştirilen öneriler ve raporlar doğrultusunda çözüme kavuşturulmaya çalışılmıştır. Sağlık reformlarının Türkiye’de sağlık alanını iki önemli başlık altında dönüşüme uğratması beklenmiştir. Bunlardan ilki sağlıkta dönüşümün maliyet gerekçesiyle yapılmasının temel sağlık hizmetlerini güçlendireceği ve devletin kaynaklarını daha rasyonel alanlara kaydıracağı öngörülmüş olmasıydı. Diğer taraftan hasta sevk sisteminin uygulanması ile sağlık harcamaları azalırken; temel sağlık hizmetleri geliştirilecek ve tedavi edici hizmetlere yapılan harcamalar sınırlanacaktı.⁸⁹² Ancak Tablo 54’de görüldüğü hastane hizmetlerine yapılan harcamalar

⁸⁹² Özel sektör sağlık alanını kârlı bir alan olarak görmekte devlet ise bu fikri gerçekleştirmeye yönelik uygun araçlar kullanmaktadır. Bunlardan en önemlisi GSS uygulamasıdır. Diğer uygulama ise hasta sevk sisteminin işletilmemesidir. Herkese sağlık politikası kapsamında sağlık hizmetlerine erişim sağlanması SDP’nin ana hedeflerinden bir tanesidir. GSS eşitlik (hakkaniyet değil) üzerinden herkese sağlık söylemi

artmakta;⁸⁹³ kamu sağlık harcamaları ise özel sektör harcamalarını geride bırakmaktadır. Bu harcamaların %78'ini kamu sağlık harcamaları oluşturmaktadır. 2003-2015 yılları arasında özel sektörün sağlık harcamaları %33'den %22'ye kadar gerilemiştir. Tezin girişinde ele alınan soru çerçevesinde gerileme gibi görünen olayın aslında devletin özel sektör sağlık harcamalarının finansmanını da karşılamasından kaynaklandığı ifade edilmelidir.

Tablo 54'de Türkiye'nin sağlık reformunun DB'nin sağlık politikalarından farklılaşan yönü olarak hasta sevk sistemi gösterilmiştir. SDP'de yer alan hasta sevk sisteminin getirilmesi önemli bir uygulama olarak sağlık hizmetlerinde maliyetlerin azaltılmasını sağlayacaktır. Ancak Türkiye'de hasta sevk sistemi uygulanmamakta; bu nedenle devlet hastanelerinde ortaya çıkan sorunlardan dolayı hastanelere başvuru patlaması yaşanmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeterince geliştirilemediği Türkiye'de insanlar buraları aşarak tedavi edici hizmetleri talep etmektedir. Görece daha pahalı olan tedavi edici hizmetler ayaktan tedavi amacıyla kullanılmakta sevk sistemi işlemediği için maliyetler artmaktadır.⁸⁹⁴ Ancak hasta sevk sisteminin işletilmemesi devletin tedavi edici hizmetlere harcadığı parayı artırırken; koruyucu sağlık hizmetlerine gereken yatırım yapılamamış, sağlık harcamalarında maliyet azaltmak amacıyla yapılmak istenen SDP hedefinden sapmıştır. Tablo 54'de yer verildiği üzere DB ve DSÖ devletin sorumluluk alanını koruyucu sağlık hizmetlerini geliştirmekle sınırlandırsa da bu politika Türkiye'de uygulanamamıştır. Ayrıca devlet sağlık reformları sonrası yükümlülük alanı olan koruyucu sağlık hizmetleri için yeterli bütçe ayıramamış, toplumun sağlık göstergelerinde belirgin bir düşüş yaşanmıştır. Bu bağlamda tezde sağlık harcamalarının artışı ile sağlığın gelişmesi arasında bir bağlantı olmadığı tespit edilmiştir.

DB'nin 1986 yılında Türkiye için hazırladığı Sağlık Sektörü İncelemesi⁸⁹⁵ adlı Raporunda Türkiye'de özel sağlık kuruluşlarının tüm hastaneler içindeki oranının %4

ile uygulanmaya başlamış; ancak özel sektör ile SGK arasında yapılan sözleşmeler ile GSS özel hastanelere kaynak aktarmanın bir aracı haline gelmiştir.

⁸⁹³ 2003 ile 2015 yılları arasında kamu sağlık harcamaları yaklaşık altı kat artış göstermiştir. 2002 yılı itibarıyla Türkiye'de toplam sağlık harcamaları 18 milyar lira iken; bu rakam 2015 yılında 104 milyar liraya çıkmıştır. Aynı dönem toplam sağlık harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının oranı %68'den %78'e çıkmıştır.

⁸⁹⁴ Sevk sistemi sağlık harcamalarındaki artışı ve bütçeye ağır maliyet olarak kalemleşen harcamaları hafifletecek bir uygulama olmasına rağmen tıpkı GSS gibi araçsallaşmıştır. Sevk sistemi özel sektöre doğrudan hasta kabul edilmesini engelleyebilecekken sistemin atlatılması insanların cezalandırılması ve caydırılması bağlamında ek ücret ödemelerine dayandırılmış ve sistem işletilmemiştir.

⁸⁹⁵ World Bank, *Turkey Health Sector Review*, Population, Health and Nutrition Department, 1988.

olduğu ifade edilmiş; ancak 2016 yılı itibariyle bu oran %40 olmuştur.⁸⁹⁶ Bu bağlamda devlet sağlığı özel sektör yoluyla güçlendirmek amacıyla kamu sağlık harcamalarını artırırken, devletin özel sektöre transfer ettiği kaynak da artmaktadır. SDP'nin en büyük hedefi sağlık harcamalarının azaltılması iken; SGK'ye 2003-2015 yılları arasında merkezi bütçeden ayrılan kaynak transferi⁸⁹⁷ yaklaşık yirmi kat artmıştır. Bütçe transferlerinin yaklaşık %25'i sağlık harcamaları için kullanılmaktadır. SGK'ye merkezi bütçeden yapılan transferler 2002 yılında GSYH'nin %2,76'sı iken; 2015 yılında bütçeden transfer edilen miktar GSYH'nin %5,43'üne kadar yükselmiştir. Tüm bu gelişmelerin sonucunda 2003-2015 yılları arasında kamu hastane sayısı %13 civarında artarken; özel hastane sayısı ise yaklaşık %117 artış göstermiştir. Özel hastane sayısı 560'a ulaşırken; 831 özel dal tıp merkezi, 368 özel poliklinik açılmıştır.⁸⁹⁸ Özel hastanelere başvuran hasta sayısı 2003 yılında altı milyon iken; 2015 yılında bu rakam doksan milyonu geçmiş ve on beş kat artış göstermiştir.⁸⁹⁹ Bu doğrultuda 2002 yılında SGK'nin özel hastanelere ödediği miktar 0,4 milyon lira iken; 2015 yılında bu rakam yirmi kat artışla 8 milyar lirayı aşmıştır.

Kamu eliyle özel sektöre kaynak transferi gerçekleştirilirken DB raporlarında yer verildiği üzere sağlık hizmetlerine erişim artmıştır. Devlet hastanelerindeki kalite ve verimsizlik sorunu vatandaşların özel hastanelere başvurmasına⁹⁰⁰ ve nihayetinde SGK'nin özel hastaneler ile hizmet alım sözleşmeleri yapmasına neden olmuştur. Özel hastanelerin sağlık hizmetlerini GSS üzerinden sunması sağlık hizmetlerine erişimi artırmaktadır. Ancak erişimin artması sağlık harcamalarını da artırmaktadır. 2003-2015 yılları arasında bir kişinin yaptığı yıllık sağlık hizmeti başvurusu yaklaşık olarak 3'den 8,4'e çıkmıştır. Kişi başına sağlık harcaması da yaklaşık 200 TL'den 1400 TL'ye çıkmıştır. Bu harcama artışının en büyük nedeni ise GSS'nin uygulanmasına karşılık hasta sevk sisteminin uygulanmamasıdır. GSS uygulaması ile özel hastanelerden hizmet satın alan SGK, hasta başına daha fazla para ödemektedir. Devlet hastanelerinde bir hasta maliyeti 50 TL iken; özel hastanelerde ise hastanın devlete maliyeti 90 TL'ye

⁸⁹⁶ 2015 yılı itibariyle Türkiye'de 865 kamu hastanesi 562 adet ise özel hastane bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*, Ankara, 2016.

⁸⁹⁷ SGK'ye transfer edilen miktar belirli alanlara dağılmaktadır. Bütçe transferleri içerisinde açık finansmanı, devlet katkısı, ek ödeme, faturalı ödemeler, teşvikler ve ödeme gücü olmayanların GSS primi olmak üzere toplam 6 kalem transfer bulunmaktadır. Örneğin 2010 yılında SGK'ye yapılan devlet katkısı 15,170 milyar lira iken; 2015 yılında bu rakam 37,526 milyar liraya yükselmiştir. SGK, *Aylık Sağlık İstatistikleri*, Eylül 2016.

⁸⁹⁸ Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*, 2014, s. 89.

⁸⁹⁹ Kalkınma Bakanlığı, *Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018) 2015 Yılı Programı*, Ankara, 2014, s.97.; SGK Mali İstatistikleri 2016.

⁹⁰⁰ Devlet hastanelerinde sevk zinciri sisteminin işletilmemesi vatandaşların özel hastanelere daha fazla başvurmasına neden olmuştur.

kadar çıkmıştır. Devlet sağlık hizmetini üretmektense özel sektörden temin etme yoluna gitmiş, bu durum hastanelerin çekirdek sağlık hizmeti dışında kalan hizmetleri kurum dışından satın almasına neden olmuştur. Türkiye’de kamu hastanelerinin çekirdek sağlık hizmeti dışında ürettiği hizmetler dış kaynak kullanma yoluyla özel sektörden temin edilmektedir. DB politikalarına uygun olarak gerçekleştirilen mal ve hizmet alımları maliyet ve verimlilik gerekçesiyle yapılmaktadır. Ancak Türkiye’de özel hastaneler hizmetleri dış kaynak kullanma aracılığıyla değil; mümkün olduğunca yine kendi kurdukları firmalardan temin etmektedir.

Kamu hastanelerinde dışardan kaynak kullanımının maliyet ve verimlilik çerçevesinde yapıldığı ifade edilse de bunu doğrulayacak bir veriye ulaşılamamıştır. Aynı mal veya hizmetin kamu kaynaklarından karşılanması halinde bir gösterge olmadığı için piyasada bulunan tedarikçilerden belirli şartları taşıyanların sunduğu mal ve hizmetler için en fiyat politikası güdülmektedir. Bu durumda hangi gerekçeler ile özel sektörden mal ve hizmet alımında verimli olduğu konusu pek açıklanabilen bir olay değildir. Örneğin, yemek, temizlik ve güvenlik hizmetleri hastanelerin kadrolu personeli tarafından yerine getirilirken, aynı personel başka işlere kaydırılmıştır. Söz konusu personel gereksiz ve ihtiyaç fazlası olarak görülmekte (yapılan görüşmelere dayanarak) tabiri caizse getir götür işleri ile ilgilenmektedir. Hem özel sektör personeli kullanmak hem de daha önce aynı hizmeti yerine getiren kurum personeli istihdam etmek maliyetleri artırmaktadır. Tezin girişinde “Özel sektörden mal ve hizmet temin edilmesi maliyet azaltıcı politikalar çerçevesinde uygulanabilmiş midir” sorusu sorulmuş ve bunun cevabı olarak; kamunun özel sektörden mal ve hizmet alımının verimlilik çerçevesinde yapıldığına dair bir ölçüt bulunamamıştır. Bu doğrultuda tezin teorik çerçevesi açısından İşlem Maliyetleri Teorisi Türkiye’deki pratiklerle uyumamaktadır.

Tablo 54’de sağlık hizmetlerinde reform başlığı olarak devlet ve özel sektör arasındaki ilişki biçimi görülmektedir. KÖO modeli, Yeni Kurumcu İktisat Teorisi çerçevesinde özel sektöre sağlıkta yatırım alanı açılması, riskin üstlenilmesi, ücretsiz arazi tahsis edilmesi, vergi muafiyeti sağlanması gibi teşvikler açısından uyum göstermektedir. Devletin şehir hastanelerini işletmesi ise Kamu Tercihi Teorisi’ne uymamaktadır. Türkiye, şehir hastaneleri gibi yapıları dünyadaki örneklerinden farklı olarak yönetmekte bu durum tezde yer verilen teorilerden farklılaşmaktadır. Sağlık alanı tümüyle özel sektöre devredilmeyerek sağlığın kamusal niteliği ve ayrıcalıklarından

faydalanılarak özel sektöre bu alanda muafiyetler getirilmekte; kamu gücü gibi ayrıcalıklardan yararlanabilme imkânı tanınabilmektedir.

Dünyada KÖO ile yapılan yatırımların hiçbirine %100 Hazine garantisi verilmemektedir. Aynı şekilde ampirik veriler ile durumun farklılaştığı Türkiye’de ise yatırımların tamamına Hazine garantisi verilmekte ve özel sektörün kredi borçları üstlenilmektedir. Ortaklık risk üzerinden yürümekte; ticari riskler özel sektöre, yasal ve politik riskler ise hükümete bırakılmaktadır. Yukarıda da yer verildiği üzere KÖO modeli Türkiye’de bu noktada da farklılaşmaktadır. Türkiye’de yasal, politik ve ticari riskin tümünü hükümet üstlenmektedir. Hükümetin buradaki rolü hastaneye ne kadar hasta geleceği sorununu çözmektir. Bu durum ise uygulanmayan hasta sevk sisteminin zorunlu olarak uygulanacağı anlamına gelmektedir.

Şehir hastaneleri için özel sektöre doluluk garantisi vermek ise buraya yatırım yapacak sermayeye yapılan devlet desteğini göstermektedir. Sağlık harcamalarındaki maliyet artışının dönüşümün ana sebebini oluşturduğu ifade edilse de dönüşüm, özel sektöre kâr ettirme güdüsü ile hazırlanmış ve sağlık yatırımlarının harcama değeri yapıp yapmadığı üzerine odaklanılmıştır. Türkiye’nin KÖO ile yapılan 17 sağlık tesisi için ödeyeceği kira bedeli yaklaşık 27 milyar dolardır (26.586.368 \$). Özel sektörün tesislere yapacağı yatırım tutarı ise yaklaşık 10 milyar dolardır (9.869.765 \$). Şehir hastanelerinin devlete metrekaresi maliyeti 1,610 TL iken; bu yapıların metrekaresi özel sektöre 1,959 TL’ye ihale edilmektedir. Bununla birlikte devlet şehir hastanelerinin kullanım bedeli için özel sektöre 25 yıllık kira üzerinden taahhütte bulunarak beş yılda kendini amorti edebilen hastanelerin ihalesini vermektedir.

Sağlık yatırımlarının nüfus bazlı ve ekonomik gerekçeler üzerinden yapılması bölge düzeyinde hastaneler yapılarak küçük ve verimsiz olanları kapatıp köy, ilçe ve ildeki vatandaşları bölge hastanelerine gitmeye mecbur bırakarak sermaye için yeni birikim alanları ortaya çıkaracaktır. Sosyal devlet ilkesinin gereği olarak Türkiye’de kamu hizmeti olarak verilen sağlık hizmetleri devlet ve özel sektör tarafından sunulsa da devlet, kamu sağlık harcamalarını özel sektöre kaydırmış ve özel sektörden mal ve hizmet satın alarak kamu sağlık harcamalarının doğrudan vatandaşa değil⁹⁰¹ özel sektöre aktarılmasına aracılık etmiştir. Bu doğrultuda devlet, en büyük sağlık hizmeti alıcısı iken; özel sektör ise hizmet sağlayıcısı konumundadır. Kamunun özel sektör önündeki

⁹⁰¹ Tedavi edici hizmetlerden çekilmesi gereken devlet; temel sağlık hizmetlerine gereken önemi de göstermemiş bulaşıcı ve salgın hastalıklardan kaynaklanan ölümler artmıştır. DSÖ daha hastalıklar ortaya çıkmadan önlenmesi amacıyla devletin koruyucu sağlık hizmetlerine önem vermesi ve bu alanda yatırım yapması gerektiğini belirtmiştir.

engellerden biri olduğu fikri kamunun özel sektöru desteklemesi gerektiği fikri ile yer değiştirse de sonuç olarak kamu sağlık hizmetleri, kamu ve özel sektör ortaklıkları üzerinden sürdürölmektedir.



EK 1: TEZ KAPSAMINDA YAPILAN YÜZYÜZE GÖRÜŞMELER

Mehmet Atasever, Kamu İhale Kurulu Üyesi, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Eski Başkan Yardımcısı (12.12.2016).

Ahmet Oğuz Sarıca, Kalkınma Bakanlığı (17.01.2017).

Dr. Namık Özbek, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, (07.06.2016).

Yiğit Özyurt, İsmail Oymak, Fatih Aytac, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Satın Alma Müdürlüğü (10.01.2017).

Prof. Dr. Recep Akdur Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.B.D (19.01.2017).

Doç. Dr. Gülbiye Yenimahalleli Yaşar, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (07.06. - 09.12.2016).

Korhan Doğu, Sağlık Gereçleri Üreticileri ve Temsilcileri Derneği (SADER) (13.12.2016).

Süleyman Akgüç, Tüm Tıbbi Cihaz Üretici ve Tedarikçi Dernekleri Federasyonu (TÜMDEF) (27.12.2016-10.01.2017).

Nadide Yiğiteli, SGK Aktüerya ve Fon Yönetimi Daire Başkanlığı (24.06.2016).

Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan 2 Müfettiş⁹⁰² (06.12.2016).

Hakan Karagöz, Sağlık Bakanlığı TKHK Tedarik Yönetimleri Düzenleme Daire Başkanlığı (07.12.2016).

Cevdet Cesur, Sağlık Bakanlığı TKHK Klinik Tanı ve Maliyet Yönetimi Daire Başkanı (24.06.2016).

Aziz Küçük, Sağlık Bakanlığı TKHK İstatistik ve Raporlama Daire Başkanı (24.06-17.11.2016).

Selim Bener, Sağlık Bakanlığı TKHK Finansal Analiz Daire Başkanlığı (24.06.2016).

Özel Hastane Satın Alma ve Malzeme Müdürü⁹⁰³ (13.01.2017).

İmdat Beyazpınar, Özel Sevgi Hastanesi (11.03.2017).

⁹⁰² SGK müfettişlerinden 2 kişi yapılan yüzyüze görüşmeler sırasında isimlerinin yazılmamasını rica etmişlerdir.

⁹⁰³ Özel hastane ile yapılan görüşme sırasında hem hastanenin isminin hem de kendi isimlerinin yazılmamasını rica etmişlerdir.

Elektronik Posta Aracılığıyla Yapılan Yazışmalar

Yusuf K rk oğlu TÜMDEF Medikal News Dergisi Editörü (11.12 - 19.12.2016).

Prof. Dr. Bülent Kılıç, Dokuz Eylül Üniversitesi (05.12.- 08.12.2016).

Prof. Dr. Kayıhan Pala, Uludağ Üniversitesi (06.12.2016).

Prof. Dr. Faruk Ataay, Akdeniz Üniversitesi (08.12.2016).



EK 2: RESMİ GAZETE TARAMASI (SAĞLIK ALANINA İLİŞKİN YAPILAN ARAŞTIRMALAR SONUCU ELDE EDİLEN BİLGİLER)

No :	G ün	Ay	Olay/mevzuat	Açıklama	Kaynak
1990					
1.	7	Ekim	Türkiye Cumhuriyeti ve Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası Arasında Akdedilen İkraz Anlaşması (I. Sağlık Projesi) No: 3057-TU	Bütçe: 75 milyon Dolar Proje ile Sağlık Bakanlığı bünyesinde Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü kurulmuştur. Sağlık bilgi sistemlerinin kurulması Merkezi sağlık kurumlarının kapasitesinin güçlendirilmesi	RG: 07.10.1990 Sayı: 20658
1994					
2.	22	Aralık	Türkiye Cumhuriyeti ve Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası Arasında İkraz Anlaşması (İkinci Sağlık Projesi)	Bütçe: 150 milyon dolar Sağlık hizmeti sunumunda etkinlik ve verimliliğin artırılması, Sağlık Bakanlığı Merkez ve Taşra Teşkilatında yönetim kapasitesinin geliştirilmesi ve sağlıkta dönüşüm çalışmalarının desteklenmesi	RG: 22.12.1994 Sayı: 22149
2000					
3.	9	Ağustos	Milletlerarası Andlaşma: 2000/986 Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ile Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi Arasında Orta Dönem İşbirliği Programı'nın Onaylanması Hakkında Karar	Bütçe: 200.000 Dolar Temel sağlık hizmetlerinin yeniden örgütlenmesi Ulusal ilaç politikası ve ilaç fiyatlarının yeniden belirlenmesi tahsilatların gerçekleştirilmesi Eylemde Sağlık 21 gerçekleştirilmesi sağlıklı şehirler projesi ve Avrupa Sağlığı İyileştiren Okullar Ağı (ASiOA) çerçevesinde sağlığın iyileştirilmesi	RG: 09.08.2000 Sayı: 24135
4.	23	Ağustos	Milletlerarası Andlaşma: 2000/1056 Türkiye'de İrtibat Ofisinin Kurulmasına İlişkin Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Bölge Ofisi ve Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti Arasında Yapılan Anlaşma'nın Onaylanması Hakkında Karar	Teknik danışma işbirliği ile ilgili Birleşmiş Milletler ve DSÖ kararlarına işlerlik kazandırmak 19 Ekim 1950'de Hükümet ve DSÖ arasında imzalanan "Temel Anlaşma" yeniden onaylandı	RG: 23.08.2000 Sayı: 24149
2002					
5.	19	Kasım	Bakanlar Kurulu'nun Atanmasına Dair İşlem	58. Hükümet Sağlık Bakanlığı'na Recep Akdağ'ın getirilmesi	RG:19.11.2002 Sayı: 24941
6.	29	Kasım	Başbakan Abdullah Gül Tarafından TBMM'ne Sunulan 58 inci Hükümet Programı	Sağlıkta reform işaretleri: Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması, Genel Sağlık Sigortası ve Aile Hekimliği'ne	RG:29.11.2002 Sayı: 24951

				geçileceği, Hastanelerin idari ve mali yönden özerkliğe kavuşturulması	
2003					
7.	9	Mart	SB: Eczaneler ve Eczane Hizmetleri Hakkında Yönetmeliğin 6 ve 7 nci Maddelerinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Valilikten ruhsatnamesini almış eczacının eczane için mahalli belediyeden ayrıca bir işyeri ruhsatı alması zorunlu olmadığı	RG:09.03.2003 Sayı: 25043
8.	14	Mart	Bakanlar Kurulu'nun Atanmasına Dair İşlem	59. Hükümet Sağlık Bakanlığı'na Recep Akdağ'ın getirilmesi	RG:14.03.2003 Sayı: 25048 Mükerrer
9.	24	Mart	Başbakan Recep Tayyip Erdoğan Tarafından TBMM'ne Sunulan 59 uncu Hükümet Programı	Sağlık hizmetlerinin il düzeyinde karşılanması, Sağlıkın yeniden yapılandırılacağı belirtilmesi	RG:24.03.2003 Sayı: 25058
10.	31	Mart	2003 Malî Yılı Bütçe Kanunu	Mad. 51/s: 10 pilot yerde döner sermaye uygulaması, ş) Sağlık hizmetlerinin verimli ve kaliteli sunulabilmesi için ücret karşılığında saat 16.00'dan sonra hasta kabul edilmesi, döner sermaye uygulaması ile personele yapılan ek ödemeler	RG:31.03.2003 Sayı: 25065 Mükerrer
11.	9	Nisan	SB: İçilebilecek Nitelikteki Suların İstihsalı, Ambalajlanması, Satışı ve Denetlenmesi Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik		RG:09.04.2003 Sayı:25074
12.	13	Nisan	SB: Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Özel hastaneler, yatak sayısı ve personeline göre gruplandırılmıştır.	RG:13.04.2003 Sayı: 25078
13.	6	Mayıs	SB: Gıda Üretim ve Satış Yerleri Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik		RG:06.05.2003 Sayı: 25100
14.	7	Mayıs	SB: Sağlık Meslek Liseleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik		RG:07.05.2003 Sayı: 25101
15.	12	Mayıs	SB: Güzellik ve Estetik Amaçlı Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik		RG:12.05.2003 Sayı: 25106
16.	22	Mayıs	SB: İçilebilir Nitelikteki Suların İstihsalı, Ambalajlanması, Satışı ve Denetlenmesi Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik		RG:22.05.2003 Sayı: 25115

17.	30	Mayıs	SB: Teşhis ve Tedavi Amacıyla Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Hasta Sevkine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ	Devlet memurlarının özel hastanelere sevk işlemleri ve ücretlerin ödenmesi hakkında	RG:30.05.2003 Sayı: 25123
18.	13	Haziran	SB: Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Devlet Tarafından Karşlanması ve Yeşil Kart Uygulaması Hakkında Yönetmeliğin Bazı Maddelerinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Yeşil kart sahiplerinin acil hallerde devlet hastanesi dışında bir sağlık kuruluşuna gitmesi durumunda hasta sevk zincirine göre mümkün olan en kısa sürede devlet hastanelerine sevk edilmeleri hakkında	RG:13.06.2003 Sayı: 25137
19.	24	Haziran	Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ile Birleşik Meksika Devletleri Sağlık Bakanlığı Arasında Sağlık Alanında İşbirliği Anlaşmasının Onaylanmasının Uygun Bulduğuna Dair Kanun		RG:24.06.2003 Sayı: 25148
20.	27	Haziran	SB: İçilebilir Nitelikteki Suların İstihsalı, Ambalajlanması, Satışı ve Denetlenmesi Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik		RG:27.06.2003 Sayı: 25151
21.	30	Haziran	SB: Kaplıcalar Yönetmeliği'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik		RG:30.06.2003 Sayı: 25154
22.	1	Temmuz	Devlet Memurları Kanunu ile Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun	Ayakta veya meskende tedavi halinde kullanılacak ilaç bedellerinin % 20'si memur tarafından ödenmesi hakkında	RG:01.07.2003 Sayı: 25155
23.	4	Temmuz	2003/5809 Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ile Filistin Ulusal Otoritesi Adına Filistin Kurtuluş Örgütü Arasında Sağlık Alanında İşbirliğine Dair Protokol'ün Onaylanması Hakkında Karar	İlaç ve eczacılık alanlarında ilişkilerin yürütülmesi hakkında	RG:04.07.2003 Sayı: 25158
24.	5	Temmuz	Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ile Hırvatistan Cumhuriyeti Hükümeti Arasında Sağlık Alanında İşbirliğine Dair Anlaşmanın Onaylanmasının Uygun Bulduğu Hakkında Kanun		RG:05.07.2003 Sayı: 25159

25.	10	Temmuz	SB: Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Değişiklik: Muayenehaneler ve poliklinikler birinci basamak sağlık kuruluşları, merkezler ise ikinci basamak sağlık kuruluşlarıdır.	RG:10.07.2003 Sayı: 25164
26.	24	Temmuz	SB: Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun	7.5.1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa ek madde: Sağlık personelinin sözleşmeli personel olarak istihdamı hakkında	RG:24.07.2003 Sayı: 25178
27.	24	Temmuz	Avrupa Birliği Müktesebatının Üstlenilmesine İlişkin Türkiye Ulusal Programının Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair Karar	Sağlık Başlığı: Sosyal güvenlik reformu, Sağlık hizmetlerinin sosyal güvenlikten ayrılması, Sigortaların birleştirilmesi Hastanelerin tek çatı altında toplanması	RG:24.07.2003 Sayı: 25178
28.	6	Ağustos	4958 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu	SSK'nin yeniden yapılandırılması hakkında Genel Müdürlükten kuruma geçiş: Kamu tüzel kişiliğini haiz, idarî ve malî özerkliğe sahip, özel hukuk hükümlerine tabidir.	RG:06.08.2003 Sayı: 25191
29.	27	Ağustos	SB: Gemi Sağlık Resmi Kanunu Uygulama Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik		RG:27.08.2003 Sayı: 25212
30.	28	Ağustos	Sağlık Bakanlığı-Eğitim Personelinin Nitelik ve Seçim Esasları Hakkında Yönetmelik		RG:28.08.2003 Sayı: 25213
31.	2	Eylül	SB: Sözleşmeli Sağlık Personeli Atama ve Nakil Yönetmeliği		RG:02.09.2003 Sayı: 25217
32.	6	Eylül	SB: Tıbbi Cihaz Yönetmeliğinin 26 ncı Maddesinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Yürürlüğe giriş hakkında	RG:06.09.2003 Sayı: 25221
33.	6	Eylül	SB: Vücuda Yerleştirilebilir Aktif Tıbbi Cihazlar Yönetmeliğinin 24 üncü Maddesinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Yürürlüğe giriş hakkında	RG:06.09.2003 Sayı: 25221
34.	14	Ekim	SB: Vücut Dışında Kullanılan Tıbbî Tanı Cihazları Yönetmeliği	Tıbbi cihazların denetimi piyasaya arzı hakkında	RG:14.10.2003 Sayı: 25259
35.	23	Ekim	SB: Beşeri Tıbbi Ürünler İmalathaneleri Yönetmeliği	Tıbbi ürünlerin rasyonel kullanımını temin etmeye yönelik	RG:23.10.2003 Sayı: 25268

36.	30	Ekim	SB: Sözleşmeli Sağlık Personeli Atama ve Nakil Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik		RG:30.09.2003 Sayı: 25274
37.	8	Kasım	SB: Sağlık Eğitim Enstitüleri Genel Yönetmeliğine Bir Geçici Madde Eklenmesine Dair Yönetmelik		RG:08.11.2003 Sayı: 25283
38.	18	Kasım	SB: Oyuncaklar Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	AB standartlarına uyum çerçevesinde yapılan değişiklikler hakkında	RG:18.11.2003 Sayı: 25293
39.	14	Aralık	Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ile Hırvatistan Cumhuriyeti Hükümeti Arasında Sağlık Alanında İşbirliğine Dair Anlaşma		RG:14.12.2003 Sayı: 25316
2004					
40.	2	Ocak	2003/51Başbakanlık Genelgesi	Sağlık Bakanlığı-SSK Hastanelerinin Ortak Kullanımı Protokolü hakkında	RG:02.01.2004 Sayı: 25334
41.	14	Ocak	SB: Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik		RG:14.01.2004 Sayı: 25346
42.	11	Şubat	Maliye Bakanlığı 2004 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı(Sıra:4 Tedavi Yardımı)	1. ve 2. basamak sağlık hizmetlerinin Maliye Bakanlığı'nca ücretlendirilmesi ve vatandaşlara yapılan tedavi yardımı hakkında	RG:11.02.2004 Sayı: 25370
43.	14	Şubat	BKK: 2004/6781 Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Dair Kararın Yürürlüğe Konulması Hakkında Karar		RG:14.02.2004 Sayı: 25373
44.	16	Şubat	SB:Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği		RG:16.02.2004 Sayı: 25375
45.	20	Şubat	SB: Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğin 6 ncı Maddesinin Değiştirilmesine Dair Yönetmelik	Kamu yararına çalışan ağız ve diş sağlığı derneği vb. kurumların vergi muafiyeti hakkında	RG:20.02.2004 Sayı: 25379
46.	3	Mart	SB: Özel Hastaneler Yönetmeliğinin Bazı Maddelerinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Özel hastanelerin fiziki koşulları hakkında	RG:03.03.2004 Sayı: 25391
47.	12	Mart	BKK:2004/6947 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununun 32, 35, 36, 40 ve 42 nci Maddeleri Uyarınca Sağlık	Acil sağlık hizmetleri hariç olmak üzere verilen sağlık hizmetlerinden, muayene ve ameliyatlara ilişkin her yıl Maliye Bakanlığınca	RG:12.03.2004 Sayı: 25400

			Hizmetlerinden Yararlanana, Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık Tesislerinde Mesai Saatleri Dışında Acil Sağlık Hizmetleri Hariç Olmak Üzere Verilen Sağlık Hizmetlerinden, Muayene ve Ameliyatlar İçin Alınacak Katkı Paylarına İlişkin Karar	yayımlanan tedavi yardımları ile ilgili Bütçe Uygulama Talimatı fiyatlarının %20'si oranında katkı payı alınır.	
48.	17	Mart	SB: Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Devlet Tarafından Karşılanması ve Yeşil Kart Uygulaması Hakkında Yönetmeliğin Bazı Maddelerinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Yönetmelikle yeşil kart sahipleri ve ödeme gücü olmayanların özel hastanelere gidişi engellenmiş oldu.	RG:17.04.2004 Sayı: 25405
49.	24	Mart	SB: Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Bölge Merkezi: Acil Sağlık Hizmetleri Bölge Eğitim Araştırma ve Uygulama Merkezlerince idare edilir.	RG:24.03.2004 Sayı: 25412
50.	8	Nisan	SB:Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Özel sağlık kuruluşlarının fiziki yapıları ve personeli hakkında	RG:08.04.2004 Sayı: 25427
51.	21	Nisan	Sağlıkta dönüşüm projesi DB İkras anlaşması I. Faz	SB'nin yeniden yapılandırılması Sağlık Bilgi Sistemi Ulusal İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumunun Kurulması Devlet Hastanelerinde Özerklik Söylemi	Resmi Gazetede yayınlanmamıştır.
52.	22	Nisan	SB: Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatları Hakkında Tebliğ'in Bazı Maddelerinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ	Tıbbi cihaz alımında fiyat bakımından beş referans ülke fiyatı belirlenmiştir. Bunlar: Fransa, İspanya, İtalya, Portekiz ve Yunanistan'dır.	RG:22.04.2004 Sayı: 25441
53.	5	Nisan	SB: Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usuller	Sağlık hizmeti sunan bütün sağlık kurum ve kuruluşları ile tüm yataklı tedavi kurumlarında hizmet satın alınması hakkında	RG:05.05.2004 Sayı:25453
54.	9	Mayıs	SB: Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Yönetmeliği	Sağlık kurumlarının denetlenmesi hakkında	RG:09.05.2004 Sayı: 25457
55.	27	Mayıs	SB: Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Özel hastanelerin fiziksel şartları ve yönetimi hakkında	RG:27.05.2004 Sayı: 25474
56.	28	Mayıs	ÇSGB:2004 Yılı Sosyal	Eşdeğer ilaçlardan düşük	RG:28.05.2004

			Sigortalar Kurumu Başkanlığı İlaç Listesi ve Uygulama Talimat (Seri No:2004/1)	maliyetli olanın seçilmesi Tek dozda 5 günlük ilaçtan fazlasının reçete edilmemesi	Sayı: 25475
57.	8	Haziran	Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliği	Hizmet Bölgesi: İllerin sosyo-ekonomik gelişmişlik seviyelerine göre belirlenen bölgeler hakkında	RG:08.06.2004 RG: 25486
58.	21	Temmuz	5220 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun	3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa konulan 2. ek madde: Sağlık Bakanlığı'na tahsisli Hazine mülkiyetindeki taşınmazlar ile Sağlık Bakanlığı kullanımında bulunan diğer taşınmazlardan gerekli görülenlerin, mülkiyetinin Hazineye bedelsiz devrinden sonra, Sağlık Bakanlığı ile mutabık kalınarak tahsislerini kaldırmaya ve 1050 sayılı Muhasebe Umumiye Kanununun 24 üncü maddesine bağlı olmaksızın satmaya Maliye Bakanı yetkilidir.	RG:21.08.2004 Sayı: 25529
59.	21	Temmuz	5222 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanunda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun	Yeşil kart sahiplerinin 90 günü aşmamak kaydıyla sağlık hizmetlerini veren kurumlarda tedavi olabilmeleri hakkında	RG:21.08.2004 Sayı: 25529
60.	23	Temmuz	5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu	7. madde n/v bendleri: Belediyelerin, sağlık, eğitim ve kültür hizmetleri için bina ve tesisler yapması hakkında	RG:23.08.2004 Sayı: 25531
61.	27	Temmuz	Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığından: Genelge-2004 /1	Kamu yatırım tahsislerinde eğitim, sağlık, yatırımlarına ve ulaştırma alt sektörleri arasında dengeyi sağlayıcı yatırımlara bölgesel gelişme stratejileri de dikkate alınarak öncelik verilecektir.	RG:27.08.2004 Sayı: 25535
62.	9	Ekim	ÇSGB: Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı Emlak Yönetmeliği	Sosyal Güvenlik Kurumuna ait menkul ve gayrimenkullerin (hastanelerin) kiraya verilmesi, devredilmesi ve işletilmesi hakkında	RG:09.10.2004 Sayı: 25608
63.	9	Aralık	5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun	Sağlık hizmetlerinin ayrıştırılması, koruyucu sağlık hizmetlerinin aile hekimlerince yürütülmesi,	RG: 09.12.2004 Sayı: 25665

				Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri de pilot uygulama kapsamındadır.	
64.	9	Aralık	SB: Eczaneler ve Eczane Hizmetleri Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Mülkiyeti özel hastane veya kamu kurum ve kuruluşuna ait olup içinde sağlık kurumu veya kuruluşu bulunan yerlerde eczane açılmaz.	RG: 09.12.2004 Sayı: 25665
65.	24	Aralık	5272 sayılı Belediye Kanunu	14. madde: Belediyeler sağlıkla ilgili her türlü tesisi açabilir ve işletebilir.	RG:24.12.2004 Sayı: 25680
66.	31	Aralık	2005 Malî Yılı Bütçe Kanunu	Birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve bölgeler arası gelişmişlik farklarının giderilmesi amacıyla, döner sermayeli işletmelerden uygun görülenlerin merkeze aktaracağı payı % 4'e kadar yükseltmeye Sağlık Bakanı yetkilidir.	RG:31.12.2004 Sayı: 25687
2005					
67.	19	Ocak	5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun	SGK, hizmet sunan değil finanse eden bir kuruma dönüşümü sağlanmıştır.	RG:19.01.2005 Sayı: 25705
68.	19	Ocak	SB: Beşeri Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliği	Avrupa Birliği'nin beşeri tıbbi ürünler ile ilgili mevzuatına uyum sağlanması amacıyla, 2001/83/EC sayılı beşeri tıbbi ürünler hakkındaki direktifine paralel olarak hazırlanmıştır.	RG:19.01.2005 Sayı: 25705
69.	5	Şubat	KOBİ Bilgi Sitesi ile İlgili 2005/2 sayılı Başbakanlık Genelgesi	Yatırım Ortamının İyileştirilmesi Reform Programı” çerçevesinde Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bu projede yer almıştır.	RG:05.02.2005 Sayı:25718
70.	9	Şubat	Maliye Bakanlığı 2005 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı (Sıra No: 4) (Tedavi Yardımı)	Sağlık hizmetlerinin tek elden planlanması, sağlık politikalarının ülke genelinde aynı şekilde uygulanması ile kurumsal farklılıkların ortadan kaldırılması, hizmet gerekleri de dikkate alınarak hizmet kalitesinin artırılması	RG:09.02.2005 Sayı:25722
71.	4	Mart	5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu	6.madde: İl özel idarelerinin “sağlık, tarım, sanayi ve ticaret...” gibi ihtiyaçlarının karşılanmasına ilişkin hizmetleri il sınırları	RG:04.03.2005 Sayı: 25745

				içinde, görevleri arasında saymıştır.	
72.	4	Mart	SB: Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ	Reçete edilen ilaç miktarının azaltılması ve fiyatların bu referans üzerinden protokolle temin edilmesi (1 kutu içinde daha önce bulunan 10 antibiyotik yerine 5 antibiyotiğin kutulanması)	RG:04.03.2005 Sayı:25745
73.	17	Mart	Başbakanlık Genelgesi 2005/4: Sağlık Hizmetlerinin Etkili Sunumu	Emekli Sandığı, Bağ-kur ve SSK sigortalıların devlet hastanelerine gitmesi ve eczanelerden ilaç alması hakkında	RG:17.03.2005 Sayı:25758
74.	5	Temmuz	5372 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun, Devlet Memurları Kanunu ve Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ile Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararıyla Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun	Sağlık personelinin zorunlu hizmet yapması hakkında	RG:05.07.2005 Sayı: 25866
75.	5	Temmuz	Dokuzuncu Kalkınma Planı ile İlgili 2005/18 sayılı Başbakanlık Genelgesi	DPT Sağlık Özel İhtisas Komisyon Raporu hakkında	RG:05.07.2005 Sayı: 25866
76.	6	Temmuz	SB: Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik	Hizmet bölgeleri A-1 ve A-6 arası B-1 ve B-6 arasında sıralanmıştır.	RG:06.07.2005 Sayı: 25867
77.	9	Temmuz	2006-2008 Dönemi Yatırım Programı Hazırlıkları ile İlgili 2005/3 sayılı Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı Genelgesi	2006-2008 Dönemi Yatırım Programı Hazırlıkları, Kamu Yatırım politikası: Kamu altyapı yatırımlarının gerçekleştirilmesinde özel sektör katılımını içeren modellerden azami oranda yararlanılacaktır.	RG: 09.07.2005 Sayı: 25870
78.	13	Temmuz	5393 sayılı Belediye Kanunu	14.madde: Belediyeler sağlıkla ilgili her türlü tesisi açabilir ve işletebilir.	RG:13.07.2005 Sayı: 25874
79.	15	Temmuz	5396 Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun	Yapılmasının gerekli olduğuna Yüksek Planlama Kurulu tarafından karar verilen sağlık tesisleri, Sağlık Bakanlığınca verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya Hazineye ait taşınmazlar üzerinde	RG: 15.07.2005 Sayı: 25876

				ihale ile belirlenecek gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine kırk dokuz yılı geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılabilir.	
80.	10	Aralık	Sağlık Bakanlığı Sağlık Bakanlığı Sicil Amirleri Yönetmeliği		RG:10.12.2005 Sayı: 26019
81.	10	Aralık	Sağlık Bakanlığı Disiplin Amirleri Yönetmeliği		RG:10.12.2005 Sayı: 26019
82.	15	Aralık	Maliye Bakanlığı 2005 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı (Sıra No: 18) (Tedavi Yardımı)	Hastalara ilaç verilmesi ve fiyatlandırılması hakkında	RG:15.12.2005 Sayı: 26024
2006					
83.	20	Ocak	SB: Eczaneler Ve Eczane Hizmetleri Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Kamu binalarında eczane açılmayacağı hakkında	RG:20.01.2006 Sayı: 26055
84.	11	Mart	Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun İle 2006 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun	Döner sermaye hakkında	RG:11.03.2006 Sayı: 26105
85.	29	Nisan	Maliye Bakanlığı: Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği (Sıra No: 6)	Tedavi giderlerinin karşılanması ve sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılması hakkında	RG:29.04.2006 Sayı: 26153
86.	12	Mayıs	Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik	Sağlık personeline performans üzerinden ücret ödenmesi ve hesaplanması hakkında	RG:12.05.2006 Sayı: 26166
87.	26	Mayıs	DPT: Kamu İdarelerinde Stratejik Planlamaya İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik	Sağlık Bakanlığı 2009 yılına kadar stratejik plan hazırlamalı ve 2010–2014 için planını sunmalıdır.	RG:26.05.2006 Sayı: 26179
88.	31	Mayıs	Maliye Bakanlığı: Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği (Sıra No: 7)	5258 sayılı Kanun gereği aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde, aile hekimlerince verilen sağlık hizmetleri ile birinci basamak özel sağlık kuruluşlarınca verilen sağlık hizmetlerinin bedeli karşılanmayacaktır.	RG:31.05.2006 Sayı: 26184
89.	16	Haziran	5510 Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu	Genel Sağlık Sigortasına geçiş, Sağlık hizmetlerinden yararlanma şartları ve	RG:16.06.2006 Sayı: 26200

				katılım payı hakkında; Sevk zinciri dışına çıkanların katılım payı %50 artırılır.	
	15	Temmuz	Maliye Bakanlığı: 2007– 2009 Dönemi Bütçe Çağrısı	Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması hakkında	RG:15.07.2006 Sayı: 26229
	22	Temmuz	2006/10655 Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtılması ile Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik (Kamu-özel ortaklığına giden süreç)	Sağlık tesislerinin kamu özel ortaklığı ile yapılması hakkında Entegre sağlık kampusu,	RG:22.07.2006 Sayı: 26236
90.	28	Temmuz	SB: Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik		RG: 28.7.2006 Sayı: 26642
91.	8	Ağustos	2006/10779 Kuş Gribi ve İnsana Tesir Eden Salgına Karşı Hazırlık ve Mücadele Projesi'nin Kısmi Finansmanı İçin, Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası'ndan Kredi Sağlanması Amaçıyla, Ülkemiz ile Adı Geçen Banka Arasında İmzalanan Kredi Anlaşması ve Eki Mektupların Yürürlüğe Girmesi Hakkında Karar	Sağlık Bakanlığı ile Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı tarafından hazırlanan Kuş Gribi ve İnsana Tesir Eden Salgına Karşı Hazırlık ve Mücadele Projesi'nin kısmi finansmanı için 27.300.000 Avro	RG: 08.08. 2006 Sayı: 26253
92.	12	Ağustos	Türkiye Cumhuriyeti Ve Uluslararası İmar Ve Kalkınma Bankası Arasındaki 7 Temmuz 2006 Tarihli Kredi Anlaşması (Program Amaçlı Kamu Sektörü Kalkınma Politikası Kredisi) Kredi Numarası 7394-Tu	403 milyon Avro Program Kapsamında Yer Alan Eylemler: 1. (i) Emeklilik sisteminin uzun vadeli sürdürülebilirliğini temin edecek parametrik reform, ve (ii) tüm vatandaşların sağlık sigortasına erişimini sağlayacak genel sağlık sigortası sisteminin kurulmasını içeren Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun TBMM tarafından kabul edilmesi. 2. Mevcut üç sosyal güvenlik sistemini birleştirmek suretiyle sosyal güvenliğin idari boyutlarının yeniden şekillendirilmesini hedefleyen Sosyal Güvenlik Kurumu	RG:12.08.2006 Sayı:26257

				Kanunu'nun yürürlüğe girmesi.	
93.	20	Eylül	SB: Ayakta Teşhis Ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Tıp merkezlerinin kurulmasına izin veren yönetmelik	RG: 26.09.2006 Sayı: 26295
94.	21	Ekim	SB: Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Özel hastanelerin sınıflandırılması yatak sayıları hakkında	RG:21.10.2006 Sayı: 26326
95.	17	Kasım	Milletlerarası Andlaşma: 2006/11183 Avrupa Birliği Komisyonu İle Ülkemiz Arasında İmzalanan, "Topluluk Programlarına Ve Ajanslarına Katılım Projesine İlişkin Finansman Anlaşması'nın Onaylanması Hakkında Karar	—Bölgesel Kalkınma Programlarının hazırlanması —Sivil toplum örgütleri, yakın çevre dernekleri, sosyal sağlık ve eğitim hizmetleri gibi çeşitli yerel paydaşların katılımına çalışılacaktır. Proje, hizmet, yapım işi (inşaat) ve tedarik sözleşmeleriyle uygulanacaktır.	RG:17.11.2006 Sayı: 26349
96.	5	Aralık	SB: Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Aile hekimlerinin yer değiştirmesi hakkında	RG:05.12.2006 Sayı: 26367
97.	7	Aralık	SGK: Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Uygulanan "Medula" Sistemi Hakkında Tebliğ (Seri No: 1)	Sağlık hizmetlerinin elektronik ortama aktarılması hakkında	RG: 07.12.2006 Sayı: 26369
98.	30	Aralık	5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun Bazı Maddelerinin İptaline Dair Karar (E.No:2006/111)	Genel Sağlık Sigortası hakkında Anayasa Mahkemesi'nin iptal ve yürütmeyi durdurma kararı	RG: 30.12.2006 Sayı: 26392
2007					
99.	9	Ocak	SB: Tıbbi Cihaz Yönetmeliği	AB standartlarına uygun cihazların temini ve CE belgesinin zorunluluğu	RG:09.01.2007 Sayı: 26398
100.	9	Ocak	Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılması Hakkında Yönetmelik	İdari kurum olarak performans uygulanması; kurum olarak performansları yükselen hastanelere ek ödeme yapılması (riskli bölümler) Ameliyat, doğum gibi	RG:09.01.2007 Sayı: 26398
101.	15	Mart	SB: Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	İldeki acil sağlık hizmetlerinin koordinasyonundan Başhekimlik sorumludur.	RG:15.03.2007 Sayı: 26463
102.	21	Mart	BKK: 2007/11830 Esnaf Ve Sanatkarlar İle Diğer Bağımsız Çalışanlar		RG:21.03.2007 Sayı: 26469

			Sosyal Sigortalar Kurumundan Aylık Almakta Olanların Aylıklarından 1/1/2007 Tarihinden Geçerli Olmak Üzere 2007 Yılında % 10 Oranında Sağlık Sigortası Primi Kesilmesi Hakkında Karar		
103.	3	Nisan	Düzenleyici Etki Analizi Çalışmaları İle İlgili 2007/6 sayılı Başbakanlık Genelgesi	Sağlık politikası ilerleyen yıllarda DEA çerçevesinde başta Bakanlık olmak üzere idari kapasitenin geliştirilmesi yönünde çalışmalar yapılacaktır.	RG:03.04.2007 Sayı: 26482
104.	20	Mayıs	5655 sayılı Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun	2926 sayılı Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanununun 2007 yılında aynı Kanunun 33 üncü maddesine göre belirlenen gelir basamaklarından ilk altı basamakta bulunanlardan altıncı basamak gösterge tutarının, yedi ve daha yukarı basamaklarda bulunanlardan ise buldukları basamak gösterge tutarının % 20'si oranında sağlık sigortası primi tahsil edilir.	RG: 20.05.2007 Sayı: 26527
105.	25	Mayıs	Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği	Sağlık yardımları SGK tarafından karşılanan ve kapsam maddesinde tanımlanan kişilerin, sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılan tedavilerine ait ücretler ile tedavi yardımlarının verilmesine ilişkin esas ve usuller hakkında.	RG: 20.05.2007 Sayı: 26527
106.	25	Mayıs	Maliye Bakanlığı: Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği (Sıra No: 8)	Sevk işlemlerinin kaldırılması hakkında	RG: 25.05.2007 Sayı: 26532 Mükerrer
107.	26	Mayıs	Tedavi Ücretleri İle İlgili 2007/13 sayılı Başbakanlık Genelgesi	Sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engellerin kaldırılması hakkında	RG: 26.05.2007 Sayı: 26533
108.	9	Haziran	5683 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararıyla Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun	Sağlık Bakanlığı Ana Hizmet Birimine iki ana bölüm eklenmiştir. 1. İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı, 2. Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı	RG:09.06.2007 Sayı: 26547
109.	21	Haziran	BKK: 2007/12300 Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığınca Hazırlanan "Orta Vadeli	Kamu yatırımlarında rasyonelizasyona gidileceği Sağlık Sisteminin	RG:21.06.2007 Sayı: 26559

			Program (2008–2010)’ın Kabul Edilmesi Hakkında Karar	Geliştirilmesi Başlığı Sosyal Güvenlik Sisteminin Etkinliğinin Artırılması	
110.	22	Haziran	Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ	Bedeli ödenecek ilaçların kapsamında çıkarılması hakkında	RG:22.06.2007 Sayı: 26560
111.	25	Haziran	Sağlık Bakanlığınca Yapılacak Piyasa Gözetimi Ve Denetiminin Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik	Bakanlık bünyesinde Piyasa Gözetimi ve Denetimi Koordinasyon Komisyonu oluşturuldu.	RG:25.06.2007 Sayı: 26563
112.	25	Ağustos	Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılması Hakkında Yönetmelik	5. madde Ek ödeme, personelin kurum ve kuruluşa fiilen katkı sağladığı sürece verilebilir. Performans katsayısı hesaplanırken muayene sayısı hesaplanmaktadır.	RG:25.08.2007 Sayı: 26624
113.	7	Eylül	Başbakan Recep Tayyip Erdoğan Tarafından Türkiye Büyük Millet Meclisi’ne Sunulan 60 ıncı Hükümet Programı	SDP, Genel Sağlık Sigortası’ nı getirecek olan sosyal güvenlik reformu ile “yeşil kart” gibi uygulamaların son bulacağı belirtilmiştir.	RG:07.09.2007 Sayı: 26636
114.	27	Ekim	Milletlerarası Andlaşma: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Ve Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi Arasında İki Yıllık İşbirliği Anlaşması 2006/2007	DSÖ Avrupa Ofisi Sorumlu Birimi Bütçe: 456.000 Dolar Sağlık Politikası ve Eşitliği Programı Sağlık Sistemleri Finansman Programı	RG:27.10.2007 Sayı: 26683
2008					
115.	6	Ocak	Milletlerarası Andlaşma: 2007/12970 Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Ve Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi Arasında İmzalanan “İki Yıllık İşbirliği Anlaşması 2008/2009”Un Onaylanması Hakkında Karar	2008–2013 altı yıllık dönemi için DSÖ Avrupa Bölge Ofisi ve Türkiye arasında orta-dönem işbirliği çerçevesi hakkında Toplam tahmini bütçe 4.850.000 Amerikan Doları	RG:06.01.2008 Sayı:26748
116.	15	Şubat	SB: Ayakta Teşhis Ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik	Sağlık kuruluşlarının açılması hakkında	RG:15.02.2008 RG: 26788
117.	15	Şubat	SB: Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Özel hastane hekimleri en fazla iki özel sağlık kurum veya kuruluşunda çalışabilirler.	RG:15.02.2008 RG: 26788
118.	8	Mayıs	5754 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık sigortası kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun	5510 sayılı Kanun’un bazı maddelerinin Anayasa Mahkemesince iptal edilmesi sonrası bu	RG:08.05.2008 Sayı: 26870

			Hükümünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun	kanunla ilave edilen değişiklikler ile GSS' ye geçilmiş oldu.	
119.	15	Mayıs	SB: Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Yatak Ve Kadro Standartları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Toplum Sağlık Merkezi hakkında	RG:15.05.2008 Sayı: 26877
120.	4	Haziran	2008/13728 Kamu İdaresi Sağlık Hizmeti Sunucuları Dışındaki Vakıf Üniversiteleri Dahil Sözleşmeli Sağlık Hizmeti Sunucuları Tarafından, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca Belirlenen Sağlık Hizmetleri Bedeline Ek Olarak Alınabilecek İlave Ücretin Belirlenmesine İlişkin Kararın Yürürlüğe Konulması Hakkında Karar	Kamu idaresi sağlık hizmeti sunucuları dışındaki vakıf üniversiteleri dahil sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları tarafından, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen sağlık hizmetleri bedelinin en fazla % 30'una kadar ilave ücret alınabilir.	RG:04.06.2008 Sayı: 26896
121.	26	Haziran	Acil Sağlık Hizmetlerinin Sunumu İle İlgili Başbakanlık Genelgesi 2008/13	Özel hastanelerden acil sağlık hizmeti alanların hizmet bedelleri ise talep edilmesi hakkında	RG:26.06.2008 Sayı: 26918
122.	8	Temmuz	Maliye Bakanlığı Tebliğ 2009–2011 Dönemi Bütçe Çağrısı	Sağlık giderlerinde verimliliğin sağlanması için etkin kontrol ve denetim mekanizmalarının tesis edilmesi hakkında	RG:08.07.2008 Sayı: 26930 Mükerrer
123.	8	Temmuz	Yüksek Planlama Kurulu Orta Vadeli Mali Plan (2009 – 2011)	Mali Plan döneminde; koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılarak kalitesinin artırılması öncelikli hedefleri oluşturmaktadır.	RG:08.07.2008 Sayı: 26930 Mükerrer
124.	23	Temmuz	SB: Ayakta Teşhis Ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik		RG:23.07.2008 Sayı: 26945
125.	28	Ağustos	SB: Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği	Genel Sağlık Sigortası kapsamında olan kişiler, Katılım payı ve sevk zinciri hakkında	RG: 28.08.2008 Sayı: 26981
126.	29	Eylül	SGK Başkanlığı: 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği	Acil haller dışında aile hekimliğinden sevk alınmaksızın ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına yapılan müracaatlara ilişkin giderler Kurumca	RG: 29.10.2008 Sayı: 27012

				ödenmez. —1 Ocak 2009 tarihinden itibaren aile hekimliğine geçilen tüm illerde sevk zinciri uygulanacaktır.	
127.	31	Aralık	Avrupa Birliği Müktesebatının Üstlenilmesine İlişkin Türkiye Ulusal Programı	Bu belgede, sağlıkta özelleştirmelere devam edileceği, bunun Hükümet'in temel başlıklarından biri olduğu ve bu kapsamda sürdürülmekte olan SDP'nin tamamlanacağı belirtilmektedir.	RG: 31.12.2008 Sayı: 27097
2009					
128.	17	Ocak	BKK: Beşeri İlaçların Fiyatlandırılmasına Dair Kararda Değişiklik Yapılması Hakkında Karar	İlaç fiyatlarının kar oranları hakkında depocu ve eczacıların kar yüzdelerinin belirlenmesi hakkında	RG: 17.01.2009 Sayı: 27113
129.	17	Ocak	SGK: 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ	1 Temmuz 2009 tarihinden itibaren ilk müracaatın aile hekimliğine veya aile hekimliği dışında kalan diğer birinci basamak resmi sağlık kuruluşlarına yapılması zorunludur.	RG: 17.01.2009 Sayı: 27113
130.	20	Ocak	Maliye Bakanlığı: Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği (Sıra No: 4)	İlaç ve tedavi ücretlerinin düzenlenmesi hakkında	RG:20.01.2009 Sayı: 27116
131.	20	Ocak	Maliye Bakanlığı: Tedavi Katılım Payının Uygulanması Hakkında Tebliğ (Sıra No: 5)		RG:20.01.2009 Sayı: 27116
132.	29	Ocak	SGK: 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ	Resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılan muayenelerde reçete ile ilaç temini için başvuru kurumla sözleşmeli eczaneler tarafından, özel sağlık kurumlarında yapılan muayenelerde bu kurumlar tarafından kişilerden tahsil edilecektir.	RG:29.01.2009 Sayı: 27125
133.	7	Şubat	Maliye Bakanlığı: Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği (Sıra No: 8)	Özel hastanelerde yapılan ağız ve diş tedavilerinin ödenmeyeceğine dair tebliğ	RG: 07.02.2009 Sayı: 27134
134.	1	Mart	Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı: Emekliliğe Yönelik Taahhütte Bulunan Kuruluşların Aktüeryal Denetimi Hakkında Yönetmelik	Bireysel emeklilik hakkında	RG:01.03.2009 Sayı: 27156
135.	11	Mart	SB: Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Özel hastanelerde bulunması gereken bölümler ve doktorlar hakkında çalışma şartları ve fiziksel koşullar hakkında	RG:11.03.2009 Sayı: 27166

136.	11	Mart	SB: Ayakta Teşhis Ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Özel sağlık kuruluşlarının birleşmesi ve taşınması hakkında Özel sağlık sigortacılığı ve özel sağlık kuruluşlarının desteklenmesi hakkında	RG:11.03.2009 Sayı: 27166
137.	22	Nisan	SB: Beşeri Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Bakanlığın izin vermediği hiçbir tıbbi ürünün ruhsatlandırılmayacağı hakkında	RG:22.04.2009 Sayı: 27208
138.	24	Nisan	SB: Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılması Hakkında Yönetmelik	Hizmet puanlarının sağlık bölgeleri üzerinden performans esasına göre hesaplanması hakkında	RG:24.04.2009 Sayı: 27209
139.	30	Mayıs	SB: Beşeri Tıbbi Ürünler Ambalaj Ve Etiketleme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	İlaç takip sistemi için kupür ve karekod uygulaması hakkında	RG: 30.05.2009 Sayı: 27243
140.	19	Haziran	Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı: Sigorta Bilgi Merkezi Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Sigorta bilgilerinin bir merkezde toplanması ve ücret karşılığında verilmesi hakkında	RG: 19.06.2009 Sayı: 27263
141.	8	Temmuz	Milletlerarası Andlaşma: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Ve Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi Arasında İki Yıllık İşbirliği Anlaşması (2004–2005)’Nin Onaylanması	İşbirliği için öncelik alanları: Türkiye’nin sağlık reformları ile bağlantılı izleme ve değerlendirmenin güçlendirilmesi için Sağlık Bakanlığı Denetim kapasitesinin artırılması, Ulusal ilaç Politikasının geliştirilmesi ve uygulanması	RG:08.07.2009 Sayı: 27282
142.	20	Ağustos	Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı: Yatırımlarda Devlet Yardımları Hakkında Kararın Uygulanmasına İlişkin 2009/1 sayılı Tebliğ’de Değişiklik Yapılmasına İlişkin Tebliğ (Tebliğ No: 2009/2)	Büyük ölçekli bölgesel yatırımların teşvik kapsamı hakkında	RG:20.08.2009 Sayı: 27325
143.	29	Ağustos	Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı’ndan: Bireysel Emeklilik Aracıları Hakkında Yönetmelik	Bireysel emeklilik şirketleri ve görevlileri hakkında	RG: 29.08.2009 Sayı: 27334
144.	5	Eylül	Maliye Bakanlığı: Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği (Sıra No: 11)	Diş tedavisinin ödenmesi hakkında	RG: 05.09.2009 Sayı: 27340

145.	9	Eylül	Milletlerarası Andlaşma: Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığınca Yürütülecek Olan Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesinin Finansman İhtiyacının Karşlanması Amacıyla Uluslar arası İmar ve Kalkınma Bankasından Sağlanan Krediyeye Dair Anlaşma ve Mektupların Yürürlüğe Girmesi Hakkında Karar Kredi Numarası 7717-TU	Kredi tutarı: 56.100.000 Avro Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi	RG:09.09.2009 Sayı: 27344
146.	16	Eylül	BKK 2009/1540 Orta Vadeli Program (2009–2011)’ın Kabul Edilmesi Hakkında Karar	2010 yılında SGK Başkanlığı koordinasyonunda, toplamda maliyet artışına yol açmadan Sağlık Uygulama Tebliğinde yer alan fiyatlar gerçek maliyetlere göre güncellenecek ve teşhise dayalı fiyatlandırma sistemi yaygınlaştırılacaktır.	RG:16.09.2009 Sayı: 27351 Mükerrer
147.	18	Eylül	Maliye Bakanlığı: Tedavi Katılım Payının Uygulanması Hakkında Tebliğ (Sıra No: 12)	Ayakta tedavide hekim ve dış hekimi muayenesinde katılım payı alınması hakkında	RG: 18.09.2009 Sayı: 27353
148.	18	Eylül	DPT: 2010–2012 Dönemi Yatırım Programı Hazırlıkları İle İlgili Genelge (No:2009/1)	Kamu kaynaklarının kısıtlı olduğu gerçeği de göz önünde bulundurularak, kamu altyapı yatırımlarının gerçekleştirilmesinde Kamu-Özel İşbirliği modellerinin kullanımı yaygınlaştırılacaktır.	RG: 18.09.2009 Sayı: 27353
149.	4	Aralık	Başbakanlık: Katılım Öncesi AB’den Sağlanacak Fonların Yönetimi ile İlgili Genelge (No:2009/18)	Katılım Öncesi Yardım Aracı kapsamında Türkiye’ye sağlanan fonlar hakkında	RG:04.12.2009 Sayı: 27422
150.	8	Aralık	BKK: 2009/15627 Kamu İdaresi Sağlık Hizmeti Sunucuları Dışındaki Vakıf Üniversiteleri Dahil Sözleşmeli Sağlık Hizmeti Sunucuları Tarafından, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca Belirlenen Sağlık Hizmetleri Bedeline Ek Olarak Alınabilecek İlave Ücretin Belirlenmesine İlişkin Karar	Fiyatlandırma hakkında: Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen sağlık hizmetleri bedelinin en fazla % 70’ine kadar ilave ücret alabilirler.	RG: 08.12.2009 Sayı: 27426 Mükerrer

151.	18	Aralık	SGK: Kamu Personelinin Genel Sağlık Sigortası Kapsamına Alınması Hakkında Tebliğ		RG: 18.12.2009 Sayı: 27436
152.	31	Aralık	Maliye Bakanlığı: Kamu Personelinin Sağlık Hizmetlerinin Sosyal Güvenlik Kurumuna Devrine İlişkin Tebliğ		RG:31.12.2009 Sayı: 27449 Mükerrer
153.	31	Aralık	SB: Ayakta Teşhis Ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Tıp merkezlerinin zorunlu tıbbi birimleri hakkında	RG:31.12.2009 Sayı: 27449 Mükerrer
2010					
154.	30	Ocak	5947 sayılı Üniversite Ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına Ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun		RG:30.01.2010 Sayı: 27478
155.	10	Mart	SB: Ayakta Teşhis Ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Tıp merkezlerinden poliklinik veya hastane geçişleri hakkında	RG:10.03.2010 Sayı: 27517
156.	25	Mart	SGK: Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu Kararı	İlaçların yurtdışı fiyatlarına göre güncellenmesi hakkında	RG:25.03.2010 Sayı: 27532 Mükerrer
157.	25	Mart	SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği	Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için ilaç bedelinin Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için %10'u, diğer kişiler için %20'si oranında katılım payı alınır.	RG:25.03.2010 Sayı: 27532 Mükerrer
158.	12	Mayıs	SGK: Sosyal Sigorta İşlemleri Yönetmeliği	Madde 8: Kurum, sosyal sigorta kayıtlarında tutulan bilgileri işveren, sigortalı, hak sahibi ve diğer ilgili kişi ve kuruluşların kullanımına açabilir.	RG:12.05.2010 Sayı: 27579
159.	22	Mayıs	Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtırılması İle Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet Ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Kamu Özel Ortaklığı modeli hakkında	RG:22.05.2010 Sayı: 27588
160.	24	Mayıs	SB: Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Özel hastanelerin ek bina ve hastanelere fiziksel yatırım yapması hakkında	RG: 24.05.2010 Sayı: 27590
161.	25	Mayıs	SB: Aile Hekimliği	Tüm ilerde Aile Hekimi	RG: 25.05.2010

			Uygulama Yönetmeliği	uygulanması başlamıştır.	Sayı: 27591
162.	3	Haziran	SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ	Aile hekimliği muayene ücretleri de kapsamdan çıkarılmıştır.	RG: 03.06.2010 Sayı: 27600
163.	24	Haziran	5998 sayılı Belediye Kanununda Değişiklik Yapılmasına İlişkin Kanun	Kentsel dönüşüm ve gelişim alanları içinde yer alan eğitim ve sağlık alanları hariç kamuya ait gayrimenkuller harca esas değer üzerinden belediyelere devredilir. Kentsel dönüşüm ve gelişim proje alanlarında yıkılarak yeniden yapılacak münferit yapılarda ilgili vergi, resim ve harçların dörtte biri alınır.	RG: 24.06.2010 Sayı: 27621
164.	25	Haziran	SB: Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Yatak Ve Kadro Standartları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Yeni açılacak, birleştirilecek ve kapatılacak kurum ve kuruluşlar hakkında	RG: 25.06.2010 Sayı: 27622
165.	31	Haziran	Sağlık Bakanlığı Tarafından, 4734 sayılı Kamu İhale Kanununun 3 üncü Maddesinin (f) Bendi Kapsamında Yapılacak İhalelere İlişkin Esaslar Hakkında Karar	Sağlık hizmetlerinde Kamu İhale Kanunu'nun uygulanması hakkında	RG: 31.06.2010 Sayı: 27658
166.	10	Ekim	BKK 2010/958 Orta Vadeli Program (2011–2013) kabulü hakkındaki karar	Sağlık Bakanlığı düzenleme, planlama ve denetleme rolü güçlendirilecek şekilde yeniden yapılandırılacaktır.	RG:10.10.2010 Sayı:27725
167.	30	Kasım	Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesel Ofisi ile Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti Arasında Türkiye'de Bir DSÖ Ülke Ofisi Kurulması Üzerine Anlaşmanın Onaylanmasının Uygun Bulduğuna Dair Kanun		RG: 30.11.2010 Sayı: 27771
2011					
168.	14	Ocak	SB: Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Kamudan özel hastaneye geçiş yapan sağlık çalışanları ve özel hastanelerin birleşmesi ve taşınması hakkında	RG:14.01.2011 Sayı: 27815
169.	18	Şubat	SB: Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesisleri Ve Üniversitelere Ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı Ve İşbirliği Usul Ve Esasları	Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşları ile üniversitelerin ilgili birimlerinin birlikte kullanımına ve iş birliği	RG:18.02.2011 Sayı: 27850

			Hakkında Yönetmelik	hakkında	
170.	22	Şubat	BKK: 2911/1397 Sağlık Bakanlığı İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı Bünyesinde 12 Adet Şube Müdürlüğü Kurulması Hakkında Karar		RG:22.02.2011 Sayı: 27854
171.	25	Şubat	Milletlerarası Andlaşma BKK: 2011/1412 Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesel Ofisi ile Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti Arasında Türkiye’de Bir DSÖ Ülke Ofisi Kurulması Üzerine Anlaşma’nın Onaylanması Hakkında Karar	15 Şubat 2008 tarihinde Kopenhag’da imzalanan ve 9/11/2010 tarihli ve 6059 sayılı Kanunla onaylanması uygun bulunan ekli “Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesel Ofisi ile Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti Arasında Türkiye’de Bir DSÖ Ülke Ofisi Kurulması Üzerine Anlaşma”nın onaylanması 1998 itibariyle kurulan DSÖ Ankara irtibat ofisi ülke ofisine dönüştürülmüştür.	RG: 25.02.2011 Sayı: 27857
172.	11	Mart	SB: Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Aile Hekimlikleri fiziksel koşulları itibariyle ABCD gibi gruplara ayrılmıştır.	RG:11.03.2011 Sayı:27871
173.	6	Nisan	SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ	Reçete edilen ilaçların miktarı ve süresine bağlı olarak ödenmesi ve bazı ilaçların isminin yönetmelikte değiştirilmesi hakkında	RG:06.04.2011 Sayı: 27897
174.	7	Nisan	SB: Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Özel hastanelerin devri ve doktorlarının aynı anda başka sağlık kurumlarında çalışmasının yatak kapasitesine göre belirlenmesi hakkında	RG:07.04.2011 Sayı: 27898
175.	7	Nisan	SB: Ayakta Teşhis Ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına	Özel hastanelerin el değiştirmesinin hakkında Bakanlık kendinin tahsis ettiği kadroların hastane birleşmeleri dışında devredilemeyeceğini belirtmiştir.	RG:07.04.2011 Sayı: 27898
176.	24	Nisan	SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ	SGK tarafından karşılanan ilaçlardan bazılarının yurtdışı fiyatına göre değiştirilmesi	RG:24.04.2011 Sayı: 27911
177.	26	Nisan	6225 sayılı Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun	Sağlık hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı modelinin uygulanması hakkında	RG:26.04.2011 Sayı: 27916
178.	3	Mayıs	6223 sayılı Kamu Hizmetlerinin Düzenli, Etkin Ve Verimli Bir	Sağlık Bakanlığı’nı yeniden yapılandıran 663 sayılı KHK’nin dayanağı	RG: 03.05.2011 Sayı: 27923

			Şekilde Yürütülmesini Sağlamak Üzere Kamu Kurum Ve Kuruluşlarının Teşkilat, Görev Ve Yetkileri İle Kamu Görevlilerine İlişkin Konularda Yetki Kanunu		
179.	8	Haziran	634 sayılı KHK Avrupa Birliği Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname	Teşkilatı içinde dikkat çeken ise bölgesel ve ekonomik birimlerin yer almasıdır. Sosyal, Bölgesel Yenilikçi Politikalar Başkanlığı; Sektörel Politikalar Başkanlığı gibi birimler kurulmuştur.	RG: 08.06.2011 Sayı: 27958 Mükerrer
180.	8	Haziran	636 sayılı KHK Çevre, Orman ve Şehircilik Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname	Bakanlık teşkilatında dikkat çeken birim İmar Planlama Genel Müdürlüğü'dür. Bu birimin görevleri ise: Talep edilmesi ve uygun görülmesi halinde, özel bütçeli idareler ve düzenleyici ve denetleyici kurumlar ile sosyal güvenlik kurumlarının yatırım programında bulunan bina ve tesislerin proje, maliyet hesabı ve inşaatlarını yapmak veya yaptırmak, onaylamak veya onaylanmasını sağlamak.	RG: 08.06.2011 Sayı: 27958 Mükerrer
181.	1	Temmuz	Tek Sağlık Stratejisi Planlaması ve Ekonomik Analizi İçin Kurumsal Kapasite Güçlendirme Projesi ile ilgili IDF Hibesi <i>IDF Hibe No. TF098646</i>	Kurumsal Kalkınma Fonu (IDF) 480.000 Dolar	RG: 01.07.2011 Sayı: 27981.
182.	1	Temmuz	BKK 2011/2011 Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtılması İle Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet Ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılması Hakkında Yönetmelik	Kira oranlarının düzenlenmesi hakkında	RG: 01.07.2011 Sayı: 27981
183.	1	Temmuz	SB: Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Devlet Tarafından Karşılanması Ve Yeşil Kart Uygulaması Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına	Yeşil kart sahiplerinin tedavisi ve sevk işlemleri hakkında	RG: 01.07.2011 Sayı: 27981

			Dair Yönetmelik		
184.	4	Temmuz	644 sayılı KHK Çevre ve Şehircilik Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname	21/6/2006 tarihli ve 5523 sayılı Türkiye Yatırım Destek ve Tanıtım Ajansı Kurulması Hakkında Kanunun 7'nci maddesinin birinci fıkrasına aşağıdaki bentler ve aynı maddeye aşağıdakiler eklenmiştir. 1.Kalkınma Ajanslarıyla İşbirliği Daire Başkanlığı. 2.Kamu-Özel Sektör İşbirliği Daire Başkanlığı. Kamu-Özel Sektör İşbirliği Daire Başkanlığının görevleri hakkında	RG: 04.07.2011 Sayı: 27984 Mükerrer
185.	5	Temmuz	BKK 2011/1971 Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesel Ofisi ile Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti Arasında Türkiye'de Bir DSÖ Ülke Ofisi Kurulması Üzerine Anlaşma'nın Süresinin 15 Şubat 2011 Tarihinden İtibaren 1 Yıl Uzatılmasına İlişkin Notaların Onaylanması Hakkında Karar		RG:05.07.2011 Sayı: 27985 Mükerrer
186.	17	Temmuz	Bakanlar Kurulu Hakkında Yapılan Güven oylamasına İlişkin Karar ve Eki 61 inci Hükümet Programı	Sağlık turizmi ve sağlık hizmet bölgeleri hakkında	RG:17.07.2011 Sayı: 27997
187.	3	Ağustos	SB: Ayakta Teşhis Ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Sağlık Turizmüne yönelik gelişmeler: Konaklama tesislerinde kurulacak sağlık tesislerine yönelik izinler ve fiziksel şartlar hakkında	RG:03.08.2011 Sayı: 28014
188.	17	Ağustos	648 sayılı KHK Çevre ve Şehircilik Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Hükmünde Kararname	Plan ve projelerin imarı hakkında	RG:17.08.2011 Sayı: 28028
189.	26	Ağustos	SB: Beşerî Tıbbi Ürünlerin Tanıtım Faaliyetleri Hakkında Yönetmelik	Avrupa Birliğinin 2001/83/EC sayılı direktifine paralel olarak hazırlanmış tıbbi ürünlerin akılcı kullanımını temin etmeye yönelik	RG:26.08.2011 Sayı: 28037
190.	28	Eylül	SB: Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Kamu görevi olan ve/veya kanunen mesleğini serbest icra etme hakkı bulunmayan tabip ve tabip	RG: 28.09.2011 Sayı: 28068

				dışı personelin özel hastanede çalıştırılması durumunda Müdürlükçe, denetim formunda öngörülen sürelerde özel hastanenin faaliyeti geçici olarak durdurulur ve Bakanlığa bildirilir.	
191.	28	Eylül	SB: Ayakta Teşhis Ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Bakanlığın izin verdiği haller dışında personel istihdam edilmesi halinde uygulanacak yaptırımlar hakkında	RG: 28.09.2011 Sayı: 28068
192.	13	Ekim	BKK 2011/2302 Orta Vadeli Program (2012–2014)’ın Kabul Edilmesi Hakkında Karar	Sağlık hizmetleri ve harcamalarında etkinliğin sağlanması amacıyla; sağlık hizmetlerinin kalitesinden ödün verilmeksizin, gereksiz ilaç ve hizmet kullanımını önlemek üzere ilaç ve tedavi harcamaları daha akılcı hale getirilecektir Sağlık politikasının temel amacı; vatandaşların yaşam kalitesini ve süresini artırarak ekonomik ve sosyal hayata katılımlarının güçlendirilmesidir. Bu çerçevede;	RG:13.10.2011 Sayı: 28083 Mükerrer
193.	13	Ekim	Kalkınma Bakanlığı 2012–2014 Dönemi Yatırım Programı Hazırlıkları ile İlgili 2011/2 sayılı Kalkınma Bakanlığı Genelgesi	Kamu-Özel İşbirliği yöntemlerinin daha da yaygınlaştırılmasıyla kamu altyapı yatırımlarında özel sektörün katılımını sağlayan uygulamalara ağırlık verilmeye devam edilecektir.	RG:13.10.2011 Sayı: 28083 Mükerrer
194.	30	Ekim	SB: Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Özel hastanelerin eczane kurması hakkında değişiklik madde2: 23/9/2010 tarihinden önce ruhsatlandırılmış özel hastanelerden eczanesi bulunmayanlar, 31/12/2014 tarihine kadar 27 nci maddeye göre eczane kurar.	RG: 30.10.2011 Sayı: 28100
195.	2	Kasım	663 sayılı KHK Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (aynı gün ÇSGB KHK)	Sağlık Bakanlığı örgütlenmesini değiştiren KHK hakkında	RG: 02.11.2011 Sayı: 28103 Mükerrer
196.	5	Kasım	SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ	Sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılması hakkında	RG:05.11.2011 Sayı: 28106

197.	10	Aralık	Anayasa Mahkemesi Kararı: (E.No:2004/85) 5220 sayılı Kanun'la 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na Eklene Ek 2. Maddenin Birinci Fıkrasında Yer Alan İbarenin Anayasa'ya Aykırı Olduğuna ve İptaline Dair Karar	3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa eklenen Ek Madde 2'nin birinci fıkrası iptal edilmiştir. Ek 2.madde: Sağlık Bakanlığına tahsisli Hazine mülkiyetindeki taşınmazlar ile Sağlık Bakanlığı kullanımında bulunan diğer taşınmazlardan gerekli görülenlerin mülkiyetinin Hazineye bedelsiz devrinden sonra, Sağlık Bakanlığı ile mutabık kalınarak tahsisleri kaldırmaya ve 1050 sayılı Muhasebeyi Umumiye Kanununun 24 üncü maddesine bağlı olmaksızın satmaya Maliye Bakanı yetkilidir.	RG: 10.12.2011 Sayı: 28138
198.	28	Aralık	BKK 2011/2512 Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Gelir Tespiti, Tescil Ve İzleme Sürecine İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Yönetmelik	Genel sağlık sigortası yükümlülerinin gelir tespitinin yapılması ve tesciline ilişkin usul ve esaslar hakkında	RG:28.12.2011 Sayı: 28156
2012					
199.	4	Ocak	SB: Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı İdari Ve Hizmet Birimleri Kadro Standartları Yönetmeliği	Acil sağlık hizmeti: Acil sağlık hizmetleri il ve ilçe sağlık müdürlükleri tarafından yürütülür.	RG: 04.01.2012 Sayı: 28163
200.	11	Ocak	Genel Sağlık Sigortalısı Gelir Tespiti İşlemleri ile İlgili 2012/4 sayılı Başbakanlık Genelgesi	Genel sağlık sigortası kapsamında gelir tespiti ve gelir testi işlemleri, 3294 sayılı Kanuna göre kurulan Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları (Vakıf) tarafından yürütülecektir.	RG: 11.01.2012 Sayı: 28170
201.	29	Şubat	SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ	Madde 6'da değişiklik: Ayakta Tedavide Sağlanan İlaçlar İçin Katılım Payı hakkında	RG:29.02.2012 Sayı:28219
202.	17	Mart	BKK 2012/2939 Kamu İdaresi Sağlık Hizmeti Sunucuları Dışındaki Vakıf Üniversiteleri Dahil Sözleşmeli Sağlık Hizmeti Sunucuları Tarafından Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca Belirlenen Sağlık Hizmetleri Bedeline Ek Olarak Alınabilecek İlave Ücretin Belirlenmesine İlişkin	16/11/2009 tarihli ve 2009/15627 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan Kamu idaresi sağlık hizmeti sunucuları dışındaki vakıf üniversiteleri dahil sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları tarafından, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen sağlık hizmetleri bedeline ek olarak <i>alınabilecek</i>	RG:17.03.2012 Sayı: 28236

			Kararda Değişiklik Yapılmasına Dair Karar	<i>ilave ücretin</i> belirlenmesine ilişkin Kararın 1 inci maddesinin birinci fıkrasında yer alan “% 70’ine” ibaresi “% 90’ına” olarak değiştirilmiştir.	
203.	2	Mayıs	SGK: Genel Sağlık Sigortası Geçiş Süresinin Tamamlanması Ve Kurumların Sağlık Yardımlarının Sosyal Güvenlik Kurumuna Devir İşlemlerine İlişkin Tebliğ	GSS’ ye geçiş sonrası yeşil kart uygulamasının kaldırılması prim ödemesinin tescili (belirlenen duruma göre devlet tarafından karşılanması)	RG:02.05.2012 Sayı: 28280
204.	27	Mayıs	SB: Ayakta Teşhis Ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Madde2’de değişiklik: Özel tıp merkezlerinin satışı ve devri sonrası burada çalışan personel kadrolarını devri bakanlıkça sınırlandırılmıştır. Tıp merkezleri, kadro devralma yoluyla Bakanlıkça belirlenen uzman kadrolarının %25’ine kadar ek kadro devralabilir. Ancak kuruluş birleşmelerinde bu oran dikkate alınmaz.	RG: 27.05.2012 Sayı: 28305
205.	5	Haziran	Onuncu Kalkınma Planı Hazırlıkları ile İlgili 2012/14 sayılı Başbakanlık Genelgesi	Küresel ölçekte yeni üretim ve tüketim bölgelerinin oluştuğu bir süreçte, Planın hazırlık çalışmaları, ülkemizin bu süreçten kazançlı çıkması için gerekli strateji ve politikaların tespit edilmesi açısından önemli bir fırsattır. Onuncu Kalkınma Planı hazırlık çalışmaları kapsamında hazırlık sürecinde oluşturulan komisyonlardan biri de Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik ve Mali Sürdürülebilirlik komisyonudur.	RG: 05.06.2012 Sayı: 28314
206.	19	Haziran	BKK 2012/3305 Yatırımlarda Devlet Yardımları Hakkında Karar	maddel7’de: Sağlık Bakanlığı’ndan alınacak proje onayına istinaden gerçekleştirilecek asgari yirmi milyon Türk Lirası tutarındaki biyo teknolojik ilaç, onkoloji ilaçları ve kan ürünleri üretimine yönelik yatırımlar devlet teşviki kapsamında öncelikli yatırım konuları arasında yer almaktadır.	RG:19.06.2012 Sayı: 28378

207.	11	Temmuz	ÇSGB: Genel Sağlık Sigortası Verilerinin Güvenliği Ve Paylaşımına İlişkin Yönetmelik	Sosyal Güvenlik Kurumu ve sözleşmeli sağlık hizmet sunucularına ait bilgi işlem veri tabanındaki sağlık verilerinin korunması ile güvenliğinin sağlanması ve paylaşılmasına ilişkin usul ve esaslar hakkında	RG:11.07.2012 Sayı: 28350
208.	12	Temmuz	6553 sayılı Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun	Yatırımlarda oluşabilecek riskleri kamu idaresinin üstlenmesi hakkında	RG:12.07.2012 Sayı: 28351
209.	12	Temmuz	6354 sayılı Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun	Madde 12: Aile Hekimlerine nöbet verilmesi hakkında Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatı personeline yönelik düzenlemeler: Madde 25: 663 sayılı KHK yürürlüğe girdikten sonra il sağlık müdürlüklerinde çalışanların araştırmacı kadrosuna çekilmesi hakkında (ek ödemelerden yararlandırılması)	RG:12.07.2012 Sayı: 28351
210.	9	Eylül	BKK: 2012/3616 Sosyal Sigortalar Kurumu (Devredilen) Tarafından Sağlık Bakanlığına Devredilen Taşınır, Taşınmaz ve Taşıtların Bedellerinin Hazine Tarafından Karşılanmasına Dair Karar		RG: 09.09.2012 Sayı: 28406
211.	11	Eylül	Milletlerarası Andlaşma BKK: 2012/3617 Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ile Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı Arasında UNDP-İstanbul Uluslararası Kalkınmada Özel Sektör Merkezinin (IICPSD) Kuruluşu ile İlgili Anlaşma'nın Onaylanması Hakkında Karar	Kamu özel sektör işbirliğinin geliştirilmesi, Özel sektöre yatırım alanları teşviki sağlanması, Kalkınmada özel sektör kurum fonuna yapılacak aktarmalar hakkında Fon tutarı 3 milyon dolar	RG: 11.09.2012 Sayı: 28408
212.	29	Eylül	SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ	SGK sağlık uygulama tebliğinin 2010 yılındaki biçimine eklenen madde ile üniversite hastanelerinin muayene katkı paylarını kendilerinin belirlemelerine izin verilmiştir. 3.2.1. numaralı maddesinin birinci fıkrasında yer alan "İkinci ve üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti	RG: 29.09.2012 Sayı: 28426

				sunucularında... 5 TL” ibaresinden sonra gelmek üzere aşağıdaki cümle eklenmiştir.	
213.	3	Ekim	BKK 2012/3690 Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığının Taşra Teşkilatı Bünyesinde 505 Adet Şube Müdürlüğü Kurulması Hakkında Karar		RG:03.10.2012 Sayı: 28430
214.	9	Ekim	2013–2015 Dönemi Yatırım Programı Hazırlıkları ile İlgili 2012/1 Sayılı Kalkınma Bakanlığı Genelgesi	Kamu harcamalarında kalkınma potansiyelini destekleyici mahiyette olan sosyal amaçlı alanlara ve altyapı yatırımlarına öncelik verilecektir.	RG:09.10.2012 Sayı: 28436 Mükerrer
215.	9	Ekim	Orta Vadeli Program’ın (2013–2015) Kabul Edilmesi Hakkında Karar	İlaçların etkin ve bilinçli kullanımını sağlamak amacıyla sağlık hizmet sunucularına ve vatandaşlara yönelik bilgilendirme faaliyetleri ve bu alandaki denetimler artırılacaktır.	RG:09.10.2012 Sayı: 28436 Mükerrer
216.	13	Ekim	BKK 2012/3802 Yatırımlarda Devlet Yardımları Hakkında Kararda Değişiklik Yapılmasına Dair Karar	Bölgesel teşvik için büyük ölçekli yatırımlar ifadesine yer verilmiş işverenin ödeyeceği sigorta primleri hakkında destekler açıklanmıştır.	RG:13.10.2012 Sayı: 28440
217.	23	Ekim	18/10/2012 Tarihli ve 28445 sayılı Resmî Gazete’de Yayımlanan 4/10/2012 Tarihli ve 2012/3839 sayılı 2013 Yılı Programının Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair Bakanlar Kurulu Kararı Eki 2013 Yılı Programı	Kamu Özel İşbirliği Uygulamaları Başlığı Son 3 yıllık süreç içerisinde ise 19 projeye YPK’den en fazla yetki alan sektör, entegre sağlık kampüsleri inşasıyla hizmetlerin daha modern şekilde sunulması amaçlanan sağlık sektörüdür.	RG:13.10.2012 Sayı: 28450 Mükerrer
218.	9	Kasım	Başbakanlık (Hazine Müsteşarlığı): Bireysel Emeklilik Sistemi Hakkında Yönetmelik	Kişilerin bireysel emeklilik sistemine girmesine, emeklilik sözleşmesinin düzenlenmesinden sona ermesine kadar geçen süreçte emeklilik sözleşmesine taraf olanların hak ve yükümlülüklerine ve bireysel emeklilik sisteminin işleyişine ilişkin esas ve usuller hakkında	RG:09.11.2012 Sayı: 28462
219.	15	Kasım	SB: Sağlık Bakanlığı Bağlı Kuruluşları Hizmet Birimlerinin Görevleri İle Çalışma Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Bakanlık bağlı kuruluşlarının taşra teşkilatının Bakanlık, vali ve kaymakam ile ilgili ilişkilerini düzenleyen yönetmelik (hiyerarşi)	RG: 15.11.2012 Sayı: 28468

220.	30	Kasım	SB: Sağlık Hizmetleri Lisans Yönetmeliği	Özel sağlık kuruluşlarının açılabilmesi için gerekli şartlar sağlandıktan sonra ihale yapılarak açık artırma usulü ile sağlık lisans belgesi alınmaktadır.	RG: 30.11.2012 Sayı: 28483
221.	5	Aralık	3996 sayılı Bazı Yatırım Ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapıtılması Hakkında Kanunun Uygulama Usul Ve Esaslarına İlişkin Kararda Değişiklik Yapılmasına Dair Karar	Yatırımı yapan özel ya da kamu kuruluşunun sözleşmeyi önceden fesh etmesi ve taşınmazın karşı tarafa devri durumunda Hazine Müsteşarlığı'nın teminat kapsamında temsilci olarak gösterilmesi	RG: 05.12.2012 Sayı: 28488
222.	6	Aralık	6360 sayılı On Üç İlde Büyükşehir Belediyesi Ve Yirmi Altı İlçe Kurulması İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun	Büyükşehir sayısı yirmi dokuza çıkmış Büyükşehir belediye sınırları il sınırlarına eşitlenmiştir. Büyükşehirlerde il özel idareleri kaldırılırken Yatırım İzleme ve Koordinasyon Başkanlığı kurulmuştur. (kamu yatırımlarının merkezi idare tarafından planlanması) Madde33: Tüm acil çağrıları karşılamak üzere büyükşehirlerde yatırım izleme ve koordinasyon başkanlığı bünyesinde, diğer illerde ise valilikler bünyesinde 112 acil çağrı merkezleri kurulur. Bu merkezlerin iş ve işlemleri İçişleri Bakanlığı tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.	RG:06.12.2012 Sayı: 28489
2013					
223.	25	Ocak	Bakanların İstifası ve Atanmasına Dair İşlem İdris Naim ŞAHİN'den Boşalan İçişleri Bakanlığına, Mardin Milletvekili Muammer GÜLER'in, Ertuğrul GÜNAY'dan Boşalan Kültür ve Turizm Bakanlığına, Adana Milletvekili Ömer ÇELİK'in, Ömer DİNÇER'den Boşalan Milli Eğitim Bakanlığına, Eskişehir Milletvekili Prof. Dr. Nabi AVCI'nın, Recep AKDAĞ'dan Boşalan Sağlık Bakanlığına,	Sağlık Bakanlığı'na Mehmet Müezzinoğlu'nun getirilmesi	RG: 25.01.2013 Sayı: 28539

			Edirne Milletvekili Mehmet MÜEZZİNOĞLU'nun Atanmalarına Dair Tezkere		
224.	9	Mart	6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli İle Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi Ve Hizmet Alınması İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun	Kamu Özel Ortaklığı modeli hakkında Sözleşmede belirtilen sabit yatırım dönemi hariç otuz yılı geçmemek üzere bağımsız ve sürekli nitelikte üst hakkı tesis edilmek suretiyle yaptırılması, mevcut tesislerin yenilenmesinin sağlanması	RG: 09.03.2013 Sayı: 28582
225.	29	Mayıs	6486 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun	Üniversite hastanelerinde çalışan öğretim üyelerinin mesai saatleri dışında sağlık hizmeti verebilmeleri ve bunlara ilişkin ücretlerin belirlenmesi	RG:29.05.2013 Sayı: 28661
226.	6	Temmuz	TBMM 1041 Nolu Karar Onuncu Kalkınma Planının (2014–2018) Onaylandığına İlişkin Karar	Ülkemizin eğitim ve sağlık alanlarında çekim merkezi haline gelmesi uluslararası hareketlilikten azami ölçüde faydalanmasına imkân verebilecektir. Sağlık alanında diğer ülkelere hizmet verebilmek sağlık turizmi açısından önemli görülmektedir.	RG: 06.07.2013 Sayı: 28699 Mükerrer
227.	11	Temmuz	SB: Ayakta Teşhis Ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Ayakta teşhis ve tedavi hizmeti sunulan ve özel sağlık kuruluşu olarak tanımlanan A Tipi, B Tipi ve C Tipi tıp merkezleri, A ve B tipi poliklinikleri, laboratuvar, müessese ve muayenehaneler ile bu kuruluşların işletenleri hakkında	RG:11.07.2013 Sayı: 28704
228.	11	Temmuz	SB: Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Özel hastanelerin kadro ve devir işlemleri hakkında, Konaklama tesislerinde sağlık ünitesi kurulmasının zorunlu olması: Beş yüz yataktan fazla yatağa sahip Kültür ve Turizm Bakanlığından belgeli konaklama tesislerinde, sağlık ünitesi kurulması zorunludur.	RG:11.07.2013 Sayı: 28704
229.	16	Temmuz	SB: Yabancı Sağlık Meslek Mensuplarının Türkiye'de Özel Sağlık Kuruluşlarında Çalışma Usul Ve Esaslarına Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Yabancı Sağlık Meslek Mensuplarının Türkiye'de Özel Sağlık Kuruluşlarında Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönetmeliğe ek olarak Türkçe bilme şartı getirilmiştir.	RG: 16.07.2013 Sayı: 28709

230.	19	Temmuz	SB: Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Aile Hekimlerinin nöbet tutması hakkında	RG: 19.07.2013 Sayı: 28712
231.	30	Temmuz	Milletlerarası Andlaşma BKK 2013/5129 Dünya Sağlık Örgütü 63 üncü Avrupa Bölge Komitesi Toplantısının Türkiye’de Düzenlenmesine İlişkin Türkiye Hükümeti ve Dünya Sağlık Örgütü Arasında Anlaşmanın Onaylanması Hakkında Karar		RG: 30.07.2013 Sayı: 28723
232.	1	Ağustos	SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ	İlaç ve muayene ücretlerinin güncellenmesi hakkında	RG: 01.08.2013 Sayı: 28725
233.	6	Ağustos	SB: Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi Ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik	Hasta güvenliği, çalışan güvenliği, hasta memnuniyeti ve çalışan memnuniyetini esas alan sağlık hizmet kalite standartları ile bu standartların uygulanmasına ilişkin usul ve esaslar hakkında	RG: 06.08.2013 Sayı: 28730
234.	26	Eylül	SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ	Özel polikliniklerce ve ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sağlık kuruluşlarınca verilen sağlık hizmetleri ve düzenlenen reçete bedelleri Kurumca karşılanmaz.	RG: 26.09.2012 Sayı: 28777
235.	3	Ekim	SB: Sağlık Bakanlığı Denetim Hizmetleri Başkanlığı Yönetmeliği	Denetim Hizmetleri Başkanlığının ve sağlık denetçilerinin görev, yetki ve sorumlulukları ile denetim faaliyetleri, sağlık denetçi yardımcılarının giriş sınavı, mesleğe alınmaları, yetiştirilmeleri hakkında	RG: 03.10.2013 Sayı: 28784
236.	8	Ekim	BKK 2013/5444 Orta Vadeli Program (2014–2016)’ın Kabul Edilmesi Hakkında Karar	Planda sermaye birikimi ve sanayileşme sürecinin hızlandırılması, üretim faktörlerinin verimlilik düzeylerinin artırılmasına vurgu yapılmıştır.	RG: 08.10.2013 Sayı: 28789 Mükerrer
237.	11	Ekim	SB: Sağlık Bakanlığı Bağlı Kuruluşları Hizmet Birimlerinin Görevleri İle Çalışma Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu’nun hizmet birimleri ve görevleri hakkında	RG:11.10.2013 Sayı: 28792

238.	12	Ekim	BKK 2013/5385 Kamu İdaresi Sağlık Hizmeti Sunucuları Dışındaki Vakıf Üniversiteleri Dahil Sözleşmeli Sağlık Hizmeti Sunucuları Tarafından, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca Belirlenen Sağlık Hizmetleri Bedeline Ek Olarak Alınabilecek İlave Ücretin Belirlenmesine İlişkin Karar	Kamu idaresi dışındaki sağlık hizmet sunucuları Sağlık Hizmeti Fiyatlandırma Komisyonunun belirlediği ücretin en fazla iki katına kadar ilave ücret alabilirler.	RG:12.10.2013 Sayı: 28793
239.	23	Ekim	Başbakanlık (Hazine Müsteşarlığı) Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği	Özel sağlık sigortası uygulamalarına ilişkin usul ve esaslar hakkında	RG:23.10.2013 Sayı: 28800
240.	6	Aralık	SB: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Disiplin Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Madde 5 için ek: Kuruma bağlı birlik ve hastanelerdeki yönetim görevinin tek kişiye verildiği hallerde, birleşen görevlerden üst görevin bağlı olduğu idareci disiplin amiri olur. Üst disiplin amiri de buna göre tespit edilir.	RG:06.12.2013 Sayı: 28843
2014					
241.	18	Ocak	6514 sayılı Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun	TKHK personelinin sözleşmelerinin kim tarafından yapıldığı hakkında	RG: 18.01.2014 Sayı: 28886
242.	1	Mart	6527 sayılı Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun	Madde23: 6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanunun 4 üncü maddesinde değişiklik Sözleşme unsurlarında değişiklik yapılması (sözleşmenin uygulanmasını etkileyen bir durum karşısında) miktar değişmemek kaydıyla taraflar arasında yapılan görüşmeye göre süre uzatılabilir.	RG: 01.03.2014 Sayı: 28928

243.	13	Mart	SB: Sağlık Bakanlığı Bağlı Kuruluşları Hizmet Birimlerinin Görevleri İle Çalışma Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun merkez hizmet birimleri ve görevleri hakkında	RG: 13.03.2014 Sayı: 28940
244.	21	Mart	SB: Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Madde 4: Özel sağlık kuruluşu açmak isteyenler, Bakanlıkça yapılan planlamada ihtiyaç gösterilen yerleşim bölgelerinde faaliyette bulunmak üzere başvurabilir. Madde 12: Birleşme talep tarihi itibarıyla aktif olarak faaliyet gösteren planlama kapsamındaki özel sağlık kuruluşları ile tıp merkezleri, aynı il sınırları içinde tıp merkezi bünyesinde birleşebilir.	RG: 21.03.2014 Sayı: 28948
245.	21	Mart	SB: Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Özel hastanelerde çalıştırılan personelin başka kurumlarda çalışması ve özel hastanelerin birleşme, devir işlemleri hakkında	RG: 21.03.2014 Sayı: 28948
246.	10	Nisan	SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ	Özel sağlık kuruluşlarının başka kurumlarda yaptırdığı sağlık hizmet bedellerinin SGK tarafından ödenmeyeceği hakkında	RG: 10.04.2014 Sayı: 28968
247.	18	Nisan	SGK: Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği	Genel Sağlık Sigortasının kapsamı: İlaç cihaz ve tedavilerin finansmanını karşılanıp karşılanmayacağı ile GSS'li kişilerin yararlanma durumları hakkında	RG: 18.04.2014 Sayı: 28976
248.	18	Nisan	SGK: Genel Sağlık Sigortası Tescil, Prim ve Müstehaklık İşlemleri Yönetmeliği	Genel sağlık sigortası tescil, prim ve müstehaklık işlemlerine ilişkin usul ve esasları hakkında	RG: 18.04.2014 Sayı: 28976
249.	29	Nisan	SB: Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Ambulans ekibi içinde hekim bulunması zorunluluğu kaldırılmıştır.	RG: 29.04.2014 Sayı: 29986
250.	3	Mayıs	SB: Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarına Ait Sağlık Tesisleri ve Üniversitelere Ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı ve İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik	Birlikte kullanım: Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarına ait kurum ve kuruluşlarına ait sağlık tesisleri ile üniversiteye ait ilgili birimlerin kaynaklarının, eğitim ve araştırma hizmetleri, sağlık hizmet sunumu veya sair	RG: 03.05.2014 Sayı: 28989

				ortak gaye ve menfaatlerin gerçekleştirilmesi için Bakanlık ve ilgili üniversite arasında imzalanacak protokol çerçevesinde birlikte kullanılması, Nüfusu 750.000 e kadar olan illerde birlikte kullanım yapılabilir.	
251.	9	Mayıs	BKK 2014/6282 Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yapıtılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınmasına Dair Uygulama Yönetmeliği	Kamu özel işbirliği modeli ile Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarınca yapılması ihtiyaç duyulan hizmetlerin gördürülmesi hakkında	RG: 09.05.2014 Sayı: 28995
252.	16	Mayıs	İçişleri Bakanlığı: 112 Acil Çağrı Merkezleri Kuruluş, Görev ve Çalışma Yönetmeliği	Büyükşehir belediyesi bulunan illerde yatırım izleme ve koordinasyon başkanlığı, diğer illerde ise valilikler bünyesinde, il mülki sınırlarını kapsayacak şekilde, ilgili kamu kurum ve kuruluşlarının görev alanlarına giren her türlü acil çağrının karşılanması, sevk ve koordine edilmesi amacıyla müdürlük kurulur.	RG: 16.05.2014 Sayı: 29002
253.	19	Haziran	Milletlerarası Andlaşma BKK 2014/6441 Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesel Ofisi ile Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti Arasında Türkiye'de Bir DSÖ Ülke Ofisi Kurulması Üzerine Anlaşmanın Süresinin Uzatılmasına İlişkin Notaların Onaylanması Hakkında Karar		RG: 19.06.2014 Sayı: 29035
254.	1	Temmuz	SB: Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Özel hastanelerin sorumlulukları ve bakanlık tarafından denetimi hakkında	RG: 01.07.2014 Sayı: 29047
255.	3	Temmuz	SB: Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Sağlık kuruluşlarının denetimi ve fiziksel durumları hakkında	RG: 03.07.2014 Sayı: 29049
256.	19	Temmuz	SB: Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Taşınırları, taşınmazları ve personeli Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna devredilen özel hastaneler hakkında	RG: 19.07.2014 Sayı: 29065

257.	30	Temmuz	SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ	Üniversite hastanelerden karşılanan sağlık hizmetleri için ilave ücret alınabileceği hakkında	RG: 30.08.2014 Sayı: 29104
258.	14	Ekim	SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ	Bazı tıbbi malzemelerin SGK tarafından ödemesinin durdurulması hakkında	RG: 14.10.2014 Sayı: 29145
259.	22	Ekim	SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ	Raporlu hastaların ilaç onayında ikiden fazla doktorun imzasının bulunması hakkında	RG: 22.10.2014 Sayı: 29153
260.	30	Ekim	6561 sayılı Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi ve Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti Arasında Türkiye’de Bir DSÖ Ülke Ofisi Kurulmasına İlişkin Anlaşmanın Onaylanmasının Uygun Bulduğuna Dair Kanun	17 Haziran 2013 tarihinde Kopenhag’da imzalanan “Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi ve Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti Arasında Türkiye’de Bir DSÖ Ülke Ofisi Kurulmasına İlişkin Anlaşma”nın onaylanması uygun bulunmuştur.	RG: 30.10.2014 Sayı: 29160
261.	26	Kasım	6569 sayılı Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Kurulması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Akreditasyon Enstitüsü	Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı’nın kurulması ile teşkilat ve görevleriyle ilgili usul ve esaslar hakkında	RG: 26.11.2014 Sayı: 29187
262.	10	Aralık	SB: Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Yönetmeliği	Birlik ve sağlık tesisleri altı ay ve/veya bir yıllık dönemlerde verimlilik karnesi ile performans değerlendirmesine tabi tutulur. Karne puanları dikkate alınarak birlik ve sağlık tesisleri için (A), (B), (C), (D) ve (E) şeklinde başarı grupları belirlenir.	RG: 10.12.2014 Sayı: 29201
263.	23	Aralık	Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı ile İlgili 2014/21 sayılı Başbakanlık Genelgesi	Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde tüm paydaşların katkısı	RG: 23.12.2014 Sayı: 29214
2015					
264.	1	Ocak	Milletler arası Andlaşma BKK 2014/7135 Katılım Öncesi Yardım Aracı-Geçiş Dönemi Desteği ve Kurumsal Yapılanma Bileşeni Çerçevesinde 2007 Türkiye Ulusal	AB müktesebatının kabul edilmesi ve uygulanmasına yönelik olarak belirlenen başlıklar arasında sağlık ve sosyal güvenlik alanları da yer almaktadır. SGK’nin kurumsal ve idari	RG: 01.01.2015 Sayı: 29223

			Programına Yönelik Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ile Avrupa Komisyonu Arasında Finansman Anlaşmasına Ek No 3 ile Notaların Onaylanması Hakkında Karar	kapasitesinin artırılması 1.095 milyon Avro Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın İstatistik kapasitesinin güçlendirilmesi 0.95 milyon Avro Akredite Kalibrasyon Laboratuvarı Kurulması ile ilgili 1.035 milyon Avro Genel sağlıkta piyasa gözetimi ile ilgili altyapıyı kurmak Sağlık Bakanlığı ile yapılan anlaşma ile Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi tarafından bu projenin gerçekleştirilmesi planlanmıştır.	
265.	22	Ocak	SB: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Halk Sağlığı Laboratuvarları ve Yetkilendirilmiş Laboratuvarların Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik	Koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi Halk sağlığı laboratuvarlarının kuruluşu, sınıflandırılması, görev ve faaliyetlerinin düzenlenmesi, açılması, yetkilendirilmesi ve denetlenmesi hakkında	RG: 22.01.2015 Sayı: 29244
266.	23	Ocak	SB: Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik		RG: 23.01.2015 Sayı: 29245
267.	30	Ocak	SB: Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Bu birimlerin ruhsatlandırılmasına ilişkin yönetmelik değişiklikleri hakkında	RG: 30.01.2015 Sayı: 29252
268.	3	Şubat	SB: Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik	Özel ağız ve diş sağlığı poliklinikleri ile merkezlerinin açılması, faaliyetleri, denetimleri, faaliyetlerine son verilmesi ve diğer hususlara ilişkin usul ve esaslar hakkında	RG: 03.02.2015 Sayı: 29256
269.	5	Şubat	SB: Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği	SB'nin taşra teşkilatlanmasına yönelik düzenlemeler hakkında	RG: 05.02.2015 Sayı: 29258
270.	7	Şubat	Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu ile İlgili 2015/3 sayılı Başbakanlık Genelgesi	Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018) öncelikli dönüşüm programları arasında yer alan "Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Programı"nın eylem planında, "Sağlık Turizmüne Yönelik Kurumsal ve Hukuki Altyapının Geliştirilmesi" öngörülmektedir.	RG: 07.02.2015 Sayı: 29260

271.	11	Şubat	Milletlerarası Andlaşma BKK 2015/7219 Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi ve Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti Arasında Türkiye’de Bir DSÖ Ülke Ofisi Kurulmasına İlişkin Anlaşmanın Onaylanması Hakkında Karar	DSÖ programlarının Türkiye’de uygulanması için Türkiye’ye teknik destek sağlamak, DSÖ, Ankara dışında da saha ofisleri açabilir.	RG: 11.02.2015 Sayı: 29264
272.	11	Şubat	Milletlerarası Andlaşma BKK 2015/7220 Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi ve Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti Arasında Türkiye’de Bir DSÖ Ülke Ofisi Kurulmasına İlişkin Anlaşmanın Onaylanması Hakkında Karar	2008-2013 yıllarını kapsayan belge DSÖ ile Türkiye arasında mutabık kalınan hükümlere dayanmaktadır.	RG: 11.02.2015 Sayı: 29264
273.	12	Şubat	SB: Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı İdari ve Hizmet Birimleri Kadro Standartları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	İl ve İlçe Sağlık Müdürlüklerinin Nüfuslara Göre Kadro Standartları hakkında	RG: 12.02.2015 Sayı: 29265
274.	27	Şubat	SB: Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik	Toplum Sağlığı Merkezileri bünyesinde bulunan Aile Hekimliği birimleri tarafından sunulur.	RG: 27.02.2015 Sayı: 29280
275.	20	Mart	SB: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Denetim Hizmetleri Yönetmeliği	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Denetim Hizmetleri Daire Başkanlığının ve denetçilerinin görev, yetki ve sorumlulukları ile denetim faaliyetleri hakkında	RG: 20.03.2015 Sayı: 29301
276.	24	Mart	Bölgesel Gelişme Ulusal Stratejisi (2014–2023) ile İlgili 30/12/2014 Tarihli ve 2014/1 sayılı Bölgesel Gelişme Yüksek Kurulu Kararı	Bölgesel Gelişme Ulusal Stratejisi AB Bölgesel Politikası Mekânsal Amaçlar başlığında bölgesel çekim merkezleriyle düşük gelirli yörelerin kalkınmasının tetiklenmesinden bahsedilmektedir. Kamu yatırımlarım ve desteklerinin bölgesel gelişme amaçlarıyla uyumlaştırılmasına yer verilmektedir.	RG: 24.03.2015 Sayı: 29305 Mükerrer
277.	15	Nisan	6639 sayılı Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun	Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin Sağlık Bilimleri Üniversitesi ile ilişkilendirilmesi Ek madde 158: İstanbul’da	RG: 15.04. 2015 Sayı: 29327

				Sağlık Bilimleri Üniversitesi adıyla yeni bir üniversite kurulmuştur.	
278.	3	Haziran	SB: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Denetim Hizmetleri Yönetmeliği	Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Denetim Hizmetleri Daire Başkanlığının teşkilat, görev, yetki ve sorumlulukları, çalışma usul ve esasları ile denetçilerin tabi olacağı usul ve esaslar hakkında	RG: 03.06.2015 Sayı: 29375
279.	27	Haziran	SB: Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik	Yönetmelik, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti ile koruyucu sağlık hizmeti sunan kamu ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşlarını kapsar.	RG: 27.06.2015 Sayı: 29399
280.	10	Temmuz	BKK 2015/7752 Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Dair Karar	Eczacılar ve ecza depolarıyla yapılan fiyat anlaşmaları hakkında (İlaç fiyatları üzerinden kar paylarının belirlenmesi)	RG: 10.07.2015 Sayı: 29412
	9	Ağustos	Türkiye İlaç Sektörü Strateji Belgesi ve Eylem Planı (2015-2018) ile İlgili Yüksek Planlama Kurulunun 30/7/2015 Tarihli ve 2015/35 sayılı Kararı	Türkiye İlaç Sektörü Strateji Belgesi ve Eylem Planı (2015-2018) Kalkınma Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu ve Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumunun mutabakatıyla oluşturulmuştur.	RG: 09.08.2015 Sayı: 29440
281.	16	Ağustos	SB: Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ	Yoğun bakım ünitelerinin fiziksel koşulları hakkında	RG: 16.08.2015 Sayı: 29447
282.	12	Eylül	SB: Sağlık Bakanlığı Bağlı Kuruluşları Hizmet Birimlerinin Görevleri ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumunun hizmet birimleri hakkında değişiklik yapılması	RG: 12.09.2015 Sayı: 29473
283.	11	Ekim	BKK: 2015/8114 Orta Vadeli Program (2016-2018)'ın Kabul Edilmesi Hakkında Karar	Kamu yatırımlarının özel sektör ile işbirliği içinde yapılması gerektiği belirtilmiş KÖO modeli ile yatırımların devam edeceği ifade edilmiştir.	RG: 11.10.2015 Sayı: 29499
284.	30	Ekim	SGK Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ	Özel sağlık hizmeti sunucularından fizik tedavi alınması hakkında	RG: 30.10.2015 Sayı: 29517

285.	17	Kasım	SB: Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşları 4924 sayılı Kanuna Tabi Sözleşmeli Sağlık Personeli Atama Ve Yer Değişirme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Yönetmeliğin üçüncü maddesinin değiştirilmesi hakkında Bağlı Kuruluş: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğünü ifade etmektedir.	RG: 30.10.2015 Sayı: 29517
286.	20	Aralık	Sağlık Hizmetleri Alanında Sanayi İşbirliği Programı Uygulamaları Hakkında Tebliğ	Bedeli on milyon doları geçen tıbbi cihaz ve sağlık materyali alımının Sağlık Sanayi İşbirliği programına uygun olarak yapılması hakkında	RG: 20.12.2015 Sayı: 29568
287.	23	Aralık	Başbakanlık 2015/9 sayılı Genelge	Sağlık Endüstrileri Yönlendirme Komiteleri oluşturulması hakkında Komite ilaç ve tıbbi cihaz kullanımı ve ortak bir veri tabanının oluşturulmasına yöneliktir.	RG: 23.12.2015 Sayı: 29571
2016					
288.	18	Ocak	Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ	Acil haller dışında sözleşme yapılmayan özel sağlık kuruluşlarına başvuranların tedavi ücretinin ödenmeyeceği ve sağlık hizmeti fiyatlandırmasına dair tebliğ	RG: 18.01.2016 Sayı: 29597
289.	10	Şubat	Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Alternatif Geri Ödeme Yönetmeliği	Yurt dışından getirilecek ilaç ve tıbbi cihazların GSS kapsamında ödenmesi hakkında	RG: 10.02.2016 Sayı: 29620
290.	10	Şubat	Sosyal Güvenlik Kurumu İlaç Geri Ödeme Yönetmeliği	İlaç Geri Ödeme Komisyonu, Tıbbi ve Ekonomik Değerlendirme Komisyonunun oluşturulması hakkında	RG: 10.02.2016 Sayı: 29620
291.	10	Şubat	Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılması hakkında	RG: 10.02.2016 Sayı: 29620
292.	26	Mart	Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Hizmeti Satın Alım Sözleşmelerinin/Protokollerinin Hazırlanması Ve Akdedilmesine İlişkin Yönetmelik	Özel sağlık hizmet sunucuları ile SGK arasında yapılan anlaşma hakkında	RG: 26.03.2016 Sayı: 29665

293.	28	Mart	Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	TÜİK tarafından açıklanan nüfus kriterine göre eczanelerin açılacağına yönelik yapılan düzenleme hakkında	RG: 28.03.2016 Sayı: 29667
294.	16	Haziran	Yabancı Sağlık Meslek Mensuplarının Türkiye’de Özel Sağlık Kuruluşlarında Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Yabancı ebe çalıştırılması hükmü kaldırılmıştır.	RG: 16.06.2016 Sayı: 29744
295.	16	Haziran	Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarına Ait Sağlık Tesisleri ve Üniversitelere Ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı ve İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik	Sağlık Bakanlığı hastaneleri ve üniversite hastanelerinin birlikte kullanımı esnasında döner sermaye gelirlerinden personele ödenecek miktar hakkında	RG: 16.06.2016 Sayı: 29744
296.	18	Haziran	Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ	İlave ücret alınabilecek durumların yeniden belirlenmesi hakkında	RG: 18.06.2016 Sayı: 29746
297.	23	Temmuz	Olağanüstü Hal Kapsamında Alınan Tedbirlere İlişkin Kanun Hükmünde Kararname	667 sayılı KHK ile 35 adet özel sağlık kuruluşu kapatılmıştır. Bu sağlık kuruluşları arasında vakıf üniversitelerinin sağlık tesisleri de bulunmaktadır.	RG: 23.07.2016 Sayı: 29779
298.	31	Temmuz	Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Tedbirler Alınması ve Milli Savunma Üniversitesi Kurulması ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Hükmünde Kararname	669 sayılı KHK ile TSK’ye ait sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir.	RG: 31.07.2016 Sayı: 29787
299.	3	Ağustos	BKK: Sosyal Güvenlik Kurumu Tarafından 4734 sayılı Kamu İhale Kanununun 3 üncü Maddesinin (b) Bendi Kapsamında Yapılacak İhalelere İlişkin Esasların Yürürlüğe Konulması Hakkında Karar	SGK’nin ihtiyaçları kapsamında tedarik edilecek malzemelerin ilana çıkılmadan pazarlık usulü ile gördürülmesi hakkında	RG: 03.08.2016 Sayı: 29790
300.	7	Eylül	Yatırımların Proje Bazında Desteklenmesi ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun	Tıp fakültesi olduğu halde sağlık uygulama merkezi bulunmayan üniversitelerin özel hastaneler ile protokol yaparak sağlık uygulama merkezine kavuşturulması hakkında	RG: 03.08.2016 Sayı: 29824
301.	20	Ekim	Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında	Kişisel veriler, sağlık politikalarının belirlenmesi, sağlık maliyetlerinin hesaplanabilmesi, sağlık	RG: 20.10.2016 Sayı: 29863

			Yönetmelik	hizmetlerinin geliştirilmesi, bilimsel faaliyetler ve istatistiksel çalışmalarda kullanılmak üzere yayımlanabilir.	
302.	30	Ekim	19/10/2016 Tarihli ve 29862 sayılı Resmî Gazete’de Yayımlanan 3/10/2016 Tarihli ve 2016/9368 sayılı 2017 Yılı Programının Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair Bakanlar Kurulu Kararı Eki 2017 Yılı Programı	2017 yılı Yıllık Programı’nda KÖO modeli ile 211 projenin onaylandığı ve bunların 18’inin sağlık tesisleri için yapıldığı ifadeleri yer almıştır. 2016 yılında sağlık, toplam sabit sermaye yatırımlarının %4,7’si iken bu oranın 2017 yılında %6,7’ye çıkarılması planlanmaktadır.	RG: 30.10.2016 Sayı: 29873
303.	23	Aralık	Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Fiziksel şartlar hakkında	RG: 23.12.2016 Sayı: 29927
304.	23	Aralık	Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde bulunan hasta iletişim birimlerinin hasta hakları birimine dönüştürülmesi hakkında	RG: 23.12.2016 Sayı: 29927
305.	31	Aralık	Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ	Muayene katılım ücretlerinin değiştirilmesi hakkında: Devlet hastanelerine ait muayene ücreti % 20 artırılarak 6 lira, Eğitim araştırma hastanelerine % 40 artış yapılarak 7 lira, Üniversite hastanelerinde % 60 artışla 8 lira, Özel hastaneler için ise %33 artış ile muayene katılım ücreti 15 lira oldu.	RG: 31.12.2016 Sayı: 29935 Mükerrer
2017					
306.	8	Mart	Bazı Alacakların Yeniden Yapılandırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun	Sağlık güvencesi olmayanlar için gelir testi zorunluluğunun kaldırılması ve bu kişilerin 53 TL karşılığında GSS kapsamına alınması hakkında	RG: 08.03.2017 Sayı: 30001
307.	22	Mart	Özel hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Özel hastanelerin birleşmesi ve kendi aralarında kadro aktarımının yapılması, 33 uzman hekim ile 100 yataklı bir özel hastanenin kurulabileceği, her 16	RG: 22.03.2017 Sayı: 30015

				hekim için 50 ilave yatak talep edilebileceği, iller arasında birleşmelerin olabileceğine yönelik düzenlemeler, Yönetmeliğe uymayanların para cezası ve kapatılmasına ilişkin hükümlerin getirilmesi	
308.	25	Mart	Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ	Sağlık hizmetlerine ilişkin uygulanan işlemler ve bunlara yönelik verilecek puanlar hakkında	RG: 25.03.2017 Sayı: 30018
309.	25	Mart	Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu Kararı	Tıbbi malzeme alan tanımı ve bunların fiyatlandırılması hakkında	RG: 25.03.2017 Sayı: 30018
310.	1	Nisan	Yabancı Sağlık Meslek Mensuplarının Türkiye’de Özel Sağlık Kuruluşlarında Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Suriye uyruklu sağlık mensuplarına muafiyet tanınması hakkında	RG: 01.04.2017 Sayı: 30025
311.	15	Nisan	Sağlık Hizmeti Sunucularının Faturalarının İncelenmesine ve Bedellerinin Ödenmesine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Fatura inceleyen heyet üyelerinden birinin eczacı olması hakkında	RG: 15.04.2017 Sayı: 30039
312.	6	Mayıs	Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Yüksek Danışma Kurulunun Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik		RG: 06.05.2017 Sayı: 30058
313.	15	Mayıs	Sağlık Bakanlığı ile Bağlı Kuruluşlarının Döner Sermaye İşletmeleri Hakkında Yönetmelik	Döner sermaye gelir ve giderlerinin kapsamı hakkında	RG: 15.05.2017 Sayı: 30067
314.	16	Mayıs	Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	Hizmet verilen kişi sayısının 3500’den 2000’ e indirilmesi ve muayenehane koşulları hakkında	RG: 16.05.2017 Sayı: 30068

KAYNAKÇA

- “Adana Tabip Odası ve Ses Şehir Hastaneleri, Kamu – Özel Ortaklığı Paneli Düzenledi”, <http://2015.ses.org.tr/2013/09/adana-tabp-odasi-ve-ses-ehr-hastaneler-kamu-ozel-ortakliq-panel-duezenled/>, (24.01.2016).
- “AK Parti Seçim Beyanamesi”, <https://www.akparti.org.tr/site/haberler/iste-ak-partinin-secim-beyanamesi/78619#1>, (06.04.2017).
- “Bakan Akdağ’dan Tam Gün’de Yeni Düzenleme Sinyali” <http://www.haberturk.com/saglik/haber/1287909-bakan-akdagdan-tam-gunde-yeni-duzenleme-sinyali>, (30.08.2016).
- “DSÖ: Sağlık Harcamaları Tüm Zamanların En Yüksek Seviyesinde”, <http://www.gidahatti.com/dso-saglik-harcamalari-tum-zamanlarin-en-yuksek-seviyesinde-48557/>, (18.04.2017).
- “Dünya Bankası Türkiye’yi ‘Sağlıkta Örnek’ Ülke Seçti”, Hürriyet, 28.02.1998.
- “Dünya Sağlık Harcamaları 12,7 Trilyon Dolara Çıkacak”, <http://www.dunya.com/ekonomi/dunya-saglik-harcamalari-127-trilyon-dolara-cikacak-haberi-274523>, (24.09.2016).
- “Dünya Bankası Türkiye’de Sağlık Sektörünün Gelişimini Desteklemeye Devam Ediyor”, <http://www.worldbank.org/tr/news/press-release/2015/09/21/world-bank-continues-to-support-health-sector-development-in-turkey>, (25.11.2015).
- “Dünya Bankası: Bahreyn Sağlık Reformunda Türkiye'yi Örnek Almalı... Türkiye Sağlığı Hak Olarak Tanıdı”, <http://www.egitimhaberci.com/haber-37850-dunya-bankasi-bahreyn-saglik-reformunda-turkiyeyi-ornek-almali-turkiye-sagligi-hak-olarak-tanidi.html>, (09.06.2016).
- “Dünya Sağlık Sisteminden Türkiye İçin Önemli Dersler”, <http://www.sdplatform.com/Dergi/154/Dunya-saglik-sisteminden-Turkiye-icin-onemli-dersler.aspx>, (22.05.2016).
- “Harvard Türkiye’nin Sağlık Reformunu ‘Model’ Kabul Etti”, <http://www.iha.com.tr/haber-harvard-turkiyenin-saglik-reformunu-model-kabul-etti-500528/>, (09.06.2016).
- “Hastanelere Özel Yatak”, <http://www.saglikaktuel.com/haber/hastanelere-ozel-yatak-6269.htm>, (18.05.2017).
- “Isparta Şehir Hastanesi’ne Taşınıyor”, <http://haber.tkhk.gov.tr/isparta-sehir-hastanesine-tasiniliyor.html>, (10.04.2017).
- Kamu İhale Kurumu, Sağlık Bakanlığı İhale İlanları <https://ekap.kik.gov.tr/EKAP/YeniIhaleArama.aspx>, (20.10.2016).

“Katar Milli Geliri En Yüksek Ülke Oldu”, <http://www.ensonhaber.com/katar-milli-geliri-en-yukse-ukle-oldu-2017-01-26.html>, (12.04.2017).

“Kişi Başına Sağlık Harcamasında OECD’nin En Kötüsüyüz”, <http://www.hurriyet.com.tr/kisi-basina-saglik-harcamasinda-oecd-nin-en-kotusuyuz-40015875>, (26.10.2016).

Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, http://mersinkadindogumcocuk.gov.tr/index.php?option=com_content&view, (10.04.2017).

“MR’da Avrupayı da OECD’yi de Geride Bıraktık”, <http://www.haberturk.com/saglik/haber/1337908-mrda-avrupayida-oecdyi-de-geride-biraktik>, (18.05.2017).

“Nasıl Bir Sağlık Sistemi (4) İngiltere”, <http://blog.milliyet.com.tr/nasil-bir-saglik-sistemi---4--ingiltere/Blog/?BlogNo=75027>, (20.05.2016).

“Patronlar Bu Sisteme 'Hasta' Oldu”, <http://www.hurriyet.com.tr/patronlar-bu-sisteme-hasta-oldu-40119998>, (04.01.2017).

“Sağlıkta Yeni Model”, <http://www.memurlar.net/haber/585799/>, (22.05.2016).

“Sağlık Turizmi Ülkeler”, <http://www.satark.gov.tr/images/pdf/ust/katar.pdf>, (21.05.2017).

SES, “2006 Yılı Sağlık Raporu”, <http://2015.ses.org.tr/2006/12/2006-yili-saik-raporu/>, (22.09.2016).

SES, “AKP Hükümeti İle Sağlıkta Adım Adım Yıkım”, <http://2015.ses.org.tr/wp-content/uploads/adimadimsagliktayikim.pdf>, (22.09.2016).

“Sezaryen Oranlarında Dünyada İlk Üçteyiz”, <http://www.milliyet.com.tr/sezaryen-oranlarinda-dunyada-ilk-ucteyiz-pembenar-detay-aile-1547062/>, (03.01.2017).

“SGK Sezaryenle Doğum İçin Özel Hastanelere Geçen Yıl 93 Milyon Lira Ödedi”, <http://www.sgk.com.tr/620-Haber-sgk-sezaryenle-yapilan-dogum-icin-ozel-hastanelere-gecen-yil-93-milyon-lira-odedi.html>, (03.01.2017).

“SGK 2015’te 11 Milyar lira Zarar Etti”, http://www.cumhuriyet.com.tr/haber/ekonomi/565388/SGK_2015_te_11_milyar_lira_zarar_etti.html, (21.10.2016).

“SGK Tedavi Rekoru Kırdı”, <http://www.memurlar.net/haber/573739/>, (04.05.2016).

“Şehir Hastaneleri Hayaldi Gerçek Oldu”, <http://www.gazetevatan.com/sehir-hastaneleri-hayaldi-gercek-oldu--1034996-gundem/>, (10.04.2017).

“Türkiye’de Aile Hekimliği” <http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/tuerkiyedeki-aile-hekimlii.html>, (11.05.2017).

Türkiye Sigorta, Reasürans ve Emeklilik Şirketleri Birliği, <http://www.tsb.org.tr/resmi-istatistikler.aspx?pageID=909>, (09.11.2016).

- “Türkiye’nin Sağlık Kampüsü Kayseri’ye Yapılıyor”, <http://yda.com.tr/kayseri-sehir-hastanesi-temel-atma-toreni/>, (20.06.2016).
- “Üniversite Hastanelerine Gitmek İçin Sevk Gerekecek”, <http://www.memurlar.net/haber/623439/>, (07.11.2016).
- “Yeni Anayasada Sağlık Hakkı”, http://www.ntv.com.tr/saglik/yeni-anayasadaki-saglik-hakki,Zu5_9vDsoESEHDyBBEH7bw, (13.06.2016).
- “5 Nisan Kararları”, <http://www.milliyet.com.tr/5-nisan-1994-kararlari-/ekonomi/ydetay/1863180/default.htm>, (21.05.2017).
58. Hükümet Acil Eylem Planı, <http://www.kalkinma.gov.tr/Pages/EylemVeDigerPlanlar.aspx> (03.06.2017).
- <http://www.sgk.com.tr/3487-Haber1-50-lira-prim-ode-saglik-hizmetini-al.html>, (26.05.2016).
- <http://www.worldbank.org/en/about/history>, (05.03.2016).
- <http://www2.tbmm.gov.tr/d23/1/1-0439.pdf>, (08.07.2017).
- 174 sayılı Bakanlıkların Kuruluş ve Görev Esasları Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, RG: 14.12.1983, Sayı: 18251.
- 181 sayılı Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, RG: 14.12.1983, Sayı: 18251.
- 209 sayılı Sağlık Ve Sosyal Yardım Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon)Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanunun 3.Cü Maddesinin Değiştirilmesi Ve Bu Kanuna Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun, RG: 29.09.1983, Sayı: 18176.
- 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu, RG: 12.01.1961, Sayı: 10705.
- 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu, 926 sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri Personel Kanunu, 2802 sayılı Hakimler Ve Savcılar Kanunu, 2914 sayılı Yükseköğretim Personel Kanunu, 5434 sayılı T.C. Emekli Sandığı Kanunu İle Diğer Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnelerde Değişiklik Yapılması, Devlet Memurları Ve Diğer Kamu Görevlilerine Memuriyet Taban Aylığı Ve Kıdem Aylığı İle Ek Tazminat Ödenmesi Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, RG: 30.06.1989, Sayı: 20211 Mükerrer.
- 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, RG: 02.11.2011, Sayı: 28103 Mükerrer.
- 667 sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Alınan Tedbirlere İlişkin Kanun Hükmünde Kararname RG: 23.07.2016, Sayı: 29779.
- 18 Ekim 2008 Gün Ve 27039 sayılı Resmî Gazete'de Yayımlanan 13 Ekim 2008 Gün Ve 2008/14200 sayılı 2009 Yılı Programının Uygulanması, Koordinasyonu Ve İzlenmesine Dair Bakanlar Kurulu Kararı Eki, RG: 15.01.2009, Sayı: 27111, Mükerrer.

18/10/2012 Tarihli ve 28445 sayılı Resmî Gazete 'de Yayınlanan 4/10/2012 Tarihli ve 2012/3839 sayılı 2013 Yılı Programının Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair Bakanlar Kurulu Kararı Eki 2013 Yılı Programı, RG: 23.10.2012, Sayı: 28450 Mükerrer.

19/10/2016 Tarihli ve 29862 sayılı Resmî Gazete'de Yayınlanan 3/10/2016 Tarihli ve 2016/9368 sayılı 2017 Yılı Programının Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair Bakanlar Kurulu Kararı Eki 2017 Yılı Programı, RG: 30.10.2016, Sayı: 29873.

1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, RG: 14.04.1928, Sayı: 863.

1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, RG: 06.05.1930, Sayı: 1489.

17207 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun, RG: 31.12.1980, Sayı:2368.

2003 Malî Yılı Bütçe Kanunu RG: 31.03.2003, Sayı: 25065 Mükerrer.

2005 Malî Yılı Bütçe Kanunu, RG: 31.12.2004, Sayı: 25687.

2006/10655 Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtırılması ile Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik, RG: 22.07.2006, Sayı: 26236.

2006/10779 Kuş Gribi ve İnsana Tesir Eden Salgına Karşı Hazırlık ve Mücadele Projesi'nin Kısmi Finansmanı İçin, Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası'ndan Kredi Sağlanması Amacıyla, Ülkemiz ile Adı Geçen Banka Arasında İmzalanan Kredi Anlaşması ve Eki Mektupların Yürürlüğe Girmesi Hakkında Karar, RG: 08.08.2006, Sayı: 26253.

2006–2008 Dönemi Yatırım Programı Hazırlıkları ile İlgili 2005/3 sayılı Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı Genelgesi, RG: 09.07.2005, Sayı: 25870.

2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, RG: 29.09.2008, Sayı: 27012, Mükerrer.

2008/13728 Bakanlar Kurulu Kararı, Kamu İdaresi Sağlık Hizmeti Sunucuları Dışındaki Vakıf Üniversiteleri Dâhil Sözleşmeli Sağlık Hizmeti Sunucuları Tarafından, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca Belirlenen Sağlık Hizmetleri Bedeline Ek Olarak Alınabilecek İlave Ücretin Belirlenmesine İlişkin Kararın Yürürlüğe Konulması Hakkında Karar, RG: 04.06.2008, Sayı: 26896.

2008/14200 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı,“2009 Yılı Programının Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair Karar”ın Kabulü Hakkında Karar, RG: 18.10.2008, Sayı: 27028.

2009/1540 Bakanlar Kurulu Kararı Orta Vadeli Program (2009–2011)'ın Kabul Edilmesi Hakkında Karar, RG:16.09.2009, Sayı: 27351 Mükerrer.

- 2009/15627 Bakanlar Kurulu Kararı Kamu İdaresi Sağlık Hizmeti Sunucuları Dışındaki Vakıf Üniversiteleri Dahil Sözleşmeli Sağlık Hizmeti Sunucuları Tarafından, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca Belirlenen Sağlık Hizmetleri Bedeline Ek Olarak Alınabilecek İlave Ücretin Belirlenmesine İlişkin Karar, RG: 08.12.2009, Sayı: 27426 Mükerrer.
- 2010/958 Bakanlar Kurulu Kararı Orta Vadeli Program (2011–2013) Kabulü Hakkındaki Karar, RG:10.10.2010, Sayı:27725.
- 2011/1412 Bakanlar Kurulu Kararı Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesel Ofisi ile Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti Arasında Türkiye’de Bir DSÖ Ülke Ofisi Kurulması Üzerine Anlaşma’nın Onaylanması Hakkında Karar, RG: 25.02.2011, Sayı: 27857.
- 2011/2011 Bakanlar Kurulu Kararı, Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtırılması İle Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet Ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılması Hakkında Yönetmelik, RG:01.07.2011, Sayı: 27981.
- 2011/2302 Bakanlar Kurulu Kararı Orta Vadeli Program (2012–2014)’ın Kabul Edilmesi Hakkında Karar, RG:13.10.2011, Sayı: 28083 Mükerrer.
- 2011/2303 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı, Yüksek Planlama Kurulunun 11/10/2011 tarihli ve 2011/25 sayılı Raporu ile Bakanlar Kurulu’na sunulan ekli “2012 Yılı Programı” ile “2012 Yılı Programının Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair Karar, RG: 18.10.2011, Sayı: 28088 Mükerrer.
- 2011/2512 Bakanlar Kurulu Kararı, Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Gelir Tespiti, Tescil Ve İzleme Sürecine İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Yönetmelik, RG:28.12.2011, Sayı: 28156.
- 2012/2939 Bakanlar Kurulu Kararı, Kamu İdaresi Sağlık Hizmeti Sunucuları Dışındaki Vakıf Üniversiteleri Dahil Sözleşmeli Sağlık Hizmeti Sunucuları Tarafından Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca Belirlenen Sağlık Hizmetleri Bedeline Ek Olarak Alınabilecek İlave Ücretin Belirlenmesine İlişkin Kararda Değişiklik Yapılmasına Dair Karar, RG:17.03.2012, Sayı: 28236.
- 2012/3617 Bakanlar Kurulu Kararı Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ile Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı Arasında UNDP-İstanbul Uluslararası Kalkınmada Özel Sektör Merkezinin (IICPSD) Kuruluşu ile İlgili Anlaşma’nın Onaylanması Hakkında Karar, RG: 11.09.2012, Sayı: 28408.
- 2012/3802 Bakanlar Kurulu Kararı Yatırımlarda Devlet Yardımları Hakkında Kararda Değişiklik Yapılmasına Dair Karar, RG:13.10.2012, Sayı: 28440.

- 2012/4 Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticaretinin Desteklenmesi Hakkında Tebliğ, RG: 25.06.2012, Sayı: 28334.
- 2013 Yılı Programı ile 2013 Yılı Programının Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair Karar, RG: 18.10.2012, Sayı: 28445.
- 2013/51 Başbakanlık Genelgesi, RG:02.01.2004, Sayı: 25334.
- 2013/5385 Bakanlar Kurulu Kararı Kamu İdaresi Sağlık Hizmeti Sunucuları Dışındaki Vakıf Üniversiteleri Dahil Sözleşmeli Sağlık Hizmeti Sunucuları Tarafından, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca Belirlenen Sağlık Hizmetleri Bedeline Ek Olarak Alınabilecek İlave Ücretin Belirlenmesine İlişkin Karar, RG:12.10.2013, Sayı: 28793.
- 2013–2015 Dönemi Yatırım Programı Hazırlıkları ile İlgili 2012/1 sayılı Kalkınma Bakanlığı Genelgesi, RG:09.10.2012, Sayı: 28436 Mükerrer.
- 2014 yılı Kamu Harcamaları İzleme Platformu Kamuoyu Duyurusu 27.10.2014, <http://kahip.org/>, (10.09.2016).
- 2015/7219 Bakanlar Kurulu Kararı Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi ve Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti Arasında Türkiye’de Bir DSÖ Ülke Ofisi Kurulmasına İlişkin Anlaşmanın Onaylanması Hakkında Karar, RG: 11.02.2015, Sayı: 29264.
- 2015/7220 Bakanlar Kurulu Kararı Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi ve Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti Arasında Türkiye’de Bir DSÖ Ülke Ofisi Kurulmasına İlişkin Anlaşmanın Onaylanması Hakkında Karar, RG: 11.02.2015, Sayı: 29264.
- 2162 sayılı Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun, RG: 29.06.1978, Sayı: 16341.
- 2219 sayılı Hususî Hastaneler Hakkında Kanun, RG: 05.06.1933, Sayı: 2419.
- 28802 sayılı Resmî Gazete’de Yayımlanan 7 Ekim 2013 Tarihli ve 2013/5502 sayılı 2014 Yılı Programının Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair Bakanlar Kurulu Kararı Eki 2014 Yılı Yatırım Programı, RG: 14.01.2014, Sayı: 28882 Mükerrer.
- 2926 sayılı Tarımda Kendi Adına Ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu, RG: 20.10.1983, Sayı:18197.
- 3017 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memurin Kanunu, RG: 23.06.1936, Sayı:3337.
- 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, RG: 15.05.1987, Sayı: 19461.
- 3996 sayılı Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapıtılması Hakkında Kanun, RG: 13.06.1994, Sayı: 3996.
- 3996 sayılı Bazı Yatırım Ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapıtılması Hakkında Kanunun Uygulama Usul Ve Esaslarına İlişkin Kararda Değişiklik Yapılmasına Dair Karar, RG: 05.12.2012, Sayı: 28488.

- 4618 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanunun Bazı Maddeleri ile 190 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin Eki Cetvellerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, RG: 23.01.2001, Sayı: 24296.
- 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu, RG: 22.01.2002, Sayı: 24648.
- 4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, RG: 24.07.2003, Sayı: 25178.
- 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi Kontrol Kanunu, RG: 24.12.2003, Sayı: 25326.
- 5220 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG:21.08.2004, Sayı: 25529.
- 5222 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanunda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG:21.08.2004, Sayı: 25529.
- 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun, RG: 09.12.2004, Sayı: 25665.
- 5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun RG:19.01.2005, Sayı: 25705.
- 5372 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun, Devlet Memurları Kanunu ve Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ile Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG:05.07.2005, Sayı: 25866.
- 5396 Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun, RG: 15.07.2005, Sayı: 25876.
- 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun Bazı Maddelerinin İptaline Dair Karar (E.No:2006/111) RG: 30.12.2006, Sayı. 26392.
- 5510 Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, RG:16.06.2006, Sayı: 26200.
- 5655 sayılı Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG: 20.05.2007, Sayı: 26527.
- 5683 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG:09.06.2007, Sayı: 26547.
- 5754 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG: 08.05.2008, Sayı: 26870.

- 5797 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, RG: 19.08.2008, Sayı: 26972.
- 5947 sayılı Üniversite Ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına Ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG:30.01.2010, Sayı: 27478.
- 6009 sayılı Gelir Vergisi Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG: 01.08.2010, Sayı: 27659.
- 6111 sayılı Bazı Alacakların Yeniden Yapılandırılması ile Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve Diğer Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, RG: 25.02.2011, Sayı: 27857 Mükerrer.
- 6225 sayılı Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG:26.04.2011, Sayı: 27916.
- 6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli İle Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi Ve Hizmet Alınması İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, RG: 09.03.2013, Sayı: 28582.
- 6514 sayılı Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG: 18.01.2014, Sayı: 28886.
- 6553 sayılı Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG:12.07.2012, Sayı: 28351.
- 91/2173 Milletlerarası Andlaşma, “T.C. Hükümeti ile UNDP Arasında Dünya Bankası Kredisiyle Finanse Edilen Birinci Sağlık Projesi ile İlgili Olarak UNDP Tarafından Sağlanacak Yönetim ve Destek Hizmetlerine İlişkin Anlaşma Mektubu' nun Onaylanması”, RG: 17.11.1991, Sayı: 21054.
- Ağca, Barçın, “Çevrecilikte Yeni Bir Kavram: Küresel Kamu Malları”, *Aktüel Hukuk Dergisi*, Sayı:56, Haziran 2004, s.22-23.
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, *2016 Yılı Faaliyet Raporu*, <http://www.aile.gov.tr/data/58b58e4c691407119c139239/2016%20%20Faaliyet%20Raporu.pdf>, (15.05.2017).
- Akdağ, Recep, Sağlıkta Dönüşüm Programı T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 839, 2011.
- Akdur, Recep, Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması, Ankara, 1999.
- Akıllı, Hüsnüye, “Kamu Hizmeti İmtiyazından Yap İşlet Devret Yöntemine Yasal Serüven”, *Sayıştay Dergisi*, Sayı:89, 2013, s.91-114.
- Aksakoğlu, Gazanfer, “Herkes İçin Sağlık’tan Hedef 21’e: Dünya Sağlık Örgütü Değişiyor”, *Toplum ve Hekim*, Cilt:17, Sayı:2, 2002, s.91-100.

- Aksakoğlu, Gazanfer, “İngiltere Sağlık Sistemi”, *Toplum ve Hekim*, Cilt:9, Sayı: 64-65, 1994-5, s.96-100.
- Aksoy, Burak, “Dünya Sağlık Sisteminden Türkiye İçin Önemli Dersler” <http://www.sdplatform.com/Dergi/154/Dunya-saglik-sisteminden-Turkiye-icin-onemli-dersler.aspx>,(22.05.2016)
- Aktan, Coşkun Can, A. Kadir Işık, “21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık: 21 Hedef”, *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*, (Ed: Coşkun C. Aktan, Ulvi Saran), Aura Kitapları, Ankara, 2007.
- Aktan, Coşkun Can, “James M. Buchanan’ın Politik İktisada Katkıları”, *Türkiye Günlüğü*, 1994, s.39-51.
- Alp, Salih, “Avusturya Okulu Bilgi Teorileri ve E-Ticaret Çerçevesinde Akerlof’un Limon Piyasa Modelinin Değerlendirilmesi”, *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, Cilt:5, Sayı:1, 2010, s.175-190.
- Altay, Asuman, “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, *Sayıştay Dergisi*, Sayı: 64, s.33-58.
- Anayasa Mahkemesinin E: 2004/85, K: 2009/69 sayılı Kararı (7/5/1987 Tarihli ve 3359 sayılı Kanunda Değerşiklik Yapan 14/7/2004 Tarihli ve 5220 Sayılı Kanun ile İlgili), RG: 10.12.2011, Sayı: 28138.
- Arrow, Kenneth J., *Social Choice and Individual Values*. 2d ed. New Haven and London, Yale University Pres, 1978.
- Arrow, Kenneth J., “Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care”, *The American Economic Review*, 1963; Vol:53, No:5, s.941-973.
- Ataay, Faruk, “İkinci Kuşak Yapısal Reformlarda Program Arayışları”, *Memleket: Siyaset-Yönetim*, Cilt:3, Sayı: 6, 2008, s.22-28.
- Atabey, Selin Ertürk, *Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası*, Gazi Kitapevi, Ankara, 2012.
- Ataman, Muhittin, “Özalist Dış Politika: Aktif ve Rasyonel Bir Anlayış”, *Bilgi: Sosyal Bilimler Dergisi*, 2003/2, s. 47-62.
- Auster, Richard, Irving Leveson, Deborah Sarachek, “The Production of Health, an Exploratory”, (der: Victor R. Fuchs), *Essays in the Economics of Health and Medical Care*, National Bureau Of Economic Research, Columbia University Press, New York, 1972, s.135-158.
- Avaner, Tekin, “Kamu Yönetiminde Reform: Bağımlılık Bağlamında Reformun Antropolojisi”, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Bölümü, Yönetim Bilimleri Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2009.

- Aydın, Erdem, “Türkiye Cumhuriyeti'nin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri”, *Ankara Ecz. Fak. Dergisi*, Cilt: 31, Sayı: 3, 2002, s.183-192.
- Aykır, Emel, 2002-2012 Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Dönüşüm, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilimdalı, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014.
- Bakanlar Kurulu Kararı, 2004/6947 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununun 32, 35, 36, 40 ve 42 nci Maddeleri Uyarınca Sağlık Hizmetlerinden Yararlananlara, Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık Tesislerinde Mesai Saatleri Dışında Acil Sağlık Hizmetleri Hariç Olmak Üzere Verilen Sağlık Hizmetlerinden, Muayene ve Ameliyatlar İçin Alınacak Katkı Paylarına İlişkin Karar, RG: 12.03.2004, Sayı: 25400.
- Bakanlar Kurulu Kararı 2007/12300 Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığınca Hazırlanan “Orta Vadeli Program (2008–2010)”ın Kabul Edilmesi Hakkında Karar, RG: 21.06.2007, Sayı: 26559.
- Bakanlar Kurulu Kararı, 2007/11830 Esnaf Ve Sanatkarlar İle Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumundan Aylık Almakta Olanların Aylıklarından 1/1/2007 Tarihinden Geçerli Olmak Üzere 2007 Yılında % 10 Oranında Sağlık Sigortası Primi Kesilmesi Hakkında Karar, RG: 21.03.2007, Sayı: 26469.
- Baloğlu, Filiz, “Rasyonalite ve Ekonomik Sosyoloji”, *İstanbul Üniversitesi Sosyoloji Konferansları Dergisi*, S.26, 2000, s.217-226.
- Barnum, Howard, Joseph Kutzim, *Public Hospital in Developing Countries Resource Use, Cost, Financing*, World Bank, 1993.
<http://documents.worldbank.org/curated/en/1993/04/699054/public-hospitals-developing-countries-resource-use-cost-financing>, (30.12.2015).
- Barzel, Yoram, *Economic Analysis of Property Rights*, Cambridge: Cambridge University Press, (Second Edition), 1997.
- Başbakanlık (Hazine Müsteşarlığı) Bireysel Emeklilik Sistemi Hakkında Yönetmelik, RG: 09.11.2012, Sayı: 28462.
- Başbakanlık (Hazine Müsteşarlığı) Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği, RG: 23.10.2013, Sayı: 28800.
- Başbakanlık Genelgesi 2005/4: Sağlık Hizmetlerinin Etkili Sunumu, RG: 17.03.2005, Sayı: 25758.
- Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı: Sigorta Bilgi Merkezi Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG: 19.06.2009, Sayı: 27263.

- Başol, Emel, Abdülkadir Işık, “Türkiye’de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme Ve Öneriler”, *IAAOJ, Social Science*, 2015, 2(2), s.1-26.
- Bayer, Yalçın, “Genel Sağlık Sigortası Çöküyor”, <http://www.hurriyet.com.tr/genel-saglik-sigortasi-cokuyor-25738856>, (24.08.2016).
- Bayramoğlu, Sonay, Yönetişim ve Demokrasi İlişkisinde Siyasal İktidar Sorunu: Türkiye’de Bağımsız Düzenleyici Kurumlar, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmış Doktora Tezi, Ankara, 2004.
- Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG: 04.07.2012, Sayı: 28351.
- Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yaptırılması Hakkında Kanun, RG: 13.06.1994, Sayı: 21959.
- Bazı Alacakların Yeniden Yapılandırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG: 08.03.2017, Sayı: 30001.
- Belek, İlker ve diğerleri, *Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi*, Sorun Yayınları (2. Baskı), İstanbul, 1998.
- Belek, İlker, “Türkiye Aile Hekimliği Modeli: “Herkes İçin Sağlık” Perspektifli Bir Değerlendirme”, *Toplum ve Hekim*, Cilt:12, Sayı: 78, 1997, s.8-17.
- Belek, İlker, *Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlıkın Ekonomi Politikası*, Sorun Yayınları, (3. Baskı), İstanbul, 2001.
- Belek, İlker, “Sağlık, Sosyalizm, Kamuculuk Sağlık İçin Sosyalizm Gerekir”, *Toplum ve Hekim*, Cilt:16, Sayı:1, 2001, s.23-27.
- Belek, İlker, *Küba’da Sağlık ve Sosyalizmin Başarıları*, Yazılama Yayınevi, (3. Baskı), İstanbul, 2015.
- Beşkaya, Ahmet, Uğur Ursavaş, “Eski ve Yeni Kurumsal İktisat: Karşılaştırmalı Bir Analiz”, *Journal of Business Economics and Political Science*, 2014, Vol: 3, No: 5, s.1-16.
- Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanun Teklifi ve Gerekçeleri, <http://www2.tbmm.gov.tr/d21/2/2-0321.pdf>, (20.11.2015).
- Birleşmiş Milletler, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>, (06.03.2016).
- Birleşmiş Milletler Ekonomik Sosyal Kültürel Haklar Sözleşmesi, RG: 25196, Sayı: 11.08.2003.
- Birleşmiş Milletler Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi’nin 14 No’lu Genel Yorumu: Ulaşılabilecek En Yüksek Sağlık Standardına Sahip Olma Hakkı,

http://insanhaklarimerkezi.bilgi.edu.tr/Books/khuku/saglik_hakki/saglik_hakki_eskhk_14_no_lu_genel_yorumu_ulasilabilecek_en_y.pdf, (04.04.2015).

Blankart, Charles B., Gerrit B. Koester, “Political Economics versus Public Choice”, *International Review for Social Sciences*, Vol. 59, No. 2, 2006, s.1-29.

Bloom, Abby, *Health Reform in Australia and New Zealand*, (ed A. Bloom), Oxford University Press, Melbourne, 2000

Bodur, Harun, *Kronolojik 20.yy Siyasi Tarihi*, Yeditepe Yayınları, 2. Baskı, İstanbul, 2013.

Boyras, Cemil, “Küresel Üretim, Ticaret ve Finans”, *Küresel Siyasete Giriş* (Ed: Evren Balta), İletişim, İstanbul, 2014.

Bölgesel Gelişme Ulusal Stratejisi (2014–2023) ile İlgili 30/12/2014 Tarihli ve 2014/1 sayılı Bölgesel Gelişme Yüksek Kurulu Kararı, RG: 24.03.2015, Sayı: 29305 Mükerrer.

Brunet, Joseph -Jailly, Population and Human Resources Department, World Bank, Washington, D.C., 1991, http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/1991/05/01/000009265_3961001134135/Rendered/PDF/multi0page.pdf, (30.12.2015).

Buchanan, James M., “The Constitution of Economic Policy”, *American Economic Review*, Vol.77, No.3, 1987, s.243-250.

Buchanan, James M., “The Public Choice Perspective”, *Liberty, Market and State Political Economy in the 1980's*, Harvester Press, 1986, (Çev: Şaban Ertekin), http://www.canaktan.org/ekonomi/anayasal_iktisat/diger_yazilar1/ertekin-buchanan-kamutercihi-perspektifi.pdf, (04.05.2016).

Bulut, Bayram, “İngiltere İflas Etti”, <http://ilkhaber-gazetesi.com/mobil/news.php?id=10813>, (24.01.2016).

Butler, Eamonn, *Public Choice - A Primer*, *The Institute of Economic Affairs*, Profile Books, London, 2012.

Charles, Sir John A., “Türkiye’de Sağlık İşlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Rapor”, *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Uygulama Planı Üzerinde Çalışmalar*, Ragıp Üner-Nusret H. Fişek (Ed.), Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayın No: 256, Ankara, 1961.

Charter Of Fundamental Rights Of The European Union, http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_en.pdf, (06.03.2016).

Chernichovsky, Dov, *The Economic Theory of the Household and Impact Measurement of Nutrition and Related Health Programs*, World Bank, 1978.

Clarke, Simon, “Devlet Tartışmaları”, (Der. Simon Clarke), *Devlet Tartışmaları Marksist Bir Devlet Kuramına Doğru*, (Çev: İbrahim Yıldız), Ütopya Yay., Ankara, 2004.

- Coase, Ronald H., “The New Institutional Economics”, *The American Economic Review*, Vol. 88, No. 2, 1998, s.72-74.
- Coase, Ronald H., “The Nature of the Firm, *Economica*”, *New Series*, Vol: 4, No: 16, 1937, s.386-405.
- Coase, Ronald H., “The Problem of Social Cost”, *Journal of Law and Economics*, The University of Chicago Press, Vol. 3, 1960, s. 1-44.
- Coase, Ronald H., “The Federal Communications Commission”, *Journal of Law and Economics*, Vol:2, 1959, s.1-40.
- Commons, John R., “Institutional Economics”, *American Economic Review*, Vol. 21, 1931, s. 648-657.
- Culyer, Anthony J., ve Joseph P. Newhouse, *The State and Scope of Health Economics*, (Ed:Anthony J. Culyer And Joseph P. Newhouse) Handbook Of Health Economics, Elsevier Science B.V., Amsterdam, The Netherlands, 2000
- Cural, Mehmet, “Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin Mali Yapısı Ve Sisteme Yapılan Bütçe Transferlerinin Ekonomik Yansımaları”, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt: 21, Sayı:2, 2016, s.693-706.
- Çalıköğlü, Şule, Sağlık Politikası Kapsamında Türkiye'deki Bebek Ölümleri Konusunda Bir Çalışma, Bilkent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2001.
- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Genel Sağlık Sigortası Verilerinin Güvenliği ve Paylaşımına İlişkin Yönetmelik, RG: 11.07.2012, Sayı: 28350.
- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 2004 Yılı Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı İlaç Listesi ve Uygulama Talimat (Seri No:2004/1), RG: 28.05.2004, Sayı: 25475.
- Çetin, Tamer, “Devletin Ekonomiye Müdahalesinin Kurumsal Maliyeti”, *Çimento İşveren Dergisi*, 2007, s.38-55.
- Çetin, Tamer, “Yeni Kurumsal İktisat”, *Sosyoloji Konferansları*, No: 45, 2012, s.43-73.
- Çiçeklioğlu, Meltem, Meksika Sağlık Sistemi, *Toplum ve Hekim*, Cilt:22, Sayı:3, s.188-197.
- Çiçen, Yıldırım Beyazıt, Türkiye’de Ekonomik Performansın Kurumsal Temelleri: Yeni Kurumsal İktisat Perspektifi, Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2015.
- Çiner, Can Umut, “Devlet Reformunda Yerelleşme Ve Bölgeselleşme Üzerine”, *Memleket Siyaset Yönetim*, Cilt: 5, Sayı: 12, 2010, s.168-180.
- Çiner, Can Umut, Devlet Reformunda Yerelleşme ve Bölgeselleşme: Türkiye’ye Karşılaştırmalı Bir Bakış, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi, (Ankara), 2010.

- Çiner, Can Umut ve Gürhan Fişek, “Sağlıkta Sosyalleştirme “Genel” ile “Yerel”in Önemi, *Prof. Dr. Kurthan Fişek için Yönetim Üzerine*, 2010, s.289-296.
- Çoban, Orhan, “Endüstri İktisadı: Kavramlar, Olgular ve Etkileşimler”, *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, Cilt:3, Sayı:1, 2002, s.163-174.
- Davas, Aslı, “İlk Dönem Sömürge Sağlık Politikaları”, *Toplum ve Hekim*, Cilt:18, Sayı:3, 2003, s.181–185.
- Demir, Ömer, *Kurumcu İktisat*, Vadi Yayınları, Ankara, 1996.
- Demsetz, Horold, “Towards a Theory of Property Rights”, *American Economic Review*, Vol. 57, No. 2, 1967, s. 347-359.
- Denk, Erdem, *Uluslararası Örgütler Hukuku Birleşmiş Milletler Sistemi*, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2015.
- Derviş, Kemal, Sherman Robinson, *The Foreign Exchange Gap, Growth and Industrial Strategy in Turkey: 1973-1983*, World Bank, USA, 1978.
- Devlet Memurları Kanunu ile Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG:01.07.2003, Sayı: 25155.
- Dokuzuncu Kalkınma Planının (2007-2013) Onaylandığına İlişkin Karar, RG: 01.07.2006, Sayı: 26215 Mükerrer.
- Dokuzuncu Kalkınma Planı ile İlgili 2005/18 sayılı Başbakanlık Genelgesi, RG: 05.07.2005, Sayı: 25866.
- DPT, Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967), Ankara, 1963.
- DPT, İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972), Ankara, 1968.
- DPT, Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977), Ankara, 1973.
- DPT, Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983), Ankara, 1979.
- DPT, Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989), Ankara, 1985.
- DPT, Türkiye Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü, 1988.
- DPT, Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü ve Mevcut Durum Raporu, Ankara, 1989.
- DPT, Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994), Yayın No: 2174, Ankara, 1989.
- DPT, Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü Sonuç Raporu, 1990, Ankara.
- DPT, Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000), Ankara, 1995.
- DPT, Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Ankara, 2000.
- DPT, Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Hizmet Ticaretinin Serbestleştirilmesi Özel İhtisas Komisyonu Raporu,Anakara,2000,<http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/>, (05.04.2016).
- DPT, 2003 Yılı Yıllık Programı, Ankara, 2003.
- DPT, 2006 Yılı Yıllık Programı, 2006, Ankara.
- DPT, 2007 Yılı Yıllık Programı, 2007, Ankara.

- DPT, 2009 Yılı Yıllık Programı, Ankara, 2009.
- DPT, Dokuzuncu Kalkınma Planı 2007-2013, Ankara, 2006.
- DPT, 2010–2012 Dönemi Yatırım Programı Hazırlıkları İle İlgili Genelge (No:2009/1), RG: 18.09.2009, Sayı: 27353.
- Eğilmez, Mahfi, “Nedir Bu Yapısal Reformlar”, <http://www.mahfiegilmez.com/2012/01/nedir-bu-yapsal-reformlar.html>, (28.09.2016).
- Elbek, Osman, “Her Şey Sermaye İçin Sevgilim”, içinde *Türkiye’de Sağlık Siyaset Piyasa* (Der: Gülbiye Y. Yaşar vd) NotaBene Yayınları, Ankara, 2015, s.21-56.
- Ergun, Ayşe Dericioğulları, Songül Sallan Gül, “Küreselleşme, Ulus Ötesi Aktörler ve Türkiye’de Sağlık Hizmetinin Piyasalaştırılması” Sütçü İmam Üniversitesi İİBF, 8-9-10 Ekim 2009, Kahramanmaraş.
- Ergun, Cem, Ayşegül Dericioğulları Ergun, “Dönüşüm mü, Piyasalaştırma mı? Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Üzerine Bir Tartışma”, *Toplum ve Demokrasi*, Cilt:4, Sayı: 8-9-10, s.33-54.
- Erol, Hatice, Abdullah Özdemir, “Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Cilt:4, Sayı:1, 2014, s.9-34.
- Ferranti, David de, *Payingfor Health Services in Developing Countries*. World Bank Staff Working Paper 721, Washington, D.C. 1985.
- Fişek, Nusret, “Türkiye’de Sağlık Politikası”, *Toplum ve Hekim*, Sayı:34, Eylül 1984, s.30-31.
- Fişek, Nusret, “Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Sağlık Politikaları”, http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/13.html, (18.03.2016).
- Fuchs, Victor R., *Essays in the Economics of Health and Medical Care*, National Bureau Of Economic Research, Columbia University Press, New York, 1972.
- Mills, Anne, Luciy Gilson, *Health Economics for Developing Countries: A Survival Kit*, HEFP Working Paper 01/88, LSHTM, Also Published as EPL Publication No:17, 1988
- Glassman, Amanda, “A Results-Based Financing Duo: The World Bank and Global Fund”, <http://www.cgdev.org/blog/results-based-financing-duo-world-bank-and-global-fund>, (04.03.2016).
- Genel Sağlık Sigortalısı Gelir Tespiti İşlemleri ile İlgili 2012/4 sayılı Başbakanlık Genelgesi, RG: 11.01.2012, Sayı: 28170.
- Golladay, Frederick, F. Liese, *Health Problems And Policies In The Developing Countries*, Staff Working Paper No: 412. The World Bank. Washington, D.C. 1980.
- Göktaş, Altuğ Murat, Türkiye’de Sağlık Reformu ve Hanehalkı Refahı Üzerindeki Etkileri, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalı, Yayımlanmamış Doktora Tezi, 2014, Ankara.

- Grandin, Greg, “Milton Friedman ve İmparatorluk Ekonomisi”, <http://sendika10.org/2006/12/milton-friedman-ve-impatorluk-ekonomisi-greg-grandin/>, (22.05.2016).
- Griffin, Charles C., *Strengthening Health Sevices In Devoloping Countries Through The Private Sector*, IFC, World Bank, 1989.
- Grossman, Michael, *The Demand For Health: A Theoretical And Empirical Investigation*, National Bureau Of Economic Research, Columbia University Press, New York, 1972.
- Güler, Birgül Ayman, , *Yeni Sağ ve Devletin Değişimi*, TODAİE, Ankara, 1996.
- Güler, Birgül Ayman, “Devlet Reformu Sorunu”, *Liberal Reformlar ve Devlet*, (Haz. Aytül Güneşer), KİGEM Vakfı Yay., Ankara, 2004.
- Güler, Birgül Ayman, *Yeni Sağ ve Devletin Değişimi Yapısal Uyarlama Politikaları*, (2. Baskı), İmge Kitabevi, Ankara, 2005.
- Güler, Birgül Ayman, “Sosyal Devlet ve Yerelleşme”, *Memleket Siyaset Yönetim*, Cilt:1, Sayı:2, 2006, s.29-43.
- Güler, Esra, “Geçiş Ekonomileri ve Yeni Kurumsal İktisat’ın Yeniden Yükselişi” *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 13 (1) 2012, s.52-68.
- Güngör, Harun, *Sağlık Sektöründe Kamu - Özel İşbirliği Uygulamaları ve Türkiye İçin Değerlendirme*, T.C. Kalkınma Bakanlığı, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2012.
- Gürçaylılar, Tuğba Yenidoğan, “Yeni Kurumsal İktisat Geleneğinde İşlem Maliyeti Teorisinin Rolü ve Son Gelişmeler”, *Business and Economics Research Journal*, Vol:4, No:2, 2013, s.109-134.
- Güzelsarı, Selime, “Sağlık Sisteminde Yeniden Yapılanma ve Kamu-Özel Ortaklıkları”, *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt: 45, Sayı: 3, 2012, s.29-57.
- Hamzaoğlu, Onur, “Dünyada Sağlık Reformu Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm: Gerçekler ve Belgeleri”, *Toplum ve Hekim*, Cilt:28, Sayı:3, 2013, s.172-180.
- Hastaneler Talimatnamesi 17413 sayılı kararname RG: 06.04.1942, Sayı: 5076.
- Hazineye Ait Taşınmaz Malların Değerlendirilmesi ve Katma Değer Vergisi Kanununda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, RG:18.07.2001, Sayı: 24466.
- Hepaksaz Engin, “Kamu Tercihi ve Anayasal İktisat Teorisi Perspektifinden Anayasal Mali Reform”, *Finans Politik & Ekonomik Yorumlar Dergisi*, 2007, Cilt: 44, Sayı:514, s.89-109.
- Hill, P. J., “Public Choice: A Review”, *Faith & Economics*, No.34, 1999, s.1-10.
- Hirsch, Joachim, “The State Apparatus and Social Reproduction: Elements of a Theory of the Bourgeois State”,(der. Holloway ve Picciotto), *State and Capital: A Marxist Debate*, University of Texas Pres, Austin, 1979.

- Hodgson, Geoffrey M., “The Economics of Property Rights’ is About Neither Property Nor Rights”, http://web.law.columbia.edu/sites/default/files/microsites/law-economics-studies/20141104_ec_prop_rights_about_neither.pdf (14.04.2016).
- Homedes, Nuria -Antonio Ugalde, “Why Neoliberal Health Reforms Have Failed in Latin America” *Health Policy*, Vol.71(1) s.83-96.
- İskenderoğlu, Lerzan, *Uluslararası Para Sisteminin Sorunları ve İyileştirme Çalışmaları*, T.C. Merkez Bankası Araştırma Planlama Eğitim Müdürlüğü, Tartışma Tebliği No: 887, Ankara, 1988.
- İstanbul Ticaret Odası, *İşletme Yönetiminde Yeni Eğilimler Dizisi Sorularla Dış Kaynak Kullanımı*, Yayın No: 2004-27, İstanbul, 2004.
- İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu, RG: 16.07.2015, Sayı: 6058.
- Jackson, Penny, “Value for Money And International Development: Deconstructing Myths To Promote A More Constructive Discussion, OECD, 2012, <http://www.oecd.org/development/effectiveness/49652541.pdf>, (04.03.2016)
- Jessop, Bob, *Devlet Teorisi Kapitalist Devleti Yerine Oturtmak*, Epos Yay., (Çev: Ahmet Özcan), Ankara, 2008.
- Jessop, Bob, *Kapitalist Devletin Geleceği*, Epos Yayınları, Ankara, 2009.
- Jimenez, Emmanuel, *Cost Recovery in Health and Education-Bank Policy and Operations*, World Bank, Washington D.C.,1987. <http://documents.worldbank.org/curated/en/2015/09/11736074/pricing-policy-social-sectors-cost-recovery-education-health-developing-countries>, (29.12.2015).
- Kalkınma Bakanlığı 2012–2014 Dönemi Yatırım Programı Hazırlıkları ile İlgili 2011/2 sayılı Kalkınma Bakanlığı Genelgesi, RG:13.10.2011, Sayı: 28083 Mükerrer.
- Kalkınma Bakanlığı, 10. Kalkınma Planı, Kamu Harcamalarının Rasyonelleştirilmesi Programı Eylem Planı (2014–2018), Ankara, 2014.
- Kalkınma Bakanlığı, Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018) 2015 Yılı Programı, Ankara,2014.
- Kalkınma Bakanlığı, *Dünyada ve Türkiye’de Kamu Özel İşbirliğine İlişkin Gelişmeler*, Ankara, 2016.
- Kama, Özge, “Yeni Kurumsal İktisat Okulunun Temelleri”, *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt:13, Sayı:2, 2011, s.183-204.
- Kamu İhale Kurumu, *Kamu Alımları İzleme Raporu 2013*, Kurumsal Gelişim ve Araştırma Dairesi Başkanlığı, Ankara, 2014.
- Kamu İhale Kurumu, *Kamu Alımları İzleme Raporu 2014*, Kurumsal Gelişim ve Araştırma Dairesi Başkanlığı, Ankara, 2015.

- Kamu İhale Kurumu, *Kamu Alımları İzleme Raporu 2015*, Kurumsal Gelişim ve Araştırma Dairesi Başkanlığı, Ankara, 2016.
- Kamu İhale Kurumu, *Kamu Alımları İzleme Raporu, (Ocak -Ağustos) 2016*, Kurumsal Gelişim ve Araştırma Dairesi Başkanlığı, Ankara, 2016.
- Karahanoğulları, Onur, *Kamu Hizmeti Kavram ve Hukuksal Rejim*, Turhan Kitabevi, Ankara, 2004.
- Karahanoğulları, Onur, “Hizmet Ticareti Genel Anlaşması (Gats) ve Kamu Hizmetleri”, <http://80.251.40.59/politics.ankara.edu.tr/karahan/makaleler/gatsvekamuhizmetleri.pdf>, (06.04.2016).
- Karahanoğulları Onur, “Kamu Hizmetleri Piyasa İlişkisinde Dördüncü Tip: Eksik İmtiyaz (Kamu-Özel Ortaklığı)”, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, Cilt: 66, No:3, 2011, s. 177-215.
- Karaman, K. Kıvanç, “Hukuk, Siyaset Ve Uzun Dönemli İktisadi Gelişme” *Marmara Üniversitesi İ.İ.B. Dergisi*, 2013, Cilt:35, Sayı:2, s.29-48.
- Karasu, Koray, “Kamu Özel Ortaklığı: Sözleşme Sisteminin Genelleşmesi”, *Kamu Yönetimi Yapı İşleyiş Reform*, (Ed: Barış Övgün), Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Kamu Yönetimi Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayın No: 5, Ankara, 2009, 79-91.
- Karasu, Koray, “Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu – Özel Ortaklığı”, *Toplum ve Hekim*, Cilt:26, Sayı:4, 2011, s.245-273.
- Kaul Inge, Isabelle Grunberg vd., *Global Public Goods: International Cooperation in the 21. Century*, UNDP, Oxford University Press, New York, 1999.
- Katma Değer Vergisi Kanunu ile Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yaptırılması Hakkında Kanunda ve Kamu İhale Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG: 04.04.2012, Sayı: 28254.
- Kaya, Safiye, “Dünya Bankası ve Türkiye”, *Sayıştay Dergisi*, Sayı: 46-47, 2002, s.1-42.
- Kerman, Uysal, Türkiye’de Devletin Küçültülmesi Sorunu, Yayınlanmamış Doktora Tezi, AÜ. Siyasal Bilgiler Fakültesi, Ankara, 2006.
- Kasper, Wolfgang, Manfred E. Streit, *Institutional Economics Social Order and Public Policy*, Cheltenham, UK: Edward Elgar, 1998.
- Kızılboğa, Rüveyda, “Kamu Tercih ve Anayasal İktisat Teorilerinin Değerlendirilmesi”, *N.E.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı:2, 2012, s.91-109.
- Korkmaz, Tülay, “Türkiye’nin Kullandığı Uluslararası Krediler ve Çevre (IMF ve DB)”, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Çevre Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2003.

- Kuruca, Mustafa “SGK’nin Vizyonu”, <http://www.sdplatform.com/Dergi/846/SGKnin-2023-vizyonu.aspx>, (11.04.2016).
- Laurell, Asa Cristina , “Latin Amerika’da Sağlık Reformları”, *Toplum ve Hekim*, Cilt:23, Sayı:2, 2008, s.134-142.
- Lee, Jong Chan, “Health Care Reform in South Korea: Success or Failure?”, *Am J Public Health*, 2003 January; 93(1): s.48–51.
- Maliye Bakanlığı 2005 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı (Sıra No: 18) (Tedavi Yardımı), RG:15.12.2005, Sayı: 26024.
- Maliye Bakanlığı, *2016 Yılı Yıllık Bütçe Konuşması*, 2015.
- Maliye Bakanlığı Tebliğ 2009–2011 Dönemi Bütçe Çağrısı, RG:08.07.2008, Sayı: 26930 Mükerrer.
- Maliye Bakanlığı Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği (Sıra No: 8) RG: 07.02.2009, Sayı: 27134.
- Maliye Bakanlığı Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği (Sıra No: 11), RG: 05.09.2009, Sayı: 27340.
- Maliye Bakanlığı, 2004 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı (Sıra:4 Tedavi Yardımı), RG:11.02.2004, Sayı: 25370.
- Maliye Bakanlığı, 2005 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı (Sıra No: 4) (Tedavi Yardımı) RG:09.02.2005, Sayı:25722.
- Maliye Bakanlığı, Kamu Personelinin Sağlık Hizmetlerinin Sosyal Güvenlik Kurumuna Devrine İlişkin Tebliğ, RG:31.12.2009, Sayı: 27449 Mükerrer.
- Maliye Bakanlığı, “Kantitatif Analiz Teknikleriyle Sağlık Sektörü Ön Çalışma Raporu: Türkiye’de Sağlık Sektörünün Durumu ve Sağlık Politikaları, Nicel ve Nitel Bir Analiz”, *Mali Durum Beklentiler Raporu*, [http://www.sgb.gov.tr/S/Maliye Politikası Projesi/Sağlık Sektörü/Taslak MBPsaglikraporu1.doc](http://www.sgb.gov.tr/S/Maliye%20Politikası%20Projesi/Sağlık%20Sektörü/Taslak%20MBPsaglikraporu1.doc), (20.04.2016).
- Maliye Bakanlığı, Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği (Sıra No: 6), RG:29.04.2006, Sayı: 26153.
- Maliye Bakanlığı: Tedavi Katılım Payının Uygulanması Hakkında Tebliğ, (Sıra No: 12), RG: 18.09.2009, Sayı: 27353.
- Maliye Bakanlığı: Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği (Sıra No: 7) RG:31.05.2006, Sayı: 26184.
- Maliye Bakanlığı: Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği (Sıra No: 8), RG: 25.05.2007, Sayı: 26532 Mükerrer.
- Maliye Bakanlığı: Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği (Sıra No: 4), RG:20.01.2009, Sayı: 27116.

- Milletlerarası Andlaşma Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığınca Yürütülecek Olan Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesinin Finansman İhtiyacının Karşılanması Amacıyla Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankasından Sağlanan Krediyeye Dair Anlaşma ve Mektupların Yürürlüğe Girmesi Hakkında Karar, Kredi Numarası 7717-TU RG:09.09.2009, Sayı: 27344.
- Milletlerarası Andlaşma Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Ve Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi Arasında İki Yıllık İşbirliği Anlaşması (2004–2005)’nin Onaylanması RG:08.07.2009, Sayı: 27282.
- Milletlerarası Andlaşma, Türkiye Cumhuriyeti İle Uluslararası İmar Ve Kalkınma Bankası Arasında Akdedilen Sağlık Projesi İkraz Anlaşması İkraz No: 3057 TU, RG: 07.10.1990, Sayı: 20658.
- Milletlerarası Andlaşma, Türkiye Cumhuriyeti ve Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası Arasında İkraz Anlaşması (İkinci Sağlık Projesi) İkraz No: 3802 TU, RG: 22.12.1994, Sayı: 22149.
- Milletlerarası Andlaşma, Türkiye Cumhuriyeti ve Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası Arasında İkraz Anlaşması (Temel Sağlık Hizmetleri Projesi), İkraz No: 4201 TU RG: 17.12.1997, Sayı: 23203.
- Milletlerarası Andlaşma, Türkiye Cumhuriyeti ve Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası Arasında 7 Temmuz 2006 tarihli Kredi Anlaşması (Program Amaçlı Kamu Sektörü Kalkınma Politikası Kredisi) Kredi Numarası: 7394 – TU, RG: 12.08.2006, Sayı: 26257.
- Mushkin, Selma J., “Health as an Investment”, *Journal of Political Economy*, Vol. 70, No. 5, Part 2: Investment in Human Beings (Oct., 1962), s.129-157.
- Mushkin, Selma J., “Toward a Definition of Health Economics”, *Public Health Report*, Vol. 73, No. 9, 1958, s.785–794.
- Müller, Felix, “Hukukun Ekonomik Teorisi”, (Çev. Ahmet M. Güneş), *Küresel Bakış*, Yıl:1, Cilt:1, Sayı:3, 2011, s.1-20.
- Navarro, Vicente “What is happening at the World Health Organisation”, *International Association of Health Policy*, <http://www.healthp.org/node/6>, (03.05.2017).
- North, Douglass C., *Kurumlar, Kurumsal Değişim ve Ekonomik Performans* (Çev. Gül Çağalı Güven), Chernichovsky Dov, *The Economic Theory of the Household and Impact Measurement of Nutrition and Related Health Programs*, World Bank, 1978.
- Nyman, John A., “The Economics of Moral Hazard Revisited”, *Journal of Health Economics*, 18:6, s. 811- 824.

- OECD, *Türkiye’de Yakın Tarihte Yapılan Sağlık Reformları*, OECD Sağlık İncelemeleri Türkiye, 2008.
- OECD, *Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye*, OECD, World Bank, 2008.
- OECD, *Public-Private Partnerships: In Pursuit of Risk Sharing and Value for Money*, 2008.
- OECD, *Achieving Better Value for Money in Health Care: Patterns of Health Care Spending Growth*, 2009.
- OECD, *Value for Money in Health Spending*, 2010.
- Olle, P. V., “Türkiye’de Genel Sağlık İdaresi”, *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Uygulama Planı Üzerinde Çalışmalar*, Ragıp Üner- Nusret H. Fişek (Ed.), Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayın No: 256, Ankara, 1961.
- Onar, Sıddık Sami, *İdare Hukukunun Umumi Esasları*, Cilt I, Üçüncü Baskı, İstanbul, 1966.
- Onuncu Kalkınma Planı Hazırlıkları ile İlgili 2012/14 sayılı Başbakanlık Genelgesi, RG: 05.06.2012, Sayı: 28314.
- Orhaner, Emine, “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası”, *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, Sayı: 1, 2006, s.1-22.
- Otçu, Şükrü, Türkiye’de Sağlık Sisteminin Aksaklıkları ve Sağlık Reformu, Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Muğla, 2001.
- Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Devlet Tarafından Karşılanması Ve Yeşil Kart Uygulaması Hakkında Yönetmelik, RG: 13.08.1992, Sayı: 21314.
- Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılması Hakkında Yönetmelik, RG:09.01.2007, Sayı: 26398.
- Ökten, Ali İhsan, “Sağlıkta Rekor Kırdık-2: Dünyada Acil Servislere En Fazla Başvuran Ülkeyiz”, <http://www.hekimedya.org/index.php/yazarlar/dr-ali-ihsan-okten/3276->,(24.05.2016).
- Övgün, Barış, “Değişmeyen Kamu Politikası: Kamu Yönetimi Reformu”, *AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Güz 2013, Cilt:13, Yıl:13, Sayı:2, s.325-339.
- Övgün, Barış ve Aziz Küçük, “Sağlık Hizmetlerinde Yeniden Ölçeklendirme: Bölge Uygulamaları”, *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt: 46, Sayı: 1, 2013, s.57-80.
- Özbaran, M. Hakan, “Türkiye’de Kamu Harcamalarının Son Beş Yılıının Harcama Türlerine Göre İncelenmesi”, *Sayıştay Dergisi*, Sayı:53, 2004, s.115-138.
- Özçelik, Emre, “Kurumlar, Kurumsal İktisat ve Avusturya Okulu”, içinde *Kurumsal İktisat* (Der. Eyüp Özveren), İmge Yayınevi, Ankara, 2007, s.201-236.
- Özel Hastaneler Tüzüğü, RG: 10.01.1983, Sayı: 17924.
- Özel Hastaneler Yönetmeliği, RG: 27.03.2002, Sayı: 24708.

- Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik
<http://www.turkderm.org.tr/turkdermData/Uploads/files/OHKarsilastirma.pdf>,
(13.06.2016).
- Özel İdare Hastanelerinin Muvazenei Umumiyyeye Devri ve 4862 sayılı Kanuna Bağlı (1) ve (2) sayılı Cetvellerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, RG: 15.07.1953, Sayı: 8458.
- Özen, Yelda, Türkiye’de Sağlık Politikası, Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilimdalı, Ankara, 2000.
- Özgen, Hacer, “İşlem Maliyetleri Teorisi: Sağlık Hizmetleri Sunumunda Sözleşme mi Yoksa Örgüt Yapılanma mı?”, *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt:35, Sayı:2, 2002, s.49-59.
- Öztürk, Osman, “Şehir Hastaneleri Problem Olaya Devam Ediyor”,
<http://www.soldefter.com/2016/05/10/sehir-hastaneleri-problem-olmaya-devam-ediyor/>,
(01.02.2017).
- Özveren, Eyüp, “Kurumsal İktisat: Aralanan Karakutu” içinde *Kurumsal İktisat* (Der. Eyüp Özveren), İmge Yayınevi, Ankara, 2007, s.15-44.
- Özyurt, Hasan, “Atatürk Dönemi Birinci ve İkinci Beş Yıllık Sanayileşme Planları ve Türk Ekonomisindeki Yapı Değişikliğine Etkileri (1933-1938)”
<http://www.journals.istanbul.edu.tr/iuoskon/article/view/1023006477>, (10.06.2016).
- Pala, Kayıhan, “Sağlık Hizmetlerinde Döner Sermaye Uygulaması”, *Toplum ve Hekim*, Cilt:20, Sayı:1, 2005, s.72-74.
- Pala, Kayıhan, *Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu*, Bursa, 2007.
- Rebelo, Luis Pina, “The Origins and the Evolution of Health Economics: a discipline by itself? Led by Economists, Practitioners or Politics?”, *Universidade Católica Portuguesa* (Porto): 16/2007, s.1-23.
- Roberts, Marc J., Peter Berman, William Hsiao, Michael R. Reich, *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity*, USA, 2003.
- Roth, Gabriel, *The Private Provision of Public Services in Developing Countries*, World Bank Institute, Washington, D.C., 1987.
- Sağlık Bakanlığı, *Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2006*, Ankara, 2007.
- Sağlık Bakanlığı 2010 Yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2011, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı 2011 Yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2012, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı 2012 Yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2013, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı 2013 Yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, RG: 25.05.2010, Sayı: 27591.
- Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliği, RG:08.06.2004, RG: 25486.

Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, Avrupa Birliği Ülkelerindeki Hastane Hizmetleri Araştırma Raporu.

Sağlık Bakanlığı Ayakta Teşhis Ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG:31.12.2009, Sayı: 27449 Mükerrer.

Sağlık Bakanlığı Ayakta Teşhis Ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG:10.03.2010, Sayı: 27517.

Sağlık Bakanlığı Ayakta Teşhis Ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik, RG:15.02.2008, Sayı: 26788.

Sağlık Bakanlığı Bağlı Kuruluşları Hizmet Birimlerinin Görevleri İle Çalışma Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG: 13.03.2014, Sayı: 28940.

Sağlık Bakanlığı Beşeri Tıbbi Ürünler Ambalaj Ve Etiketleme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG: 30.05.2009, Sayı: 27243.

Sağlık Bakanlığı Beşeri Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG:22.04.2009, Sayı: 27208.

Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Yönetmeliği, RG: 10.12.2014, Sayı: 29201.Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2009/19 sayılı Genelge, Sayı: B.10.0.THG.0.10.00.19-5330.

Sağlık Bakanlığı Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG:15.02.2008, Sayı: 26788.

Sağlık Bakanlığı Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG: 24.05.2010, Sayı: 27590.

Sağlık Bakanlığı Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG:07.04.2011, Sayı: 27898.

Sağlık Bakanlığı Tarafından, 4734 sayılı Kamu İhale Kanununun 3 üncü Maddesinin (f) Bendi Kapsamında Yapılacak İhalelere İlişkin Esaslar Hakkında Karar, RG: 31.06.2010, Sayı: 27658.

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları Global Konferanslardan Bildiriler, Ankara, 2011.

Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2003-2011, Ankara, 2012.

Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşların Taşra Teşkilatında Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik, 17.08.2012, Sayı: 28387.

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, RG: 02.11.2011, Sayı: 28103 Mükerrer.

Sağlık Bakanlığı, 2015 Yılı Bütçe Sunum Konuşması 2014, Ankara.

Sağlık Bakanlığı, 2015 Yılı Bütçe Sunumu, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-94368/h/butcesunumu.pdf>, (23.09.2016).

Sağlık Bakanlığı, 2017 Yılı Bütçe Sunumu, <http://www.saglik.gov.tr/Eklenti/1337,sb-2017-yili-butce-sunumu-plan-butcepdf-1pdf.pdf?0>, (28.12.2016).

Sağlık Bakanlığı, *21 Hedefte Türkiye Sağlıkta Gelecek*, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, 2007.

Sağlık Bakanlığı, Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğin 6'ncı Maddesinin Değiştirilmesine Dair Yönetmelik, RG:20.02.2004, Sayı: 25379.

Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, RG:06.07.2005, Sayı: 25867.

Sağlık Bakanlığı, Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG:10.07.2003, Sayı: 25164.

Sağlık Bakanlığı, Ayakta Teşhis Ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG: 26.09.2006, Sayı: 26295.

Sağlık Bakanlığı, Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, RG:04.03.2005, Sayı:25745.

Sağlık Bakanlığı, Dünya Sağlık Örgütü Türkiye İlişkileri, T.C. Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı, Ankara, 1997.

Sağlık Bakanlığı, Eczaneler ve Eczane Hizmetleri Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG:09.12.2004, Sayı: 25665.

Sağlık Bakanlığı, Eczaneler ve Eczane Hizmetleri Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG:20.01.2006, Sayı: 26055,

Sağlık Bakanlığı, Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, RG:24.07.2003, Sayı: 25178.

Sağlık Bakanlığı, Herkese Sağlık Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri, Ankara, 2001.

Sağlık Bakanlığı, Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Devlet Tarafından Karşılanması ve Yeşil Kart Uygulaması Hakkında Yönetmeliğin Bazı Maddelerinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG:13.06.2003, Sayı: 25137.

- Sağlık Bakanlığı, Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Devlet Tarafından Karşılanması ve Yeşil Kart Uygulaması Hakkında Yönetmeliğin Bazı Maddelerinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG:17.04.2004, Sayı: 25405.
- Sağlık Bakanlığı, Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG:13.04.2003, Sayı: 25078.
- Sağlık Bakanlığı, Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG:21.10.2006, Sayı: 26326.
- Sağlık Bakanlığı, Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG:14.01.2004, Sayı: 25346.
- Sağlık Bakanlığı, Proje Yönetim Destek Birimi, “Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi”, <http://pydb.saglik.gov.tr/index.php/2014-09-04-11-16-56/sdsgrp-ii-faz.html>, (25.11.2015).
- Sağlık Bakanlığı, *OECD Sağlık İstatistikleri 2015*, Türkiye, <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/10b60745ac2a46c99643bb2a120674c0.pdf>, (19.05.2017).
- Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun, RG: 09.01.1961, Sayı: 10702.
- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik, RG: 09.09.1964, Sayı: 11802.
- Sağlık Bakanlığı, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Stratejik Planı 2013-2017, Ankara, 2013.
- Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, RG: 15.05.1987, Sayı: 19461.
- Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bölge Planlamasına İlişkin Uygulamalar 2010/50 – 27132 sayılı Genelge.
- Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, *Türkiye Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje*, Ankara, 1992.
- Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, *Ulusal Sağlık Politikası*, Ankara, 1993.
- Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, *Sağlık Reformu Araştırmaları-1*, Ankara, 1995.
- Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, *Avrupa Sağlık Reformu Mevcut Stratejilerin Analizi*, Ankara, 1998.
- Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, *Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1997*, Ankara, 2001.

- Sağlık Bakanlığı, “Sağlıkta Dönüşüm Projesi I. Faz”, <http://pydb.saglik.gov.tr/index.php/2014-09-04-11-16-56/sdp-i-faz-tamamland.html>, (22.11.2015).
- Sağlık Bakanlığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı, *2009 Yılı İdari Faaliyet Raporu*, Ankara, 2010.
- Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Üç Yıl (1999-2002)*, Ankara, 2002.
- Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Dönüşüm 2003*, Ankara, 2003.
- Sağlık Bakanlığı, Teşhis ve Tedavi Amacıyla Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Hasta Sevkine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ, RG:30.05.2003, Sayı: 25123.
- Sağlık Bakanlığı, Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usuller, RG:05.05.2004, Sayı:25453.
- Sağlık Bakanlığı, Türkiye Hastalık Yükü Çalışması, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2004, Ankara, 2006.
- Sağlık Bakanlığı, Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG:14.01.2004, Sayı: 25346.
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Hizmet Bölgeleri Organizasyon Şemasının Güncellenmesi, 2016, Sayı: 83913885.
- “Sağlık Bakanlığı’nın Tarihçesi”, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-40121/tarihce.html>, (14.06.2016).
- Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik RG:12.05.2006, Sayı: 26166.
- Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun İle 2006 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG:11.03.2006, Sayı: 26105.
- Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılması Hakkında Yönetmelik, RG:25.08.2007, Sayı: 26624.
- Sağlık Bakanlığınca Yapılacak Piyasa Gözetimi Ve Denetiminin Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik, RG:25.06.2007, Sayı: 26563.
- Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesisleri Ve Üniversitelere Ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı Ve İşbirliği Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik, RG:18.02.2011, Sayı: 27850.
- Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, http://www.asm.gov.tr/uploadgeneldosyalar/dosyalar/143/mevzuat/24_01_2011_14_52_16.pdf, (20.04.2016).

- Sağlık Reformunun Doğru Yapılması Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi İçin Bir Kılavuz, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, 2009.
- Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtırılması İle Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet Ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG:22.05.2010, Sayı: 27588.
- Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu ile İlgili 2015/3 sayılı Başbakanlık Genelgesi, RG: 07.02.2015, Sayı: 29260.
- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Uygulama Planı Üzerinde Çalışmalar, Ragıp Üner- Nusret H. Fişek (Ed.), Yayın No: 256, Ankara, 1961.
- Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usuller, RG: 05.05.2004, Sayı: 25453.
- Saltman, R. B., J.Figueras, “Avrupa ülkelerindeki Sağlık Reform Stratejilerinin Değerlendirilmesi”, *Toplum ve Hekim*, Cilt: 14, Sayı:5, 1999.
- Saltman, R.B., J. Figureas, “The Process of Implementing Reform”, *Dans: European Health Care Reform Analysis Of Current Stratecies*, WHO Regional Publications, European Series, No: 72, s.247-272.
- Samuelson, Paul A., “The Pure Theory of Public Expenditure”, *The Review of Economics and Statistics*, Vol. 36, No. 4, 1954, s.387-389.
- Sarfati, Metin, “Rasyonelite ve Neoklasik Kuram”, *Ekonomik Yaklaşım*, Cilt: 16, Sayı: 57, s.103-130.
- Sargutan, Erdal, “Güney Kore Sağlık Sistemi”, <http://www.sargutan.com/page17.html>, (29.08.2015).
- Sargutan, Erdal, *Türkiye Sağlık Politikası, Değerlendirmeler, İlkeler, Öneriler*, (3. Baskı) Sağlık Yayınları, Ankara, 1996.
- Sarıhasanoğlu, Neslihan, *Global Sağlık Politikası Işığında Türk Sağlık Politikası*, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2000.
- Saussier, Stéphane, “Transaction Costs and Contractual Incompleteness: The Case of Électricité de France”, *Journal of Economic Behavior and Organization*, Vol.42, 2000, s.189-206.
- Savedoff, William D., “Kenneth Arrow and the Birth of Health Economics” *Public Health Classics*, Bulletin of the World Health Organization, 82:2, 2004, s.139-140.
- Sayan, İpek Özkal ve Aziz Küçük, “Türkiye’de Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği”, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, Cilt:67, No:1, 2012, s.171-203.

Sayıştay Başkanlığı, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu 2012 Yılı Sayıştay Denetim Raporu, 2013.

Sayıştay Başkanlığı, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu 2013 Yılı Sayıştay Denetim Raporu, 2014.

Sayıştay Başkanlığı, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu 2014 Yılı Sayıştay Denetim Raporu, 2015.

Sayıştay Başkanlığı, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu 2015 Yılı Sayıştay Denetim Raporu, 2016.

Sihhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti, Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etüdler, T. C. Ziraat Bankası Matbaası, No:177, Ankara, 1954.

Simon, Herbert A. "Rational Decision Making in Business Organizations", *The American Economic Review*, Vol.69, No.4, 1979, s. 493-513.

Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, RG:22.06.2007, Sayı: 26560.

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, RG: 29.10.2008, Sayı: 27012.

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, RG: 17.01.2009, Sayı: 27113.

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, RG:29.01.2009, Sayı: 27125.

Sosyal Güvenlik Kurumu, Aylık Sağlık İstatistikleri, 2015.

Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu Kararı, RG:25.03.2010, Sayı: 27532 Mükerrer.

Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu alışma Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik, RG: 23.08.2008, Sayı: 26976.

Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, RG: 20.05.2007, Sayı: 26527.

Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, RG: 03.06.2010, Sayı: 27600.

Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, RG:24.04.2011, Sayı: 27911.

Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, RG:29.02.2012, Sayı:28219.

Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, RG:05.11.2011, Sayı: 28106.

- Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, RG: 01.08.2013, Sayı: 28725.
- Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, RG: 26.09.2013, Sayı: 28777.
- Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, RG: 14.10.2014, Sayı: 29145.
- Sosyal Güvenlik Kurumu Sosyal Sigorta İşlemleri Yönetmeliği, RG:12.05.2010, Sayı: 27579.
- Sosyal Güvenlik Kurumu, Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Uygulanan “Medula” Sistemi Hakkında Tebliğ (Seri No: 1), RG: 07.12.2006, Sayı: 26369.
- Sosyal Güvenlik Kurumu, Kamu Personelinin Genel Sağlık Sigortası Kapsamına Alınması Hakkında Tebliğ, RG: 18.12.2009, Sayı: 27436.
- Sosyal Sigortalar Kanunu, RG:06.08.2003, Sayı: 25191.
- Soydan, Tarık, “Yeni Sağ Politikalar: Türkiye’de Kamu Reformu ve Kamu Hizmetleri”, *Eğitim, Bilim, Toplum Dergisi*, Cilt:5, Sayı.17, 2006/2007, s.112-135.
- Soyer, Ata vd. Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 Türkiye’inde Halka, Hekimlere ve Sağlık Personeline Ne Getiriyor? Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 2004.
- Spiller, Pablo T., “Institutions and Commitment, Industrial and Corporate Change”, *ICC*, Oxford University Press, Vol: 5(2), 1996, s.421-452.
- Sur, Haydar, “Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi”, <http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm>, (22.05.2016).
- Sürgit, Kenan, *Türkiye’de İdari Reform*, TODAİE, Ankara, 1972.
- Şafak, Erdal, “1921 Anayasası”, <http://www.sabah.com.tr/yazarlar/safak/2012/01/06/1921-anayasasi>, (10.06.2016).
- Şenalp, Mehmet Gürsan, “Dünden Bugüne Kurumsal İktisat”, içinde *Kurumsal İktisat* (Der. Eyüp Özveren), İmge Yayınevi, Ankara, 2007, s.45-142.
- Tan, Turgut, “Kamu İmtiyazından Yap İşlet Devret Modeline” *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, Cilt:47, Sayı:3, s. 307-325.
- TBMM 1041 Nolu Karar Onuncu Kalkınma Planının (2014–2018) Onaylandığına İlişkin Karar, RG: 06.07.2013, Sayı: 28699 Mükerrer.
- TBMM Genel Kurul Tutanağı 22. Dönem 3. Yasama Yılı, 41. Birleşim 26.12.2004, https://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/tutanak_g_sd.birlesim_baslangic?P4=13365&P5=B&page1=14&page2=14, (22.05.2016).
- T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Emekliliğe Yönelik Taahhütte Bulunan Kuruluşların Aktüeryal Denetimi Hakkında Yönetmelik, RG:01.03.2009, Sayı: 27156.

- T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Bireysel Emeklilik Aracıları Hakkında Yönetmelik, RG: 29.08.2009, Sayı: 27334.
- T.C. Başbakanlık Yatırım Destek ve Tanıtım Ajansı, Türkiye Sağlık Sektörü Raporu, 2010, [http://www.izmiriplanliyorum.org/static/upload/file/turkiye_saglik_sektoru_raporu_\(2010\).pdf](http://www.izmiriplanliyorum.org/static/upload/file/turkiye_saglik_sektoru_raporu_(2010).pdf), (09.03.2016).
- T. C. Başbakanlık Yatırım Destek ve Tanıtım Ajansı, “Türkiye’de 6 yılda 13 İlaç Şirketi Yabancıya Satıldı” <http://www.invest.gov.tr/tr-TR/infocenter/news/Pages/020512-global-giants-focus-on-turkey-pharma-market.aspx>, (03.01.2017).
- Tellalbaş, Işıl, Sermaye Birikimi Ve Finansallaşma Türkiye Örneği, Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Finans Ve Bankacılık Doktora Programı, Yayımlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, 2011.
- Temel Ceza Kanunlarına Uyum Amacıyla Çeşitli Kanunlarda ve Diğer Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG: 08.02. 2008, Sayı: 26781.
- Temiz, Özgür, “Türk Hukukunda Bir Temel Hak Olarak Sağlık Hakkı”, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, Cilt: 69, No: 1, 2014, s.165-188.
- Tezel, Ali, “Sevk Zinciri Hastasızlıktan Bitirildi”, <http://www.bloomberght.com/ht-yazarlar/ali-tezel/1026175-sevk-zinciri-hastasizliktan-bitirildi/>, (02.01.2017).
- TİSK, 26. Genel Kurul Çalışma Raporu, 2016.
- TKHK, Verimlilik Karnesi ve Gösterge Kartları, <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/53c15f22090448418aff485e24eae96.pdf>, (24.04.2017).
- Topuzkanamış, Engin, “Max Weber’de Ekonomi, Hukuk ve Rasyonalite”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, Cilt: 14, Sayı: 2, 2012, s.253-274.
- TTB, “Türkiye Sağlık Sektöründe Finansman”, https://www.ttb.org.tr/kutuphane/tr_saglik/finansman.pdf, (19.09.2016).
- TTB, “Şehir Hastaneleri Kamu Sağlığına Zararlıdır”, http://www.ttb.org.tr/kutuphane/s_hastane_br.pdf, (09.07.2017).
- TTB, *Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme*, 2007, Ankara.
- TTB, *Soru ve Yanıtlarla Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı*, Ankara, 2012.
- TTB, *Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamını Nasıl Dönüştürdü ?*, Ankara, 2013.
- TTB, *Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yasa Tasarısı Değerlendirme Raporu*, Ankara, 2014
- Turgut, Onur, “Çiğli’de Mutlu Son”, <http://www.sabah.com.tr/egeli/2016/03/18/cigli-de-mutlu-son>, (09.10.2016).
- TÜİK, Kamu Harcama İstatistikleri, 2013.

- TÜİK, Sağlık Harcama İstatistikleri, 2014.
- TÜİK, Sağlık İstatistikleri, 2015.
- TÜİK, “Yıllara Göre İl Nüfusları”, www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1590, (05.04.2017).
- Türkiye İlaç Sektörü Strateji Belgesi ve Eylem Planı (2015–2018) ile İlgili Yüksek Planlama Kurulunun 30/7/2015 Tarihli ve 2015/35 sayılı Kararı, RG: 09.08.2015, Sayı: 29440.
- Türkiye Kalkınma Bankası, *Yataklı Tedavi Kurumları*, Ankara 2005.
- Türkiye Sınai Kalkınma Bankası, “Sağlık Sektörü Raporu 2014”, http://www.tskb.com.tr/i/content/732_1_TSKB%20Saglik%20Sektoru%20Raporu_Aralik%202014.pdf, (09.03.2016).
- Türkiye’de Dünya Bankası, *1993-2004 Ülke Yardım Değerlendirmesi*, Bağımsız Değerlendirme Grubu, 2005.
- Türkiye Tıbbi Cihaz Sektörü Raporu Mevcut Durum, Sorunlar ve Öneriler*, Ankara, 2013.
- Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Bünyesinde Ankara İlinde Sağlık Politikaları Enstitüsü Kurulması Hakkında Karar, RG: 25.03.2017, Sayı: 30018.
- TÜSİAD, *Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri*, TÜSİAD Yay, İstanbul, 2004.
- TÜSİAD, *Charting The Way Forward Health Care Reform In Turkey*, İstanbul, 2005.
- TÜSİAD, *Sağlık Sektörünün Öncelikli Sorunlarına İlişkin Görüş ve Öneriler*, İstanbul, 2012.
- TÜSİAD, *Sağlık Sektöründeki Risklere ve Çözüm Önerilerine İlişkin TÜSİAD Görüşü*, <http://tusiad.org/tr/saglik-cg/item/2388-saglik-sektorundeki-risklere-ve-cozum-onerilerine-iliskin-tusiad-gorusu>, (05.07.2017).
- Uçar, Ruhsar, “Şehir Hastanesi (Efsanesi) Gerçeği”, <http://mersintabipodasi.org.tr/sehir-hastanesi-efsanesi-gercegi/>, (01.02.2017).
- Uçar, Aslı Yılmaz, “Kapitalizmde Planlama: Tarihsel ve Toplumsal Çözümleme”, *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt: 47, Sayı: 3, 2014, s.43-68.
- Ulutürk, Süleyman, “Yeni Kamu İşletmeciliği Yaklaşımından Hareketle Üniversitelerde Performans Uygulaması Üzerine Bir Değerlendirme”, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt:20, Sayı:4, 2015, s.395-414.
- UNDP, *Sağlık Geçiş Projesi İçin Uygulama Desteği Belgesi*, 2005.
- Uz, Abdullah, “Kamu-Özel Ortaklığı/Public-Private Partnership (PPP) (Kavram Ve Hukuksal Çerçeve)”, *Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, Cilt: 11, Sayı: 1-2, 2007, s.1165-1182.
- Üçer, Ali Rıza, “Sağlıkta Dönüşüm Programının Yarattığı Talep Patlaması”, *Tıp Bu Değil 2*, (Ed: İlknur Arslanoğlu), İthaki Yayınları, İstanbul, s.257- 279.

- WHO, *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*, Geneva, 1981.
- WHO, Avrupa Bölgesi “Herkes İçin Sağlık Stratejisi Hedefleri”, *Herkes İçin Sağlık Hedefleri 2000*, WHO; Copenhagen (Türkçe çeviri), 1989.
- WHO, “Constitution Of The World Health Organization”, http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf, (04.04.2015).
- WHO, The Rational Use of Drug, Report of the Conference of Experts Nairobi, 25-29 November 1985, <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17054e/s17054e.pdf>, (01.03.2017).
- WHO, *Sağlık 2020: Yönetimler ve Toplum Arasında Sağlık ve Esenliğe Yönelik Eylemleri Destekleyen Avrupa Politika Çerçevesi*, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>, (17.06.2016).
- Williamson, Oliver E., “Transaction-Cost Economics: The Governance of Contractual Relations”, *Journal of Law and Economics*, The University of Chicago Press, Vol. 22, No. 2, 1979, s.233-261.
- Woodward David, Richard D Smith, “Global Public Goods for Health A Reading Companion”, http://www.who.int/trade/distance_learning/gpgh/en/, (06.12.2016).
- World Bank, *Health Sector Policy Paper*, (Second Edition), Washington D.C.,1980.
- World Bank, *Financing Health Services in Developing Countries*, http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/1999/09/23/000178830_98101903343495/Rendered/PDF/multi_page.pdf, (04.05.2015).
- World Bank, *World Development Report 1978*, Washington D.C., 1978
- World Bank, *Turkey – Health Sector Review, 1986*, Report No: 6089-TU, <http://documents.worldbank.org/curated/en/1986/09/740886/turkey-health-sector-review>, (22.11.2015).
- World Bank, Population, Health and Nutrition Department, *Turkey Health Sector Review*, 1988.
- World Bank, *World Development Report 1993: Investing in Health*, Oxford University Press, , Washington, D.C., 1993.
- World Bank, *Sosyal Adaletle Daha İyi Bir Türkiye 2002*, http://www.wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2003/12/16/000160016_20031216174434/Rendered/PDF/273790Turkish01ver0P07825901public1.pdf, (15.03.2016).
- World Bank, *Private Participation in Health Services*, (Ed. April Harding Alexander S. Preker), Washington, 2003.
- World Bank, *Turkey Health Transformation Program*, 2003.

- World Bank, *Public Ends Private Means Strategic Purchasing of Health Services*, (Ed.Alexander S. Preker, Xingzhu Liu, Velenyi, Enis Baris), Washington, 2007.
- World Bank, *Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency*, Report No. 24358-TU, Washington D.C., 2003.
- World Bank, *Information to Improve Value for Money in Health, Africa Health Forum Finance And Capacity For Results*, 2013.
<http://siteresources.worldbank.org/INTAFRICA/Resources/AHF-information-to-improve-value-for-money-in-health.pdf>, (04.03.2016).
- Wynand P. M. M. Van de Ven, "Market-Oriented Health Care Reforms: Trends And Future Options", *Soc. Sci. Bird.*, Vol.43, No.5, 1996, s.655-666.
- YASED, *Türkiye Sağlık Sektörü Raporu*, 2012.
- YASED, *Uluslararası Doğrudan Yatırımlar 2015 Yılına Değerlendirme Raporu*, 2016.
- Yaşar, Gülbiye Yenimahalleli "Türk Sağlık Politikasında Neoliberal Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme", *Prof. Dr. Kurthan Fişek için Yönetim Üzerine*, 2010, Ankara, s.269-288.
- Yaşar, Gülbiye Yenimahalleli, "Türkiye'de Sosyal Güvenliğin Neoliberal Dönüşümü", *Mülkiye Dergisi*, Cilt:35, Sayı:272, 2011, s.163-191.
- Yaşar, Gülbiye Yenimahalleli, "Türkiye'de Sağlık Güvencesi Neredeyiz", içinde *Türkiye'de Sağlık Siyaset Piyasa* (Der: Gülbiye Y. Yaşar vd) NotaBene Yayınları, Ankara, 2015, s.85-124.
- Yatırımların ve İstihdamın Teşviki ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, RG: 06.02.2004, Sayı: 25365.
- Yeginboy, Yasemin, Şevket Sayın, "Cumhuriyet Döneminden Günümüze Sağlık Politikaları ve Sorunları", 2. Ulusal İktisat Kongresi, Dokuz Eylül Üniversitesi, 20-22 Şubat 2008, İzmir.
- Yerli, Muhammet Turabi, Vatandaşların Sağlık Hizmetlerinden Sağlık Reformu ve Genel Sağlık Sigortasından Beklentileri, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2006.
- Yıldırım, Hasan Hüseyin, "Yapısal Uyum Programları ve Sağlık Reformları: Türk Sağlık Reformları İçin Çıkarılacak Dersler", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt:5, Sayı:1, 2000, s.63-87.
- Yıldırım, Hasan Hüseyin vd., "Sağlık Hizmetleri Finansmanında Kullanıcı Katkıları: Genel Bir Bakış ve Türkiye için Bir Durum Değerlendirmesi", *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt: 44, Sayı: 2, 2011, s.71-98.

- Yıldırım, Hasan Hüseyin ve Türkan Yıldırım, *Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye*, Sağlık-Sen Yay. Ankara, 2011.
- Yılmaz, Binhan Elif, Sevinç Yaraşır, “Bir Küresel Kamusal Mal Olarak Sağlık Ve Finansmanında Resmi Kalkınma Yardımlarının Rolü”, İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Maliye Araştırma Merkezi Konferansları, 55. Seri / 2011(1), s.1-33.
- Yılmaz, Ferudun, “Piyasa-Firma Ayrımı Tartışmaları Çerçevesinde Firma Teorisi”, *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt:1, 2002, s.67-82.
- Yurdadoğ, Volkan, Sağlık Karma Malının Tahsisinde Etkinlik Sorunu ve Türkiye'de Sağlık Reformu, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2006, Ankara.
- Yüksek Planlama Kurulu Orta Vadeli Mali Plan (2009 – 2011), RG:08.07.2008, Sayı: 26930 Mükerrer.
- Zengin, Aslı Şat, “Özel Hastaneler Sektörü”, Türkiye İş Bankası, https://ekonomi.isbank.com.tr/UserFiles/pdf/sr04_ozelhastanelersektoru.pdf, (15.06.2016).
- Zengin, Ozan, “Günümüz Kamu Yönetiminde Ön Plana Çıkan Yaklaşımlar”, içinde *Kamu Yönetimi: Yapı İşleyiş Reform*, (Ed. Barış Övgün), Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi, Kamu Yönetimi Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayın No: 598, 2009, s.1-41.
- Zengin, Ozan, “Verimlilik Kavramı ve Olgusu Üzerine Genel Bir Değerlendirme”, *Prof. Dr. Kurthan Fişek için Yönetim Üzerine*, 2010, Ankara, s. 77-98.

ÖZET

2003 yılında Sağlık Bakanlığı'nın açıkladığı SDP, bu tezde DB'nin Türkiye'ye yönelik hazırladığı raporlar ve Türkiye'de uygulanan sağlık projeleri çerçevesinde ele alınmıştır. Dünya genelinde başlatılan sağlıkta dönüşüm; sağlık harcamalarında maliyet artışını engellemek, tedavi edici hizmetler yerine koruyucu hizmetlerde devleti sorumlu tutmak ve buna uygun araçları kullanmak olarak tanımlanabilir. Sağlık hizmetlerinde sorun olarak görülen sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı konusu, DB tarafından geliştirilen öneriler ve raporlar doğrultusunda ayrıştırılmaya çalışılmıştır.

Sağlık hizmetlerinin ayrıştırılmasına neden olan bu düşünceler Türkiye'de sağlık alanını iki önemli başlık altında dönüşüme uğratmıştır. Bunlardan ilki sağlıkta dönüşümün maliyet gereğiyle yapılmasının temel sağlık hizmetlerini güçlendireceği ve devletin kaynaklarını daha rasyonel alanlara kaydıracağına öngörülmüş olmasıydı. Diğer gelişme ise hasta sevk sisteminin uygulanması ile sağlık harcamaları azalırken; temel sağlık hizmetleri geliştirilecek ve tedavi edici hizmetlere yapılan harcamalar sınırlanacaktı. Ancak sağlıkta dönüşüm, devletin sağlıktan faydalanmaya yönelik talebi artırmasına ve özel sektörün alana girmesine yönelik uygulamalara yoğunlaşmasına, nihayetinde sağlığın 'harcama değerinin' yaratılmasına neden olmuştur.

DB'nin sağlık reformları doğrultusunda açıklanan Sağlıkta Dönüşüm Programı; bu tezde Türkiye'de devlet ve özel sektör arasında yeni ilişki biçimlerinin kurumsallaşmasına bağlı olarak 'harcama değeri' kavramı üzerine oturtulmaktadır. Sağlıkta dönüşüm, sağlık harcamalarının artırılması yoluyla alanın kârlı bir hale dönüştürülmesine dayanmaktadır. Devlet sağlık alanını özel sektör yoluyla güçlendirmek amacıyla kamu sağlık harcamalarını artırırken, devletin özel sektöre transfer ettiği kaynak da artmaktadır. Kamu eliyle özel sektöre kaynak transferi gerçekleşirken DB raporlarında yer verildiği üzere sağlık hizmetlerine erişim de artmıştır. Hizmet sunum ve finansman birimlerinin birbirinden ayrılması ile kamu sağlık hizmeti veren kuruluşlar özel sektörden kurum dışı hizmet adı altında hizmet tedarik etmeye başlamıştır. Diğer yandan hizmet finansmanı birimi ise (SGK) özel sağlık sektöründen alınan hizmetleri finanse etmeye başlamış devlet özel sağlık sektörünün finansman sağlayıcısı durumuna gelmiştir. Tezde Sağlıkta Dönüşüm Programı ile kamu sağlık harcamalarının özel sektör lehine arttığı; ayrıca devletin özel sektör sağlık harcamalarını finanse ettiği sonucuna ulaşılmıştır.

ABSTRACT

The SDP, which was declared by the Ministry of Health in 2003, is dealt with in this thesis within the framework of the reports prepared by the World Bank to Turkey and the health projects applied in Turkey. Transformation to health initiated worldwide; to prevent the cost increase in health spending, to hold the state responsible for health services instead of treating services and to use the appropriate tools. The presentation and financing of health services, which are regarded as problems in health services, have been tried to be separated in line with the suggestions and reports developed by the World Bank.

These thoughts that lead to the breakdown of health services have transformed the health field in Turkey under two important headings. These were mainly due to the fact that the change in health would be made on the basis of cost for strengthening basic health services and for the state to allocate its resources to more rational areas. Another development is that while the health expenditures are reduced by the application of the patient referral system; Basic health services will be developed and spending on medical services will be limited. However, the transformation in health has led to the creation of value for money of health, ultimately to the intensification of the demands of the state to benefit from health and to the application of the private sector to enter the field.

Health Transformation Program announced in line with the World Bank's health reforms; this thesis is based on the concept of 'value for money' depending on the institutionalization of new forms of relations between the state and the private sector in Turkey. Healthcare transformation is based on the transformation of the field into profitable through increased health spending. While increasing public health spending to strengthen the state health sector through the private sector, the resources transferred by the state to the private sector are also increasing. Access to health services has also increased, as indicated by the World Bank reports, when public sector private resource transfers take place. With the division of service delivery and financing departments, public health service providers have begun to provide services from the private sector under the name of outsourced service. On the other hand, the service financing unit (SGK) has become the financing provider for the state private health sector, which has begun to finance services received from the private health sector. With the Health Transformation Program in Thesis, public health expenditures have increased in favor of the private sector; As well as the financing of private sector health spending by the state.