



Ulusallararası Sosyal Araştırmalar Dergisi

The Journal of International Social Research

Cilt: 9 Sayı: 46 Volume: 9 Issue: 46

Ekim 2016 October 2016

www.sosyalarastirmalar.com Issn: 1307-9581

## BİR KAMU POLİTİKASI ANALİZİ: SAĞLIK POLİTİKASINDA DÖNÜŞÜM A PUBLIC POLICY ANALYSIS: TRANSFORMATION OF HEALTHCARE POLICY

Yasemin MAMUR İŞIKÇI\*

### Öz

19. Yüzyılın sonlarından itibaren dünya, kapitalizmin içine girdiği krizin etkisiyle hızlı bir dönüşüm sürecine girmiştir. Özellikle 1980 sonrası dönemde küreselleşme süreci ile birlikte ülkelerin siyasal ve yönetsel yapılanmasına da nüfuz ederek devlet yapısını oluşturan kurumları etki altına alan neo-liberal politikalar, kamu yönetimini doğrudan dönüştürmeyi amaçlayan düzenlemeleri uygulamaya geçirmektedir. Bu düzenlemelerin temel hedefi devletin etkin olduğu ve devlet tarafından düzenlenen ekonomik ve sosyal alanların sermaye birikimine katkı sağlayacak şekilde piyasanın istekleri yönünde yeniden dizayn edilmesidir.

Sermaye birikimini ve akışkanlığını artırmak amacı ile kurumların, değerlerin ve olguların piyasanın istek ve ihtiyaçları doğrultusunda metalaştırıldığı bu büyük dönüşüm sürecinde, sağlık kavramı ve politikaları da değişime uğramıştır.

Bu çalışma, Türkiye’de sağlık sisteminin neo-liberal politikaların etkisi ile geçirdiği dönüşümü analiz etmeyi amaçlamaktadır. Analiz yapılırken Sabatier (2007)’in kullandığı süreç modeli esas alınmıştır. Bu analiz çerçevesinde; sağlık sisteminin dönüşümünün nasıl gündeme geldiği, politika oluşturma sürecinin nasıl şekillendiği, politikanın ne şekilde ve hangi araçlarla uygulamaya konulduğu, politikada meydana gelen değişimlerden kimlerin nasıl etkilendiği ortaya konulmaya çalışılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Politikası, Kapitalizm, Özel Sektör, kamu Politikası Analizi, Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı.

### Abstract

Since late 19<sup>th</sup> century, the world has gone through a rapid process of transformation as a result of the crisis faced by capitalism. Neo-liberal policies, which, through their integration into political and governing structure of states as a result of the globalization process from the 1980’s onwards, have had a profound effect on the organizing bodies of governments and begun to implement changes aimed at transforming public administration in a way that state-controlled economical and social aspects in which governments have an active role could be redesigned according to market demands, inducing further capital accumulation.

To this end, all across the world, governments pursuing neo-liberal policies have introduced reforms in political, social, and legal structures. In this process of dramatic transformation, whereby governing bodies, values, and phenomena were commoditized according to market demands and needs for increasing capital accumulation and liquidity, the notion and policies of healthcare have also undergone a drastic change.

This study aims to analyze the neo-liberal policies-induced transformation in healthcare system in Turkey. The process model used by Sabatier (2007) has been adopted for analyses, which describe how the idea of transformation in healthcare system was brought into question and how new policies were formulated, as well as the process and instruments of policy implementation, including the effects of the new policy on the parties involved.

**Keywords:** Healthcare Policy, Capitalism, Private Sector, Public Policy Analysis, Ministry of Health, Transformation of Health Programme.

## 1.GİRİŞ

Kapitalist toplumsal üretim sistemi kendi doğası gereği sık sık bunalımlara girer ve içine girdiği bunalımlardan çıkmak için durumun gereğine göre liberalizm ya da sosyal devlet ilkelerine sarılır. Talep yetersizliği durumunda toplumcu bir görünüm sergileyen ve sosyal devlet ilkelerine sarılan kapitalist sistem sermaye birikimine ihtiyaç duyduğu dönemlerde sömürge doğasına geri döner, devlete terk ettiği her alanı sahiplenir, devletin küçültülmesi gerektiğini savunur.

Talep yetersizliği nedeni ile girdiği 1929 Büyük Bunalımını devletçi uygulamalarla atlatan kapitalist sistem 1970’lerden itibaren düşen kar oranlarıyla birlikte yeni bir krize girmiştir. Kapitalist sistemin yaşadığı çıkmaz, devletin ekonomik ve sosyal yaşamdaki görevlerini azaltmayı amaçlayan neoliberal politikaları ortaya çıkarmıştır. 1980 sonrası dönemde küreselleşme süreci ile yaygınlık kazanan neoliberal politikalar, kamu harcamalarının kısılarak devletin ekonomiye müdahalesinin en aza indirilmesini amaçlamaktadır.

\* Yrd. Doç. Dr., Giresun Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Bölümü.

Küreselleşme süreci ile birlikte yükselişe geçen bu neoliberal politikalar devletin rolünde ve yapısında da bir değişimi gündeme getirmiştir. Küreselleşme ile birlikte, daha önce kapitalist sistemin içine girdiği darboğazda, müdahaleci, yeniden dağıtımcı ve yön verici bir görev verilen devlet artık sorun olarak görülmüş ve yükselişe geçen liberal söylemler doğrultusunda devletin küçültülmesi gerektiği savunulmaya başlanmıştır. Bu söylemlerin hayat geçirilmesiyle ülkelerin siyasal ve yönetsel yapılarında büyük dönüşümler yaşanmaya başlanmıştır. Söz konusu olan bu dönüşümler, dünya ekonomisini yönlendiren uluslararası kuruluşların belirlediği reform politikaları öncülüğünde yürütülen yeniden yapılanma faaliyetleri ile gerçekleştirilmektedir.

Bu yeniden yapılandırma faaliyetleri mali yönden, özelleştirmeler ve devletin bazı sektörlerden çekilmesi şeklinde yürütülürken, siyasal alanda merkezi olanın yerine yerel olanın konulması şeklinde gerçekleşmektedir. Diğer yandan da yönetsel açıdan devletin yönetme yetkisi sivil toplum kuruluşları, özel sektör ve yerel yönetimler arasında bölüştürülerek mali ve yönetsel açılardan merkezi devlet hedeflendiği gibi gittikçe zayıflatılmaktadır. Bu gelişmenin etkileri Türk kamu yönetiminde de görülmektedir.

Kamu hizmetlerinde neoliberal yeniden yapılandırma süreçleri 1980'lerden itibaren Türkiye'de etkisini göstermeye başlamış, sağlık sektörü de diğer sektörler gibi bu süreçten etkilenmiştir. "Sağlık sistemini neoliberal çizgide dönüştürmeye yönelik atılan en ciddi adım 2000'li yılların başında olmuştur. 2003 yılında başlatılan ve halen devam etmekte olan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın, 1980'lerde başlayan sağlık sistemini neoliberal çizgide dönüştürme projesinin en kararlı, en kapsamlı ve bir ölçüde de gecikmiş en son aşamasıdır" (Demirci, 2015: 125-126).

Sağlık politikasında yaşanan bu dönüşüm, hem hizmet sunucuları hem vatandaşları hem de politik sistemi yakından etkileyecek ekonomik ve toplumsal birçok soruna neden olacak gibi görünmektedir. Dolayısıyla sağlık alanında yaşanan değişimler incelemeye değer bir ilgiyi hak etmektedir. Bu çalışmada, 2000 yılından sonra sağlık politikasında yaşanan gelişmeler, konunun yasalaşma süreci bu süreci etkileyen ve süreçten etkilenenler açısından bir analiz yapılmıştır. Böyle bir analizle, hem izlenen politikaların etki ve sonuçları hem de bu politikalara yön veren değişimin hızı ve yönü saptanmaya çalışılmıştır.

Bir kamu politikasının nasıl oluştuğunu anlamamıza imkan veren kullanılmakta olan en yaygın model süreç modelidir. Bu modelde kamu politikaları belirli aşamaları olan faaliyetler bütünü olarak tanımlanmaktadır. Dolayısıyla bu makalede de sağlık bakanlığının uygulamakta olduğu politika süreç modeli ile analiz edilmiştir. Analiz yapılırken Sabatier (2007)'in modeli esas alınmıştır. Bu modele göre gündeme geliş (sorunların tespiti), formüle edilmiş, kanunlaştırma, uygulama, değerlendirme politika süreç analizinin aşamalarını oluşturmaktadır.

Çalışmada kullanılan veriler, Resmi Gazete, Beş Yıllık Kalkınma Planları, hükümet programları, Uluslararası Para Fonu (IMF)'ye verilen niyet mektupları, Dünya Bankası (DB) dokümanları, bu konudaki bilimsel ve teknik yayınlar, ilgili kurumların internet siteleri, Sağlık Bakanlığı (SB) yıllık faaliyet raporları ve yıllık istatistikleri taranarak elde edilmiştir.

## **2.KAMU POLİTİKA SÜRECİ VE POLİTİKALARIN ANALİZİ**

Kamu politikası Anderson (2006)'un tanımıyla "Bir sorunu çözmeye yönelik olarak, ilgili taraflar (aktörler) tarafından izlenen amaçlı hareket tarzı"dır. "Kamu politikası, ilk bakışta sadece hükümetin uygulamayı amaçladığı hedefler veya icraatlar olarak algılansa da aslında, hükümetler üstü bir anlamla, bütün (kamu) kurumlarıyla devletin hedeflediği ve uygulamaya koyduğu plan, program ve strateji olarak düşünülmelidir. Bu bakımdan kamu politikası, benzer olaylar karşısında veya farklı problemler karşısında (kamu) yönetimin hareket tarzı, yol haritası ve kırmızı çizgileri olarak da anlaşılabilir" (Çalı, 2012:3).

Kamu politikası analizi de merkezinde devlet örgütünün bulunduğu kamu politikası sürecini incelemeyi amaçlar (Bayırbağ, 2013:44). Kamu politika süreci; devlet kuruluşları, özel ve tüzel kişilikler, vatandaşlar, toplumsal gruplar ve özel sektör oluşumlarının, kendi yapıları içerisinde ve birbirleriyle olan ilişkilerinde ortaya çıkan geniş ve çok yönlü ilişkileri içeren kamu politikasının, karmaşık yapısını daha anlaşılır hale getirmek (DiGiammirano ve Trudeau, 2008'den akt. Akgül ve Kaptı, 2010: 78) açısından işlev görür.

Politika süreç analizine göre, kamu politikası birbirini izleyen aşamalardan oluşan bir dizi faaliyetler zinciri ile meydana gelmektedir. "Kamu politikası literatüründe "süreç model" (*process model*) veya "aşamalı model" (*stageheuristics*) olarak bilinen model, bu analizi yapmak için en kapsamlı ve uygun araç olarak değerlendirilmiştir. Süreç modeli herhangi bir politikanın ilk olarak problem veya ihtiyaç olarak belirlenmesi, problemin çözümü veya ihtiyacın karşılanması için gerekli

hususların formüle edilmesi, bir sonraki aşamada kanunlaştırılması, kanunlaşan politikanın uygulanışı ve son olarak da hedeflere ulaşıp ulaşılmadığını ölçmek için değerlendirilmesi aşamalarını analiz etmektedir” (Sabatier, 1999’den akt. Akgül ve Kaptı, 2010: 78).Kısaca bütün bir süreç; Anderson (2006)’un da ifade ettiği gibi gündeme geliş, formüle etme, kanunlaştırma, uygulama ve değerlendirme aşamaları olarak sıralanan bir politika sürecini açıklamayı ön görmektedir.

Bu çalışmada da Türkiye’nin sağlık alanında yürütmekte olduğu politikalar, süreç modeli yöntemi ile ortaya konulmuştur. Analiz yapılırken Sabatier (2007)’in kullandığı model esas alınmıştır. Bu modele göre kamu politikası analizi, gündeme geliş (sorunların tespiti), formüle edilmiş, kanunlaştırma, uygulama, değerlendirme aşamalarından oluşmaktadır.

Parsons (1995:87-88)’a göre, politika oluşum süreci, problemin fark edilmesiyle başlamaktadır. Bununla beraber, bir problemin gündeme gelip gelmemesinde çıkar gruplarının etkinlikleri önemli derecede rol oynamaktadır. Politikanın formülasyonu, gündeme gelen probleme ilişkin çeşitli yaklaşımların tespit edilmesini içermektedir. Politikanın tanımlanması ve gündeme getirilmesi sürecinde rol oynayan taraflar, politikanın formülasyon sürecinde de faaliyet gösterirler. Politika alternatifinin uygun politika olarak kabul edilmesinin ardından, söz konusu politikanın meşruiyetinin sağlanması gerekir.

Bu aşamada, formüle edilen politikanın uygulanabilmesi için gerekli yasal düzenlemeler yapılır. Bu aşamada politika taslağının uygulanabilmesi için gerekli yasalar, tüzükler, yönetmelikler çıkarılır, idari emirler verilir. Bu aşamadan sonra gelen politika uygulaması aşamasında ise, yasama organından geçen politikaları yürütmek amacıyla bir takım eylemlere girilir. Bu aşamada süreç başında belirlenen politika amaç ve hedeflere ulaşmak için yeni örgütler kurulur, ya da mevcut örgütlerin yapısı, görev ve sorumluluk alanları üzerinde değişikliklere gidilir. Personel alımı, sözleşme yapımı, harcamaların yapılması gibi idari düzenlemeler bu aşamada yapılır. En son olarak da politikanın uygulamasının ve etkilerinin değerlendirilmesi gerçekleştirilir.Kamu politikalarının değerlendirilmesi, politika analizinin en önemli aşaması olarak kabul edilmektedir.Bu son aşamada, politikaların ne derece ve hangi ölçüde uygulandığı belirlenerek aksaklıkların giderilmesi amaçlanmaktadır.

### 3.GÜNDEME GELME VE PROBLEMİN TANIMLANMASI

Kapitalist üretim biçiminin uygulandığı toplumsal düzenlerde sağlık hizmeti kapitalistlerin üretim için gereksinim duyduğu sağlıklı emek gücünü sağlama görevini üstlenir.Küreselleşmenin hız kazandığı 1980’li yıllara kadar, sağlık hizmetleri, izlenen Keynesyen politikaların da etkisiyle, bireylerin ücretsiz ve eşit ölçüde yararlanması gereken “hak” statüsünde değerlendirilmişti (bkn. İnsan Hakları Evrensel Beyanname, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, Alma-Ata Bildirisi). Bu anlayış, devletlerin sağlık alanında etkin rol üstlenmesine neden olmuştu.

Devletlerin sağlık alanında önemli görevler yüklenmesi “yalnızca tüm bireylerin sadece insan olmasından dolayı sağlıklı olmayı hak ettiği” düşüncesinden kaynaklanmıyordu; sağlıklı olmak aynı zamanda üretimin devam etmesi ve dolayısıyla kapitalist üretim şeklinin sürdürülmesi için gerekli olan emek gücünü temin etmesi bakımından da önemliydi. Dolayısıyla sağlık hizmetleri 1980’li yıllara kadar piyasa düzeninden etkilenmeden evrensel değerler üzerinde var olmayı başarabilmişti.

Ne var ki 1970’lerin sonunda kapitalizmin krizi ve sermayenin uluslararası genişleme yönündeki isteği doğrultusunda kamu tarafından sunulan sağlık hizmetleri de sermayenin ilgi alanına girerek piyasa mekanizmalarının yatırım alanı olarak değerlendirilmeye başlanmıştır.

Piyasa mekanizması kurallarının işletildiği sağlık hizmetleri yönetimi, Britanya Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) Reformunun 1991’ de uygulanmasından sonra hem sanayileşmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde birbiri arkasına uygulanmaya başlanmıştır (Ener ve Demircan,2008:68). Böylelikle Avrupa’da başlayan ve dünyada yaygınlaşan sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi ve piyasalaşması süreci uzun zamandır Türkiye’yi de etkisi altına almıştır.

1970’li yılların sonunda kar oranlarının düşmesi nedeniyle başlayan ekonomik krizi aşmak için uluslararası alana taşma isteği sonucu gündeme gelen neoliberal politikalar IMF ve Dünya Bankası (DB)ve Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ)tarafından gündeme getirilmiş ve desteklenmiştir. Gelişmekte olan ülkelerin sağlık sektöründe piyasa odaklı reform hareketlerini tetikleyen unsurların başında da, bu kurumlardan gelen taleplerin etkisi rol oynamaktadır.

Bu dönemde IMF, DB ve DTÖ, özellikle gelişmekte olan ülkelerin yapısal dönüşümünde önemli rol oynamıştır. Nitekim bu uluslararası mali kuruluşlar, yüksek dış borçlar ve ödemeler dengesindeki yüksek açıkları olan bu ülkelere siyasi ve yönetsel yapılarını piyasa talepleri yönünde dizayn etmeleri karşılığında kredi vermişlerdir. Karşılığında da söz konusu bu ülkeler yönetsel ve

siyasal yapılanmalarında sermaye yatırımlarına izin verecek değişiklikleri gerçekleştirmişlerdir. Böylelikle ülkelerin sağlık politikaları da bu değişimden etkilenmiştir.

Özellikle DB bu konuda 1980'lerin sonlarından itibaren hazırlanmış olduğu rapor ve dokümanların yanı sıra bu alana sağladığı fon ve danışmanlık hizmetleri ile sağlık reformu çalışmalarını "piyasa ekonomisi" odaklı yönetmektedir. DB'nin bu çabaları, Gelişmekte Olan Ülkeler'in ekonomik yapılarını "istikrar tedbirleri" adı altında piyasanın istek ve ihtiyaçları doğrultusunda "yeniden yapılandırılmaları" için çalışan IMF tarafından da desteklenmektedir (Altay,2007:41).

NitekimDB 1987 yılında yayınlamış olduğu "Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı" adı altındaki dokümanda Gelişmekte Olan Ülkeler'in sağlık sistemlerini piyasa odaklı yönlendirmelerinin gerekliliği üzerinde durmuş; bunun gerekçelerini ve yöntemlerini sunmuştur (Demiral vd., 1999: 415'den akt. Altay,2007:41).DB, ülkelerde maliyet-etkililik temelli uygulamalar olmadığı için "sağlık krizi" yaşandığını ileri sürmüştür.

DB, gelişmekte olan ülkelere bu krizden kurtulmak için; sağlık hizmetlerinin, özellikle hastanecilik hizmetlerinin özelleştirilmesini, devletin kısıtlı kaynaklarının kırsal yörelere ve koruyucu sağlık hizmetlerine yöneltilmesini ve genel sağlık sigortasına geçilmesini (Soyer, 1998:178'den akt. Dericioğulları ve Sallan Gül, 2009:199) önermiştir.

DB'nin bu önerileri Türk sağlık sisteminde hemen karşılık bulmuştur.Nitekim,V. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda (1985-1989), sağlık kuruluşlarının hizmet verimliliğinin artırılması için özel sağlık kuruluşları ve hastaneler teşvik edileceği ifade edilmişti (DPT,1985: 150).Ardından 1990'lı yılların başında toplanan I Ulusal Sağlık Kongresinde Aile Hekimliği, Genel Sağlık Sigortası (GSS) ve hastanelerin özelleştirmeye uzanacak şekilde özzerleştirilmesi yönünde öneriler ileri sürülmüşse de grup tartışmaları sonucunda, bunlardan aile hekimliği reddedilmiş, genel sağlık sigortası kabul edilmiş, hastaneler konusunda ise özelleştirmeyi dile getirmeyen özzerleştirme önerisi geliştirilmiştir (Belek, 2001: 444 ).

Sağlık Bakanlığı 1. Ulusal Sağlık Kongresini takip eden Mayıs 1992'de, Ulusal Sağlık Politikası ismini taşıyan Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı'nı hazırlamıştır. (Bakar ve Akgün, 2005: 345) Bu doküman ile planlanan reform konuları yine Aile Hekimliği, Genel Sağlık Sigortası (GSS) ve hastanelerin özzerleştirilmesi (Belek, 2001:438-447) başlıkları altında toplanmıştır. Çalışma gruplarında özel poliklinik anlayışına dayanan aile hekimliği sisteminin reddedilmesine rağmen taslak dokümanda bunun göz ardı edilmesi tepki toplamıştır. Bu tartışmalara rağmen Sağlık Bakanlığı 1993 başında Ulusal Sağlık Politikası kitabını yayınlamış ve Mart 1993 yılında 2. Ulusal Sağlık Kongresini gerçekleştirmiştir. Türk Tabipler Birliği (TTB) ve birçok sivil toplum örgütü 1. Kongrede belirttikleri görüşlerin taslak dokümanda göz ardı edilmesini protesto ederek, 2. Kongreye katılmamışlardır. Bu ortamda gerçekleşen kongrede görüşülen konular Ulusal Sağlık Politikası olarak yayımlanmıştır. Bu dokümanda da Sağlık hizmetlerinin sunumunda, 2000 yılına kadar desantralize bir sağlık yönetimi sistemi kurulması, kentlerde aile hekimliği sisteminin oluşturulması, 2000 yılına kadar Genel Sağlık Sigortası (GSS)'nin hayata geçirilmesi ifade edilmiştir (Bakar ve Akgün, 2005: 345-346).

Bunun yanında 1992 tarihli "Ekonomik Paket"le de, genel olarak devletin sağlığa ayıracak parasının olmadığı vurgulanarak bütçe ve kamu yatırımı boşluğunun özel sağlık sektörüne verilecek teşviklerle kapatılacağı, yeşil kart uygulaması ile sosyal sağlık sigortası sisteminin yaygınlaştırılacağı ve sağlık sektörünün yabancı sermayeye açılacağı duyurulmuştur (Soyer, 2003: 311; Yenimahalleli, 2008: 161; akt. Dericioğulları ve Sallan Gül, 2009: 202).

DYP-SHP Koalisyon Hükümeti programında da DB'nin önerileri doğrultusunda, "koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin yurt düzeyinde yaygınlaştırılacağı, birinci basamak sağlık hizmet birimlerinin güçlendirilmesi bağlamında Aile Hekimliği uygulamasına geçileceği, sağlık hizmeti sevk zinciri içinde sunulacağı, sağlık kuruluşlarında performans göre ücret belirleneceği, sözleşmeli personel istihdamına gidileceği, GSS'nin aşamalı olarak yaygınlaştırılacağı açıklanmıştır(Soyer,1995: 1117; akt. Dericioğulları ve Sallan Gül,2009: 202).

Bu dönemde hazırlanan VII. Beş Yıllık Kalkınma Planında da Sağlık Bakanlığı'nın halk sağlığını koruyucu, standart ve norm koyucu bir yapıya kavuşturulacağı, hizmet sunumundaki rolünün azaltılacağı, yerel yönetimlerin rolünün arttırılacağı; hastanelerin idari ve mali özzerkliğe sahip işletmelere dönüştürüleceği; kendi gelirleri ile giderlerini karşılayan ve piyasa koşullarında çalışan hastanelerden kamu sübvansiyonunun kademeli olarak kaldırılacağı; koruyucu sağlık hizmetleri ile muhtaç ve güçsüzlerin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerinin dışında sunulan

hizmetlerin bedelinin yararlanıcılar tarafından ödenmesinin esas olacağı, uzun vadede genel sağlık sigortası sistemine geçileceği; özel kesimin sağlık sektöründeki faaliyetlerinin özendirileceği (DPT, 1995: 483) ifade edilmiştir.

“Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ), Hizmetler Ticaret Konseyi’nin 1999’da yapılan toplantısında da, kamu sağlık hizmetlerinin serbest ticaret kurallarından muaf tutulması talepleri karşısında, konsey tarafından sağlık alanında özel sektör uygulamalarının yaygınlaştırılması yönünde karar verilmiştir. Sağlık sektöründe yerli ve yabancı kaynaklı özel katkının daha fazla sağlanması istenmektedir(WTO 1998’den akt. Ener ve Demircan,2008: 73). GATS 2000 görüşmelerinde sağlık alanında dolaysız yabancı sermaye yatırımına izin verilmesi önerilmiştir. Bunun yanında, DTO güçlü ticari blokların, çok uluslu şirketlerin, ABD’nin ve Avrupa devletlerinin desteği ile de sağlık hizmetlerinde özel sektörü kısıtlayıcı uygulamaların ortadan kaldırılmasına yönelik düzenleyici reformların başlatılmasını sağlamıştır (Pollock, 2000’den akt. Ener ve Demircan,2008: 73).”

Diğer yandan IMF ve DB programları da pek çok ülkeyi, sağlık alanındaki kamu harcamalarını azaltması yönünde zorlamaktadır. Bu programlara göre sağlık, ekonomik büyüme için verimli bir alan olmadığı için bu alandaki finansal yükten ve harcamalardan hükümetler kaçınılmadırlar (Ener ve Demircan,2008:74).

DB 2002 Türkiye Sağlık Raporu’nda, Türkiye’nin kendi düzeyindeki ülkelere kıyasla sağlık durumunun daha kötü olmasının nedenlerini; ‘kaynakların verimli ve eşit bir şekilde tahsis edilememesi, yöneticiler ve sağlık personeli için yeterli teşvik olmaması, sağlık hizmetleri sunumunun parçalı yapıda olması, özel sektörün potansiyelinin tam olarak anlaşılammış olması, su kullanma, eğitim gibi sağlığın güçlü belirleyicilerinin herkese eşit olarak sunulmaması’ olarak göstermiştir (Ener ve Demircan, 2008). Bu tespitlerden sonra DB, Mart 2003 tarihli ‘Türkiye: Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar’ adlı raporunda Türkiye’nin sağlık sisteminin yapılandırılması için bazı isteklerde bulunmuştur. Bunlar; sosyal güvenlik örgütlerinin birleştirilmesi, genel sağlık sigortasının kurulması, kamu hastanelerinin özleştirilmesi, sağlık ve çalışma bakanlıklarının hizmet sunumundan çekilmesi, Aile Hekimliği uygulamasına geçilmesi olarak sıralanabilir.

Türkiye ise bu önerileri karşılıksız bırakmamış, IMF’ye verilen 5 Nisan2003 tarihli niyet mektubunda IMF Direktörü Horst Köhler’e hitaben şu ifadeleri kullanarak DB’ndan gelen taleplerin karşılanacağını taahhüt etmişti;

"2003 yılı sosyal güvenlik tedbirlerimizin uygulanması için yasal zemin sağlamak amacıyla SSK, İş-Kur ve Bağ-Kur'a ilişkin kanuni düzenleme, 2003 yılı Nisan ayı sonuna kadar yürürlüğe girecektir" ifadesi yer alan mektupta, şöyle devam edilmiştir.

"Üç sosyal güvenlik kuruluşunun tek bir çatı altında toplanması amacıyla hazırlanacak yeni çerçeve kanun, 2003 yılı sonuna kadar yürürlüğe alınacaktır. (Kanunla, aynı zamanda her bir fonun orta vadeli sürdürülebilirliğini temin edecek temel reformlar da yürürlüğe girecektir). Sağlık sigortaları ve emekli aylığı dışındaki transferler, de ayrı kurumlara devredilecektir."

Görüldüğü gibi sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ile ilgili problem,Türkiye’nin iç dinamiklerinden çok DTO, IMF ve DB’nun yönlendirmeleri sonucu gündeme getirilmiş ve sürekli olarak gündemde tutulmuştur. Dış dinamikler tarafından gündeme getirilen bu problem iç siyaset ortamında da sürekli olarak ifade edilmiştir. Problem bu şekilde gündeme getirildikten sonra politikanın formülasyon süreci başlamıştır.

Sağlık piyasasının serbest rekabete açılması politikasının somut görünümünün ortaya çıkması için 2003 yılına kadar beklemek gerekmiştir. Bu zamana kadar çıkarılan yasalarla sağlık hizmetlerinin piyasaya açılması yönündeki engeller kaldırılmak istenmiş bir taraftan da sağlık sektörünün özelleştirilmesi için gerekli alt yapı hazırlıkları tamamlanmaya çalışılmıştır. Tüm bu faaliyetleri kapsayan süreç politikanın formülasyonu sürecidir. Bu süreç aşağıda açıklandığı gibi işlemiştir.

#### 4.FORMÜLASYON

Türkiye’de sağlık hizmetleri, 1980’li yıllara kadar devlet eliyle ücretsiz olarak yerine getirilmesi gereken kamusal bir hizmet olarak kabul edilmiş ve 1961 Anayasası’nda da bu şekilde düzenlenmişti.Ayrıca 1961 tarihli ve 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun” ile Türkiye’de tüm sağlık hizmetlerinin devlet tarafından sunulması gereken bir hak olduğu kabul edilmişti.Bu anlayış doğrultusunda hazırlanan yasa, birinci basamak hizmetlerinin kırsal kesime kadar yayılmasını, böylece, herkesin sağlık hizmetlerinden yararlandırılmasını, koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerinin entegre biçimde bir arada yürütülmesini amaçlamıştı. Ne var ki, hem finansman, hem de örgütlenme sorunları yüzünden bu amaçlar tam olarak gerçekleştirilememiştir.

Aksayan sağlık hizmetleri toplumun sağlık gereksinimlerini karşılayamaz duruma geldiğinde de çözüm olarak sağlıkta özelleştirmeyi amaçlayan reformlar gündeme getirilmiştir. Bu reformların yapılmasında 1980'li yılların sonunda tırmanışa geçen küreselleşme ile birlikte etkisi iyice artan neoliberal söylemin sözcüleri olan uluslararası kuruluşların payı büyüktür. Böylece, 1980'li yılların sonu neoliberal söylemin Türkiye'de kamu politikalarına tesir ettiği DB ve IMF'nin baskısıyla sağlık alanında da özelleştirmelere doğru adımların atıldığı dönemler olmuştur.

1980 sonrası dönemde sağlık politikalarını etkileyen ilk önemli değişiklik 1982 Anayasası ile devletin sağlık alanında üstlendiği görevlerin yeniden tanımlanması olmuştur (Ergun ve Dericioğulları Ergun,2010:37). 1982 Anayasası'nda, tüm vatandaşların sosyal güvenlik hakkından faydalanacağı ve bunun yanında imkanlar elverdiği taktirde Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçileceği vurgulanmıştı (1982 Anayasası, md.56)

İkinci önemli girişim 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'dur. Bu kanun, sağlık politikamızın belirleyici yapısal dönüşümünün ifade etmesi bakımından çok önemlidir. Bu Kanun ile ilk defa kamu hastanelerinin işletmeye dönüştürüleceği telaffuz edilmiştir. Kanunun 5. Maddesi ile, Milli Savunma Bakanlığı hariç kamu kurum ve kuruluşlarına ait tüm sağlık kuruluşlarının kamu tüzel kişiliğini haiz sağlık işletmelerine dönüştürülmesi yolu ile hastanelerin kendi gelirleri ile giderlerini karşılaması, piyasa koşullarında rekabet eden kurumlar haline getirilmesi amaçlanmıştır.

Daha sonra 1989 yılında Price Waterhouse tarafından Devlet Planlama Teşkilatı(DPT) için Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü hazırlanmıştır. İlk olarak, Türkiye'de sağlık sektörünün mevcut durumu en ince ayrıntısına kadar incelenmiş ve daha sonra sektör için bundan sonra geliştirilebilecek politika önerileri ele alınmıştır. Önerilen politikanın ana temaları; sağlık hizmetlerinin sunumunun finansmanından ayrılması, sağlık hizmetlerinde desantralizasyon ve nüfusun tamamını kapsayacak bir genel sağlık sigortasının kurulması olmuştur (Tatar, 1993).

Ardından, 1990 yılında Türkiye ile DB arasında Birinci Sağlık Projesi İkraz Anlaşması imzalanarak yürürlüğe konulmuştur. Bu anlaşma kapsamında öteki gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi Türkiye'ye de sağlık hizmetlerini özelleştirme karşılığında kredi sağlanmıştır. Anlaşmaya göre, sağlıktaki özelleştirme üç aşamada gerçekleşecektir. Öncelikle, etkinlik ve denetimi sağlamak için hastanelere daha geniş işletme özerkliği verilerek yerleşme sağlanacaktır. Ardından sosyal güvenlik sisteminde prim ödeme yükümlülüğünün tamamen çalışanlara yüklenmesi ve sosyal güvenlik fonlarının mali piyasalara açılması yolu ile kamu kuruluşlarınca verilen sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılması gerçekleştirilecektir. Son olarak da doğrudan özelleştirme olacaktır (Soyer, 2003: 312'den akt. Dericioğulları ve Sallan Gül, 2009:202).

DB'nın yapısal uyum politikası çerçevesinde önerdiği politikalar iç siyaset sahnesinde benimsenmiş ve bu politikaları desteklemeye yönelik birçok doküman hazırlanarak araştırmalar yapılmıştır. 1993 yılında "Ulusal Sağlık Politikası" dokümanı yayınlanmıştır. Bu dokümanda ve daha sonra geliştirilen politikalarda genel sağlık politikaları açısından şu aşamalar öngörülmüştür (Tatar, 1993):

- Sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması. Bu çerçevede, hizmet sunucuları açısından rekabeti teşvik edecek bir "dâhili piyasanın" kurulması.
- Aile hekimliği ile güçlendirilmiş bir birinci basamak sağlık hizmetleri örgütlenmesi.
- Nüfusun tamamını güvence altına alacak bir genel sağlık sigortası sisteminin kurulması.
- Hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülerek kendi gelirleri ile giderlerini karşılayabilen kurumlar haline dönüştürülmesi.

Bu politikaları uygulamaya geçirmek amacıyla kanun tasarıları hazırlanarak tartışılmak ve onaylanmak üzere pek çok kez Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne gönderilmiştir. Ancak 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programının açıklanmasına kadar geçen dönemdeki siyasi ve ekonomik istikrarsızlık bu kanunların onaylanıp uygulamaya geçilmesini engellemiştir.

Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ile Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik 1990'ların genel politika hedeflerini yürürlüğe koymuştur (Dericioğulları ve Sallan Gül,2009: 204). Bu yönetmelik, 3359 sayılı yasa çerçevesinde sağlık işletmesine dönüştürülecek yataklı tedavi kurumlarının yönetimi ve çalışma esaslarını düzenlemektir. Yönetmeliğin sekizinci maddesinde sağlık işletmelerinin faaliyet ve görevlerinin "katılımcılık ve işletmecilik esaslarına" göre yerine getirileceği öngörülmüştür.

RP-DYP Koalisyon Hükümeti döneminde "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanun Tasarısı", "Hastane ve Sağlık İşletmeleri Kanun Tasarısı" ve "Sağlık Finansmanı Kurum Kuruluş ve İşleyiş Kanun Tasarısı" hazırlanmıştır. Ancak bu tasarılar, koalisyon hükümeti

tarafından yasalaştırılmamıştır (Dericioğulları ve Sallan Gül: 2009:204). Söz konusu tasarıların uygulamaya geçirilmesi 2002 yılından sonra mümkün olmuştur.

2002 yılı sonlarında görevi devralan 58. Hükümet Programında “Mevcut sağlık sisteminin, kurumsal yapı, işleyiş, personel yapısı ve dağılımı itibariyle ihtiyaca cevap veremeyecek hale geldiği; devletin, herkesin temel sağlık ihtiyacını, gerekirse özel sektörle işbirliği yaparak yerine getirmek zorunda olduğu ifade edilerek yapılacaklar şu şekilde sıralanmıştır;

- Devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayırımı kaldırılarak, hastaneler idari ve mali yönden özerkliğe kavuşturulacaktır. Sağlık Bakanlığı, oluşturulacak bu yeni sisteme göre yeniden yapılandırılacak, sağlık sektöründe rekabet getirilecektir.
- Sağlık hizmetinin sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılacaktır. Sağlık sigortası, uzun vadeli sigorta kollarından çıkarılacaktır. Nüfusun tamamını kapsayacak şekilde bir Genel Sağlık Sigortası Sistemi kurulacak, prim ödeme gücü bulunmayanların primleri devlet tarafından ödenecektir.
- Aile hekimliği uygulamasına geçilerek, sağlam bir hasta sevk zinciri sistemi kurulacaktır.

Kısa bir süre sonra kurulan ve 58. Hükümetin devamı olan 59“uncu Hükümet Döneminde sağlık alanında yapılması öngörülen değişiklikler Kamu Yönetimi Reformu kapsamında “Herkesine Sağlık” başlığı altında sağlık alanında açıklanmıştır. Bu değişiklikler şu şekilde sıralanmaktadır;

- Sağlık Bakanlığı’nın idari ve işlevsel açıdan yeniden yapılandırılması,
- Tüm vatandaşların Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamı altına alınması,
- Sağlık Kuruluşlarının tek çatı altında toplanması,
- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,
- Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,
- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması, aile ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi,
- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının teşvik edilmesi,
- Tüm kamu kuruluşlarında alt kademeler yetki devri,
- Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin ortadan kaldırılması,
- Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi.(SB Stratejik Plan, 2010-2014:20)

Hükümet programlarında yer alan bu temel hedeflerden yola çıkılarak, Sağlık Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın ortak öngörüsü ve işbirliğiyle Sağlıkta Dönüşüm Programı taslağı hazırlanmıştır (Sağlıkta Dönüşüm Projesi Konsept Notu, 2003: 2).Sağlıkta Dönüşüm Projesi’ ile gerçekleştirilmek istenen uygulamalar şunlardır;

- Genel Sağlık Sigortası yoluyla, hizmeti sunanla finanse edeni birbirinden ayırmak ve dolayısıyla hizmetin verildiği kurumun değil hizmete ihtiyacı olanın destekleneceği bir sisteme geçmek,
- Hastaneleri özerkleştirerek kaliteli ve verimli hizmet sunmalarını sağlayan gelirleri ile giderlerini karşılayabilen, yönetiminde merkeziyetçilikten arınmış sağlık işletmelerine dönüştürmek, dolayısıyla hizmette devlet kontrolünde rekabeti sağlamak,
- Birinci basamak sağlık hizmetleri denilen, hasta ile hekimin ilk karşılaştığı sağlık hizmetlerinde, Aile Hekimliği modeline geçmek,
- Sağlık Bakanlığı’nı ülke genelinde sağlık politikaları belirleyen, hizmete yönelik standartlar koyup izleyen, tedavi hizmetlerini değil koruyucu sağlık hizmetlerini sunan bir yapıya kavuşturmak (SB,2003).

Bu gelişmenin ardından 2006yılında hazırlanan IX. Kalkınma Planı’nda (2006-2011) da Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın amaçları doğrultusunda sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, hizmet kalitesinin artırılması, Sağlık Bakanlığının planlama ve denetleme rolünün güçlendirilmesi, sağlık bilgi sistemlerinin geliştirilmesi, akılcı ilaç ve malzeme kullanımının sağlanması ve GSS sisteminin oluşturulması planlanmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yukarıda belirtilen unsurlar kamuoyunda tartışılmaya bile fırsat kalmadan hızlı bir şekilde uygulamaya konulmuştur. Bu durum bir çok aktör tarafından tepki ile karşılanmıştır. Örneğin; SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı’na devrinin 2005 yılında TBMM tarafından onaylanmasının ardından Sendika Konfederasyonları (Türk-İş, Hak-İş, KESK) ve TTB desteğinde eylemler düzenlenerek bu durum protesto edilmiştir.

## 5.YASALAMA SÜRECİ

Kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması programı çerçevesinde 2003 yılının başında hazırlanan kanun tasarı taslaklarında, Sağlık Bakanlığı’nın taşra teşkilatının kaldırılması ve devletin

sağlık tesislerinin yerel yönetimlere devredilmesi planlanmıştır. 15 Temmuz 2004 tarihinde kabul edilen 5227 sayılı Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanunda da aynı amaç esas alınmıştır.

Diğer yandan da Hükümetlerin neoliberal ekonomi politikalarının bir uzantısı olarak 2003 yılında "Sağlıkta Dönüşüm Programı" adıyla topluma sunulan reform kapsamında öncelikle ilk basamak sağlık hizmeti için 2004 tarih ve 5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanunu çıkarılarak sağlık ocağı sisteminden aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Bu sistemle ana-çocuk sağlığı, bağışıklama gibi çocuk sağlığı ile ilgili doğrudan hizmetler başvuruya tabii tutularak toplumun tümü yerine yalnızca talep edenlere birinci basamak sağlık hizmeti sunulmaya başlanmıştır.

Bunun ardından, 6 Ocak 2005 gün ve 5283 sayılı Kanunla SSK sağlık tesisleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Sağlık Bakanlığı bu kanunla 2005 yılında SSK'ya ait 146 hastane 212 dispanser,11 ağız ve diş sağlığı merkezi ve 2 dal merkezini devralmıştır (Atasever,2014:121). Bu düzenleme ile SSK'nın hizmet sunumundan çekilerek sadece finansman alanında faaliyet göstermesi amaçlanmıştır. Böylelikle SSK hizmet sunumunda tasfiye edilerek SSK sağlık kuruluşlarının SB'na devri ile özelleştirilmeleri için alt yapı hazırlanmaya başlanmıştır.

Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi yönünde üçüncü adım, Sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı uygulamasına ilişkin olarak Temmuz 2005 tarih ve 5396 sayılı yasanın çıkarılmasıdır. 5396 sayılı yasa ile, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nda hizmet alımı, sunumu, örgütlenmesi ve finansmanı açısından değişiklikler getirilmiştir.

Sonraki adım, 16.05.2006 tarihli ve 5502 sayılı yasa ile SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'nın birleştirilerek sosyal güvenlikle ilgili tek bir kuruma (SGK) dönüştürülmesidir. Böylelikle sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak yeniden yapılandırılması için temel oluşturulmuştur.

Sağlık alanında özelleştirmenin beşinci adımı Türkiye Büyük Millet Meclisi'nce kabul edilen Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası'dır. Primli Sosyal Güvenlik Sistemi'ni getiren 31.05.2006 tarihli 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu sağlık alanının piyasaya açılması çalışmalarının başka bir aşamasıdır. Söz konusu kanun genel gerekçesinde "Sosyal güvenlik sisteminin yaşadığı finansman sorununun, ekonomik göstergeleri de olumsuz etkilediği", "son yıllarda bizzat sosyal güvenlik sisteminin kendisinin ülke ekonomisinde istikrarsızlık yaratan ana sebeplerden biri haline geldiği" belirtilerek, söz konusu tasarının çıkış amacının yaşanan bu finans 'sorununa' çözüm getirmeyi hedeflediği ifade edilmektedir. Bu kanuna göre asgari ücretin 1/3'den az kazananların sigorta primi devlet tarafından karşılanırken, bu kriterin üzerindeki herkes belirli oranlarda destek primi ödemek zorunda bırakılmaktadır (Elbek ve Adaş,2009:37).

Sağlık alanında özelleştirmenin son ayağı 2011 yılında çıkarılan 663 sayılı KHK'dir.663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname 2/11/2011 tarihli ve 28103 (Mükerrer) sayılı Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiş ve Bakanlık Teşkilatı Sağlık Bakanlığı, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu ve Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü şeklinde yeniden yapılandırılmıştır.

Kanun Hükmünde Kararnameye taşra teşkilatı da, Bakanlık ve bağlı kuruluşlarına göre yeniden yapılandırılmıştır. Bu yapılandırmada İl ve İlçe Sağlık Müdürlükleri ile Sağlık Grup Başkanlıkları Bakanlığın; Kamu Hastane Birlikleri, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun; Halk Sağlığı Müdürlükleri ise, Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun taşra yönetim teşkilatı olarak belirlenmiş ve bunlara bağlı hizmet birimleri öngörülmüştür. (<http://yalovahalksagligi.gov.tr/icerik/kurumumuz.html?>). Bu KHK ile Bakanlığın sağlık sistemi içerisinde politika belirleme, düzenleme ve denetleme konumunun ön plana çıkarıldığı, il düzeyinde Bakanlığa bağlı hastanelerin kamu hastaneleri birlikleri çatısı altında birleştirildiği ve birliklerin de bağlı kuruluş statüsündeki Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlandığı, Kamu Hastaneleri Birliklerinde profesyonel yönetime geçildiği, sağlık hizmeti sunan kuruluşların yönetiminin basamak esasına göre sınıflandırıldığı ve sağlık hizmetlerinin daha fonksiyonel birimlere ayrıldığı bir teşkilat yapısı oluşturulmuştur (Lamba vd.,2014: 64)).

Görüldüğü gibi; Türk sağlık sisteminin son reform projesi olan Sağlıkta Dönüşüm Programı, DB raporlarında tasarıldığı gibi dört kollu bir yapı olarak uygulamaya konulmuştur. Bunlardan ilki 05. 2006. 5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'nın birleştirilerek sosyal güvenlikle ilgili tek bir kurumun oluşturulmasıdır. SGK'nın oluşturulmasının ardından 5510 sayılı "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" (SSGSSK) ile toplumun



tamamının dahil edildiği Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulamaya konmuştur. Sağlık ocaklarının aile hekimliğine dönüştürülmesi reformun ikinci kolunu oluşturmaktadır. Reform projesinin üçüncü kolu, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren sağlık kurumlarının sağlık işletmesi haline getirilmesidir. Sağlık Bakanlığı'nın düzenleyici ve denetleyici bir rol kazandırılması yönündeki değişiklikler ise reformun son aşamasıdır (Ataay, 2008:170).

## 6.UYGULANMA SÜRECİ

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temelini, GSS ve Temel Teminat Paketi; birinci basamak sağlık hizmetlerinde sağlık ocağı sisteminden aile hekimliği sistemine geçilmesi; SSK'nun tasfiye edilerek SSK sağlık kuruluşlarının SB'na devri ve özelleştirilmeleri için alt yapının hazırlanması, mevcut kamu hastanelerinin özzerleştirilmesi ve işletme mantığına göre işleyen kurumlar haline getirilmesi, sağlık bakanlığının sağlık hizmetleri üzerindeki yetkilerini düzenleme ve denetleme ile sınırlandırmak yönündeki hedefler oluşturmaktadır.

Bu amaç doğrultusunda ilk olarak 2004 tarih ve 5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanunu çıkarılarak sağlık ocağı sisteminden aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. 2010 yılında 20.185 olan aile hekimliği birimlerinin sayısı 2014 yılı itibarıyla 21.384 olarak gerçekleşmiştir (SB,2014).

Bundan sonra Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ana bileşenlerinden olan Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulamasıyla da toplumun daha önce sağlık sigortası kapsamına girmeyen kısmının da sağlık hizmetlerinden yararlandırılması ve sağlık harcamalarının finansmanına katkı sağlaması amaçlanmıştır. Bu uygulama ile Devlet, Genel Sağlık Sigortası ile sosyal güvenlik kuruluşlarından daha fazla sağlık primi alırken yoksulluk sınırının üstünde gelir elde edenlerden de zorunlu olarak prim toplamaktadır.

Böylelikle sağlık hakkından yararlanmak prim koşuluna bağlanmıştır. Böyle bir uygulama ise primlerini ödeyemeyenlerin ya da ödeme yükümlülüğünü yerine getirmemiş olanların sağlık hizmetlerinden dışlanması sonucunu doğurmuştur. 25 Şubat 2011 tarihinde kabul edilen 6111 sayılı Torba Yasa ile bu soruna kısmi bir çare arayışının ürünü olarak prim borcunu ödeyemeyen bağımsız çalışanların borçlarını taksitlendirmeleri/yapılandırılmaları olanağı sağlanmış ve bu yapılandırmadan doğan ödeme yükümlülüklerini düzenli olarak yerine getirmeleri koşuluyla sağlık hizmetlerine erişimlerine imkân verilmiştir. Tüm bu düzenlemeler, prim tahsilâtına ilişkin sıkıntıların sağlık hizmetlerine erişim konusunda yaratacağı krizlerin birer göstergesidir (Dertli, 2015:295-296).

Sağlıkta Dönüşüm Programının ana amaçlarından diğeri piyasaya özgü değerler ve mekanizmaları mevcut sağlık kurumlarına yerleştirerek bu kurumların sağlık işletmesi olarak görevlerini sürdürmelerini sağlamaktır. Bu amaçla yapılan değişikliklerle özel sektör istihdam ve değerlendirme modellerinin sağlık kurumlarında uygulanmaya başlandığı görülmektedir. Böylelikle sağlık kurumlarının piyasa ortamında, piyasa mekanizmalarına göre işleyen kurumlar haline getirilmesi amaçlanmaktadır. Bu sürecin sağlık çalışanları için öngördüğü istihdam modeli ise sözleşmeli çalışmadır. Söz konusu model, sağlık alanının piyasaya açılması anlamına gelen Sağlıkta Dönüşüm Programının çeşitli safhalarında çeşitli yöntemlerle yaşama geçirilmiştir.

Bu anlamda öncelikle 10.07.2003 tarihli ve 4924 sayılı Kanun ile 'Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde' sözleşmeli personel alımı, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 4/b maddesine tabi olmak üzere ücretleri döner sermayeden karşılanmak üzere sağlık personeli alımı yapılmış, ardından Sağlık Bakanlığı'nın 13.09.2006 tarih ve 158632 sayılı Genelgesi ile 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 86. maddesi kapsamında vekil ebe ve hemşire alımı gerçekleştirilmiştir. 24.11.2004 tarihli ve 5258 sayılı Kanun ile getirilen Aile Hekimliği Sisteminde de aile hekimi valilik ya da valiliğin göstereceği merci (il sağlık müdürlüğü) ile aile hekimi yanında çalışacak aile sağlığı unvanını taşıyan yardımcı sağlık personeli ise aile hekimi ile sözleşme imzalamaktadır. Diğer yandan 663 Sayılı KHK ile birlik bünyesinde üst düzey yöneticilerinin (genel sekreter, tıbbi/idari/mali hizmetler başkanı, hastane yöneticisi vd.) sözleşmeli statüde istihdamlarının yolu açılmıştır. 663 sayılı KHK ile aynı zamanda yabancı hekim ve hemşire çalıştırılmasına imkân tanınarak sağlıkta yeni bir personel istihdam politikasının temelleri atılmıştır. AB'ye uyum süreci ve GATS bağlamında düşünüldüğünde personel politikasında yapılan bu değişikliklerin öncelikle yabancı sermayenin ucuz iş gücü ihtiyacının karşılanmasına (Özkal Sayan ve Küçük,2012:200) yönelik düzenlemeler olduğu sonucuna varılmaktadır.

Personel istihdamında tercih edilen sözleşmeli personel uygulaması aynı zamanda Performansa Dayalı Ücret ve yönetim şekli ile de desteklenmiştir. 2005 Mali Bütçe Kanunu'nun 37. Maddesi ile performansa dayalı döner sermaye uygulaması ile sağlık çalışanlarının ücretlerinin belirlenmesinde rekabetçi bir sistem oluşturulmuştur. Diğer yandan hiyerarşik denetimin yerini

işletme yönetimine uygun olarak performans denetimi almıştır. Nitekim, 663 Sayılı KHK'de Kamu Hastaneleri Birliği'nin en üst yöneticisi konumundaki genel sekreterin birliği belirlenen hedef, politika ve stratejilere, ilgili düzenlemelere ve performans programına göre yönetmekle görevli olacağı (md. 31), sözleşmeli statüde istihdam edilecek personelle yapılacak sözleşme ekinde kurumsal hedefler ve performans değerlendirme kriterleri de gözetileceği, başarısızlık sebebiyle genel sekreterin değişmesi halinde başkanların ve başarısızlığa sebebiyet veren hastane yöneticilerinin sözleşmelerinin kendiliğinden sona ereceği (md.32/5) hükümleri yer almaktadır.

Sağlık alanına piyasacı mantığın yerleştirildiği durumların bir örneği de yönetimde profesyonelleşme ve fonksiyonel bölünme yönünde bir yapılanmaya gidilmesidir. Bu yapılanmaya göre 663 sayılı KHK ile kurulan Kamu Hastaneleri Birlikleri en üst yöneticisi konumundaki genel sekreter ve genel sekretere bağlı tıbbî hizmetler, idarî hizmetler ve malî hizmetler başkanlıklarından oluşmaktadır. Birliğe bağlı hastaneler, hastane yöneticisi tarafından yönetilmekte, hastane yöneticisine bağlı olarak başhekim ve başhekim yardımcılığı, idarî ve malî işler müdürlüğü ile sağlık bakım hizmetleri müdürlükleri görev yapmaktadırlar (md.30). Böylece sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinde fonksiyonel bölünme belirginleştirilirken diğer yandan da her bir işleve yönelik profesyonel yöneticilerin görevlendirilmesi sağlanmıştır.

Kamu Hastane Birliklerinin teşkilat yapısında görülen bu fonksiyonel ayrışma Sağlık Bakanlığı'nun teşkilat yapısında da gerçekleştirilmiştir.663 sayılı KHK ile Bakanlık merkez teşkilat yapısı, "Bağlı Kuruluşlar", "Sağlık Politikaları Kurulu" ve "Hizmet Birimleri" şeklinde daha fonksiyonel bir şekle dönüştürülmüştür. Böylece hizmet sunma, politika belirleme, denetleme, kontrol, izleme ve planlamaya yönelik hizmetler arasında bir ayrıma gidilmiştir. Bunun dışında Sağlık Bakanlığı'nun merkez teşkilatının yeni yapısında "Bağlı Kuruluşlar" sayıca artırılmıştır. Daha öncesinde Sağlık Bakanlığı Ana hizmet birimleri ve taşradaki müdürlükler tarafından yapılan hizmet üretimi ve sunma işlevi bundan böyle bağlı kuruluşlar aracılığı ile yerine getirilecektir. Ayrıca yeni yapıda doğrudan bakana bağlı bir bakan yardımcılığı kadrosu da tahsis edilmiştir (Lamba vd.,2014:54).

Bakanlık taşra teşkilatı da merkez teşkilatındaki yapılanmaya paralel olarak yeniden yapılandırılmıştır. Bu yapıya göre, İl ve İlçe Sağlık Müdürlükleri ile Sağlık Grup Başkanlıkları Sağlık Bakanlığı'na; Kamu Hastane Birlikleri Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na, Halk Sağlığı Müdürlükleri ise Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'na bağlı taşra teşkilatları olarak görev yapacaklardır. Sağlık Bakanlığı bünyesinde Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde çok geniş yetkilere sahip olan İl Sağlık Müdürlüklerinin görev ve yetki alanları bu düzenleme ile oldukça daraltılmıştır. İl Sağlık Müdürlüklerinin yeni yapısı; Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne devredilenler dışında kalan şube müdürlükleri, Acil Sağlık Hizmetleri, Uluslararası Tıp ve Kongre Merkezleri, Afetlerde Sağlık Hizmetleri Birimleri ve 112 istasyonları olarak belirlenmiştir. Böylelikle il sağlık müdürlüklerinin tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetleri üzerindeki etkinliği ortadan kalkmıştır.

Diğer yandan sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinde ve sağlık alanında yatırımların yönlendirilmesinde özel sektör ile yaygın bir şekilde işbirliği içine girilmesi amaçlanmıştır.Özel sektörle bu derece yoğun işbirliği kuşkusuz piyasaya özgü değerlerin ve işletme tekniklerinin kamu sağlık kuruluşlarına nüfus etmesi bakımından bulunmaz bir ortam sağlamaktadır. Bu bakımdan Türkiye'de Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) yönteminin sağlık sektöründe uygulanmasına yönelik yasal adımlar atılmıştır.

Kamu Özel Ortaklığı Modeli yöntemlerinden olan Yap-İşlet-Devret Modeli 2005 yılındaki değişiklikle beraber Sağlık Sistemi içine girmiş ve uygulanmaya başlamıştır (Yılmaz, "Türkiye'de Kamu Özel Ortaklığı Modelleri",t.y.5). Sağlık tesislerinin yapımı ile ilgili olarak Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) uygulaması, 2005 yılında3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa eklenen 7. madde ile hukuki bir alt yapıya kavuşturulmuştur. Daha sonra 2006 yılında bakanlar kurulu kararıyla "Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtılması İle Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik" çıkarılmıştır. Böylelikle, 2006 yılından sonra "Sağlıkta Dönüşüm Programı" çerçevesinde gerçekleştirilen sağlıkta reform düzenlemeleriyle birlikte klinik hizmetlerinin de hizmet ihaleleri ile dışarıdan temin edilmesi uygulamaya konulmaya başlanmıştır (Akdağ, 2010: 5).

2007 yılında ise 5683 sayılı Kanun ile Sağlık Bakanlığında bu yöntem ile yaptırılacak yatırımlarla ilgili iş ve işlemleri yürütmek üzere "Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı" adı altında bir daire oluşturulmuştur. Söz konusu daire 2011 yılında yapılan Sağlık Bakanlığı teşkilat yasası ile inşaat-onarım dairesi ile birleştirilerek Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü adını almıştır.KÖİ

yöntemi ile yapılan işlerin hızlandırılması amacıyla 2013 yılında “6428 Sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yapılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” çıkartılmıştır. Sağlık Bakanlığınca 2013 yılı sonu itibarıyla KÖİ yöntemi ile 17 projenin sözleşmesi imzalanmıştır. Yine bu dönem içerisinde sözleşmesi imzalanan bu projeler dışında 41projenin de fizibilite çalışmaları devam etmektedir. Kamu-Özel işbirliği yöntemi ile planlanan yatırımların yapılması halinde yaklaşık 50.000 yeni yatak hizmete sunulmuş olacaktır.Bu dönemde sağlık yatırımlarında önemli ilerlemeler kaydedilmiştir.

Örneğin; 2003-2013döneminde sadece Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan sağlık hizmet binalarının kapalı alanı7 milyon m<sup>2</sup>'yi bulmuştur. Sağlık Bakanlığı tarafından son 11 yılda 650'si hastane binası,1.593'ü birinci basamak sağlık kuruluşu olmak üzere 2.243 sağlık tesisi tamamlanarak hizmete sunulmuştur (Atasever,2014:204).

Halihazırda model kapsamında yapılması hedeflenen ve toplam 43 bin yatak kapasitesine sahip olması beklenen 33 sağlık kuruluşunun 2018 yıl sonuna kadar tamamlanması planlanmaktadır. Projenin yapım ve tamamlanma süreci 1 yılı hazırlık, 3 yılı yatırım ve 25 yılı işletme dönemi olmak üzere toplam 29 yılı kapsamaktadır. Bu süre sonunda yapılan hastanelerin kamuya devredilmesi öngörülmektedir. Bu kapsamda projelendirilen şehir hastanelerinin önemli bir kısmının ihalesi tamamlanmıştır. İhalesi tamamlanan projelerin durumuna bakıldığında, Ekim 2015 itibarıyla 17 şehir hastanesinin inşaatı devam etmektedir. Diğer projeler içinse hazırlıklar sürmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan açıklamaya göre, 16 şehir hastanesinin 2016-2017 döneminde açılması, diğer hastanelerin ise 2018 yıl sonu itibarıyla tamamlanması hedeflenmektedir. Kamu-özel işbirliği modeli ile planlanan sağlık yatırımı projeleri ve ilerleme durumları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

**Tablo 1:Kamu-Özel İşbirliği Projeleri\***

Adana Şehir Hastanesi (1550 Yatak)	İhalesi Tamamlandı	İstanbul Sancaktepe Şehir Hastanesi (3800 Yatak)	Onay Bekliyor
Ankara Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü (3660 Yatak)	İhalesi Tamamlandı	İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi (2060 Yatak)	İhalesi Tamamlandı
Ankara Etlik Entegre Sağlık Kampüsü (3566 Yatak)	İhalesi Tamamlandı	İzmir Yenişehir(Tepeçik)Şehir Hastanesi (1200 Yatak)	İhale Hazırlık Sürecinde
Antalya Şehir Hastanesi (1000 Yatak)	Onay Bekliyor	Kahramanmaraş Devlet Hastanesi (500 Yatak)	Onay Bekliyor
Aydın Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi (150 Yatak)	İhale Hazırlık Sürecinde	Kayseri Entegre Sağlık Kampüsü (1584 Yatak)	İhalesi Tamamlandı
Aydın Şehir Hastanesi (800 Yatak)	Onay Bekliyor	Kocaeli Sağlık Yerleşkesi (1180 Yatak)	İhalesi Tamamlandı
Bartın Devlet Hastanesi (400 Yatak)	Onay Bekliyor	Konya Sağlık Yerleşkesi (838 Yatak)	İhalesi Tamamlandı
Bursa Şehir Hastanesi (1355 Yatak)	İhalesi Tamamlandı	Kütahya Devlet Hastanesi (600 Yatak)	İhale sürecinde
Denizli Şehir Hastanesi (1000 Yatak)	İhale Sürecinde	Manisa Sağlık Yerleşkesi (560 Yatak)	İhalesi Tamamlandı
Diyarbakır Kayapınar Hastanesi (750 Yatak)	Onay Bekliyor	Mersin Sağlık Yerleşkesi (1250 Yatak)	İhalesi Tamamlandı
Diyarbakır Yenişehir Hastanesi (705 Yatak)	Onay Bekliyor	Ordu Şehir Hastanesi (600 Yatak)	Onay Bekliyor
Elazığ Sağlık Yerleşkesi (1040 Yatak)	İhalesi Tamamlandı	Samsun Şehir Hastanesi (900 Yatak)	İhale Sürecinde
Eskişehir Şehir Hastanesi (1081 Yatak)	İhalesi Tamamlandı	Şanlıurfa Şehir Hastanesi (1700 Yatak)	Sözleşme Aşamasında
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon (FTR) ve Yüksek Güvenlikli Psikiyatri (YGAP) Hastaneleri (2400 Yatak)	İhalesi Tamamlandı	Tekirdağ Şehir Hastanesi (480 Yatak)	Sözleşme Aşamasında
Gaziantep Sağlık Yerleşkesi (1875 Yatak)	İhalesi Tamamlandı	Trabzon Şehir Hastanesi (600 Yatak)	Ön Fizibilite Çalışmasında
Isparta Sağlık Yerleşkesi (755 Yatak)	İhalesi Tamamlandı	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu	Tamamlandı
İstanbul Başakşehir İkitelli Entegre Sağlık Kampüsü (2682 Yatak)	İhalesi Tamamlandı	Yozgat Eğitim Araştırma Hastanesi (475 Yatak)*	İhalesi Tamamlandı

(\* ) Kamu Özel İşbirliği Daire Başkanlığı Projeleri adı altında yayımlanan liste, 18 Eylül 2015 tarihinde güncellenen bilgilere göre oluşturulmuştur.

**Kaynak:** Zengin, Aslı Şat (2015), Özel Hastaneler Sektörü, İş Bankası Yayınları

Diğer yandan özel sektör yatırımlarına yer açmak için de Sağlık Bakanlığı'nun hizmet sunumundan çekilip düzenleyici ve denetleyici bir rol ile sınırlandırılması yönünde önemli adımlar atılmıştır. Bu amaçla Sağlık Bakanlığı'nun merkezi düzeydeki operasyonel görev ve yetkilerinin olabildiğince idari ve mali yönden özerk birimlere ya da taşra birimlerine aktarılması yolu ile yerinden yönetimin hayata geçirilmesi hedeflenmiştir (SB, 2007). Bu amaçla Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003 yılı taslağında tüm Sağlık Bakanlığı hastanelerinin bu hastanelerde bir hizmet sunumu birliği sağlandıktan sonra Sağlık Bakanlığı denetiminde özerk kurumlar haline getirileceği ifade edilmişti.

663 Sayılı KHK ile Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003 yılı taslağında öngörüldüğü üzere Kamu Hastaneler Birliği'nin kurularak tüm kamu hastanelerini özerkleştirmek suretiyle yerleştirilmesi yönünde adımlar atılmıştır. Bu düzenlemeye göre sağlık bakanlığı hastanelerin hem finansmanını sağlama, sağlık personelini temin etme ve maaşlarını ödeme, yatırım harcamalarını yapma gibi merkezi bütçe ile ilgili görevlerinin büyük bir bölümünden hem de hastanelerin yönetiminden çekilmiştir. Diğer yandan 663 sayılı KHK ile Ulusal Tıbbi Cihaz ve İlaç Kurumu'nun kurulması ile ilaç endüstrisinin yönetimi ve denetimi de Sağlık Bakanlığı'nun görevi olmaktan tamamen çıkmıştır. Böylece Sağlık Bakanlığı'nca 1983 yılından beri yürütülmekte olan birçok hizmet, başka kurum ve kuruluşlara devredilerek bakanlığın sağlık sistemi üzerindeki yetki ve görev alanı iyice daraltılmıştır. Buraya kadar anlatılanlar bakanlığın üzerinde bulunan görev, yetki ve sorumlulukların daha yerel makamlarca yerine getirilecek durumda olmalarını işaret etmektedir.

Görüldüğü gibi yapılan uygulamalarla DB'nin öngördüğü dönüşüm sağlık sisteminde gerçekleştirilmiştir. Bu bağlamda GSS'na geçilerek sağlık hizmetlerinin sunumuyla finansmanı birbirinden ayrılmış, birinci basamak sağlık hizmetlerinde sağlık ocağı sisteminden aile hekimliği sistemine geçilmiş; SSK tasfiye edilerek ve SSK sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı'na devri gerçekleştirilerek özelleştirilmeleri için alt yapı hazırlanmış, mevcut kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi ve işletme mantığına göre işleyen kurumlar haline getirilmesi yönünde uygulamalar hayata geçirilmiş, sağlık bakanlığının sağlık hizmetleri üzerindeki yetkileri düzenleme ve denetleme ile sınırlandırılmıştır.

Böylelikle sağlık hizmetlerinin sunumunda genel olarak sağlık hizmet sunumunda özellikle de hastane hizmet sunumunda merkezi yönetimin ağırlığının giderek azaldığını, yerel yönetimlerin ve özel sektörün öne çıkarıldığını, devletin de sağlık hizmetlerinin sunumundan giderek çekildiğini görmek mümkündür.

## **7.POLİTİKANIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

DB, 1980'li yıllarla birlikte birçok ülkede, sağlık alanında maliyet artışından kaynaklanan "sağlık krizi"nin varlığına dikkat çekip krizin çözümü olarak da "sağlıkta reform" adı verilen bir dizi önerilerde bulunmuştu. Bu öneriler, nüfusun tümünün sağlık hizmeti kapsamına alınması, sağlıkta desantralizasyon ve özelleştirmenin sağlanması yönünde bir dizi uygulamayı kapsıyordu.

1980'li yılların sonu neoliberal söylemin Türkiye'de kamu politikalarına tesir ettiği DB, IMF'nin de baskısıyla sağlık alanında da özelleştirmelere doğru adımların atıldığı dönemler olmuştur. Türkiye'de de 1980'li yıllarla birlikte sağlık sektöründe bu önerileri uygulamaya geçirmek için birbiri ardına sağlık reformları planlanmıştır. Bu sağlık reformları kapsamında planlanan yeniden yapılanma çalışmaları DB'nin dan sağlanan kredilerin desteği ile uygulamaya konulmuştur.

DB tarafından finanse edilen Birinci ve İkinci Sağlık Projeleri, sağlık sektöründeki yeniden yapılandırma çalışmalarında başı çeken ilk uygulamalar olmuştur. Ne var ki, 1990'larda ülkede hüküm süren istikrarsızlık ortamı ve kısa süreli koalisyon hükümetleri nedeniyle bu reformlar etkili bir şekilde uygulanamamıştır. DB ve IMF'nin ön gördüğü istekler ancak 3 Kasım 2002 seçimleri ile sağlanan siyasi istikrar ortamında etkili bir şekilde uygulamaya geçirilebilmiştir. Bu bağlamda son ve en geniş kapsamlı reform projesi 2003 yılı itibarıyla DB destekli olarak başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı'dır.

2003 yılından bu yana uygulamada olan bu politikanın, nicel ve nitel sonuçlarını tamamen ortaya koymak şu an için pek mümkün görünmemektedir. Çünkü Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ön gördüğü tüm aşamalar gerçekleştirilememiştir. DB'nin 2009 tarihinde yayımlanmış olduğu bir dokümanında da belirtildiği gibi, kamu hastanelerinin özelleştirilmesi programın amacı açısından büyük rol oynamaktadır.

Hastane özerkliği veya devlet hastanelerinin özelleştirilmesi birçok ülkede politik olarak en çok tartışmalı reformlar arasında yer almaktadır. Bundan dolayı, bu önemli Sağlık Sistemleri Güçlendirilmesi reformunda ülkelerin çok az ilerleme kaydetmesi bir sürpriz değildir. Yine de, kamu hastane reformu olmadan, Sağlık Sistemleri

Güçlendirilmesinin önemli bir ögesi tamamlanmamış olacaktır-bu durum kalite, verimlilik ve hakkaniyet hedeflerinin elde edilmesini etkilemektedir (Chakraborty,2009).

Buradan da anlaşılmaktadır ki; politika uygulamasının tüm sonuçlarının ortaya çıkması için kamu hastanelerinin özelleştirilmesinin ve şehir hastanelerinin uygulamaya geçmesinin tamamlanması gerekmektedir. Diğer yandan, böyle geniş kapsamlı politikaların topluma ve kurumlara olan etkilerinin tam olarak görülebilmesi için belirli bir zamanın da geçmesi gerekmektedir. Bununla birlikte politika uygulamasının bugüne kadar yarattığı çıktı ve sonuçlar, burada ele alınmaya değerdir.

Daha önce de belirtildiği üzere, Sağlıkta Dönüşüm Programının içeriğinde pek çok radikal değişiklik öngörülmüştü. Bunlar; sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak yeniden yapılandırılması, sağlık hizmetlerinin sunumuyla finansmanının birbirinden ayrılması, sağlık bakanlıklarının hizmet sunan işlevinden arındırılıp yalnızca düzenleyici kurumlara dönüştürülmesi, sağlık alanında devletin faaliyet alanının kısıtlanıp, piyasa aktörlerine yer açılması; sağlık tesislerinin yapılması, onarılması, yenilenmesi ve hizmetlerin sunulması esnasında piyasa mekanizmalarının çok daha yoğun kullanılması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin başvuru esasına göre kişilere yönelik olarak sunulmasını sağlayacak aile hekimliği sisteminin kurulması ve yerinden yönetime dayanan bir yapılanmaya gidilmesi olarak sayılabilir.Kuşkusuz bu değişikliklerin her birinin toplumsal ve siyasi sonuçları derin olmuştur. Bunları sırası ile ele almak gereklidir.

Sağlık hizmetlerinin sunumuyla finansmanının birbirinden ayrılması amacı ile SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'nın birleştirilerek sosyal güvenlikle ilgili tek bir kuruma (SGK) dönüştürülmesinin ardından 5510 sayılı "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" (SSGSSK) ile toplumun tamamının dahil edildiği Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulamaya konmuştur. GSS sistemi ile toplumun tüm kesiminin sağlık hizmetlerinden yararlandırılması ve sağlık harcamalarının finansmanına katılması amaçlanmıştır.

Bu sisteme göre Devlet, Genel Sağlık Sigortası ile yoksulluk sınırının üstünde gelir elde eden herkesten zorunlu olarak prim toplamaktadır. Bu uygulamada sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için öncelikle gelir testine göre belirlenecek primi ödemiş olmak gerekmektedir. Ödenen prim karşılığında alınan sağlık hizmetler ise temel sağlık paketleri şeklinde sunulmaktadır. Bu paketin kapsamı ve karşılanan oranları Sosyal Güvenlik Kurumu değiştirebilmektedir. Dolayısıyla vatandaş, Genel Sağlık Sigortası kapsamında sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanırken muayene katılım payı, ilaç katılım payı vb. adlar altında birçok şekilde cepten ödeme yapmak durumunda kalmaktadır. Bu uygulama ise cepten yapılan ödemelerin oranını ciddi derecede artırmıştır. Hane halkı tarafından yapılan cepten sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı ise, 2009 yılında %14,1; 2010 yılında %16,3; 2011 yılında %15,4;2012 yılında %15,8; 2013 yılında % 16,8; 2014 yılında da %17,8(SB,2015) olarak gerçekleşmiştir

GSS sisteminde finansman ile sağlık hizmeti üretimi birbirinden kesin olarak ayrılarak, sağlık hizmeti sunan değil; satın alan bir sistem oluşturulmuştur. Bu düzenleme ile temel teminat paketi sınırlı tutulmuştur. Bu nedenle vatandaşlar arzu ettikleri sağlık hizmetini alabilmek için katkı payı ödemek ve ikinci bir sigorta yaptırmak durumunda kalmaktadır. Böyle bir düzenleme özel sağlık sigortacılığının ön plana çıkarılmasına yol açmaktadır. Bu nedenle vatandaşların istedikleri sağlık haklarını elde edebilmeleri için cepten yapacakları ödemelerin daha da artması muhtemeldir.

Bu noktada,üzerinde özellikle durulması gereken bir grup da, gelir testi sonucunda aile içindeki geliri brüt asgari ücretin 1/3'ünden daha yüksek olduğu tespit edilerek60/1(g) kapsamında genel sağlık sigortalısı statüsü kazananlardır. Prim ödemekle yükümlü kılınan, ancak aylık geliri asgari ücretin 1/3'ünün hemen üzerinde bulunanların sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için düzenli olarak prim ödemeleri pek de mümkün görünmemektedir. SGK'nın bu gruplara ilişkin prim tahsilât oranının düşük bir düzeyde kalması muhtemeldir.Nitekim dar gelirli yurttaşların GSS primlerini ödeyememeleri ve SGK'nın prim tahsilatına ilişkin sorunları, prim borçlarına yönelik düzenlemeyi zorunlu kılmıştır. Bu nedenle 2014 yılı sonlarında çıkartılan 6552sayılı Kanunla birikmiş prim borçlarının yapılandırılmasına gidilmek zorunda kalınmıştır. Ne var ki bu yasa dar gelirli oldukları açık olan bu yurttaşları, sağlık hizmetlerine erişmek için hem geçmişte ödemediği primleri için borçlandırmış hem de güncel primlerini ödemek zorunda bırakmıştır. Bu durum primli sistemin bu haliyle sürdürülmesinin zorluğunu ortaya koymaktadır. Dolayısıyla önümüzdeki yıllarda GSS prim yükümlülüklerini yerine getiremeyen emekçi hanelerinin sağlık hizmetlerinden dışlanması sorunu muhtemel görünmektedir (Dertli, 2015:296).

Sağlıkta Dönüşüm Programı aynı zamanda sağlık hizmetlerinin elverdiğince kamu dışı aktörler tarafından ve piyasa mekanizmalarının gerekleri doğrultusunda yerine getirilmesini öngörmektedir. Bu amaçla bir taraftan mevcut kamu sağlık kuruluşları işletme değerleri ile tanıştırılırken diğer yandan da özel sektör yatırımları desteklenmektedir. Yapılan değişikliklerle, etkinlik, verimlilik, müşteri memnuniyeti gibi piyasacı değerlerin “eşitlik, hakkaniyet, hukuka uygunluk gibi” bürokratik değerlerin yerine konulması sağlanarak piyasacı kültür kurumlara yerleştirilmiştir. Diğer yandan, sağlık hizmetlerinde performans denetimi, profesyonel yöneticilik, fonksiyonel işbölümü gibi piyasa yönetim teknikleri uygulanmaya başlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektörlerle girilen ortaklıklar sağlık hizmetlerine piyasacı değerlerin nüfus etmesini hızlandırmıştır.

Özellikle de öngördüğü kamu-özel ortaklığı (public-privatepartnership) yöntemiyle kurulan sağlık kampüsleri projesi sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve finansmanı alanlarında piyasaya özgü ilişki biçimlerinin ve yeni bir takım düzenleyici faaliyetlerin ortaya çıkmasının yolunu açmıştır. Söz konusu yeni ilişki biçimlerinde özel hukuk, özel yatırımlar ve sözleşmeye dayalı ilişkiler, kamu yatırımları ve sağlık hizmetlerinin kamusal olma özelliğini ortadan kaldırmaktadır.

Dahası, Sağlık Bakanlığının açıklamasına göre; her türlü hazırlığını ve mevzuat altyapısının oluşturulduğu Kamu-Özel Ortaklığı (KÖO) modeli ile sağlık tesisleri, Ar-Ge birimleri, yüksek teknoloji merkezleri, sosyal yaşam alanları ve büyük rekreasyon alanlarının bir arada bulunduğu dev Şehir Hastanelerinin faaliyete geçirilmesi planlanmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından şehir hastanelerinde “hasta karşılamadan başlayarak tüm tedavi süreçlerindeki hizmetlerin beş yıldızlı otel konforunda” sunulacağı ifade edilmektedir (SB,2014:111). Bu ifadelerden anlaşılmaktadır ki bu kurumlarda verilecek otelcilik hizmetlerinin talep edilen sağlık hizmetinin ayrılmaz ve zorunlu bir parçası olarak sunulacağı ve fiyatlandırılacağı muhakkaktır. Dolayısıyla şehir hastaneleri özel sektör için KÖO modeli ile yapılacak hizmet alımları açısından büyük fırsat ortamı, vatandaşlar için yüksek standartlarda verilecek otelcilik hizmetleri ile süslenmiş ve maliyeti artırılmış sağlık hizmeti anlamına gelmektedir. Bununla birlikte projenin finansmanının %20 özkaynak, %80 yabancı kaynak kullanımına(bkn. Sağlık Tesislerinin Kiralama Karşılığında Yapıtılması ile Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanlarındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesinde Dair Yönetmelik, md.7 ve md.33)

Diğer yandan özel sektör yatırımlarına yer açmak için de Sağlık Bakanlığının hizmet sunumundan çekilip düzenleyici ve denetleyici bir rol kazandırılması yönünde önemli adımlar atılmıştır. Bu düzenleme ile SB sağlık hizmeti sunmayarak bu görevini özel sektörden hizmet satın alınma yolu ile yerine getirmeye başlamıştır. Böylelikle Türkiye’de sağlık sektörü, özel sektör lehine büyütülerek önemli bir “piyasa” yaratılmıştır. Bu büyümenin temel nedeni, SGK harcamalarının kamu bütçesinin özel sektöre aktarılacak şekilde artırılması olmuştur.

SB verilerine göre 2002 yılında 1.156 olan toplam hastane sayısı 2014’de 1.528’e, 271 olan özel hastane sayısı 556’ya çıkmıştır. (Sağlık İstatistikleri Yıllığı,2014:75) Diğer yandan hastanelere başvuru sayısındaki artışta özel hastanelerin durumu dikkat çekici durumdadır. Tüm hastanelerde 2002 yılında 1,9 olan kişi başı başvuru sayısı 2014 yılında 2,7 kat artarak 5,1 olurken, özel hastanelerde 2002 yılında 0,1 olan başvuru sayısı 2014 yılında dokuz kat artarak 0,9 olmuştur. Özel hastanelere başvuru sayısı 2014 itibarıyla, 2002 yılına göre 13 kat artmıştır (SB,2015:95,106).

Ancak DB ve IMF’nin istekleri doğrultusunda sağlık hizmetleri arzının giderek daha çok özel sektör tarafından gerçekleştirilmesi yönünde bu hızlı adımlar atılırken savunulanın aksine sağlık harcamaları da gittikçe yükselmiştir. 2002-2013 yılları arası sağlık harcamaları nominal olarak %350 reel olarak ise %61 artmıştır. 2002 yılına göre 2013 yılında sağlık harcamaları toplamda 3,5 kat, cari sağlık harcamaları 3,3 kat ve yatırım sağlık harcamaları ise 9,6 kat artmıştır. 2002-2013 döneminde Türkiye’deki en büyük sağlık hizmet sunucusu olan Sağlık Bakanlığının sağlık harcamaları içinde 2002 yılında %29,5 olan payı 2013 yılında %44,7’ye yükselmiştir. 2002 yılına göre 2013 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmet sunucularının sağlık harcamaları 5,8 kat artmıştır. Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesislerine yapılan harcamaların GSYH içindeki %1,6 olan payı %2,4’e yükselmiştir. SGK’nın sağlık harcamaları da 2002 yılıyla karşılaştırıldığında 2013 yılında 5,2 kat civarında artmıştır (SB,2015:169).

Diğer yandan Sağlık Bakanlığının hizmet üreten birim olmaktan çıkarılması yapılan sağlık harcamalarının özel sektöre kaymasını sağlamıştır. 2002 yılında özel sağlık tesislerinin finansmanının sadece %20’si kamu tarafından karşılanıyor iken bu oran 2013 yılında %46’ya yükselmiştir. 2002 yılında sağlık harcamalarının %70,7’si kamu tarafından %29,3’ü ise özel harcamalardan finanse

ediliyor iken, 2013 yılında kamu finansman payı %78,5'e yükselmiş ve özel sektörün finansman payı ise %21,5'e düşmüştür. Türkiye'de 2002-2013 döneminde sağlık hizmetlerinin finansmanında kamunun payı artmıştır. Kamunun özel sağlık işletmelerinden hizmet alımının genişletilmesi, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması ve sağlanan diğer gelişmelere paralel olarak 2002 yılında özel sağlık tesislerinin finansmanında %80 civarında olan özel sağlık harcamalarının payı 2013 yılında %54,0'a düşmüştür. 2002 yılında SGK'nın sağlık harcamaları içinde %5,2 olan özel sağlık tesislerinin payı, 2013 yılında %15,2'a yükselmiştir. Bütün bu göstergeler de özel sektörün kamu kaynakları ile desteklenerek beslenip büyütüldüğü anlamına gelmektedir (Atasever, 2014:88,90,96).

Sağlıkta Dönüşüm Programı diğer yandan da sağlık personelinin istihdamı açısından da önemli bir kırılma noktası olmuştur. Çünkü Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sunumu bakımından da önemli değişikliklere gidilmiştir. Bu süreç içinde, sağlık hizmetleri "aile hekimliği" ve "kamu hastane birlikleri" şeklinde örgütlenmiş, personel istihdamı da "sözleşmelilik" esasına dayandırılmıştır. Hizmetin özel hukuk sözleşmeleri ile üçüncü kişilere yaptırılmasını sağlayan "taşeron personel çalıştırma" düzenlemesine ek olarak, özel hastane işletmeciliğinin geliştirilmesi ve ucuz işgücü ihtiyacını karşılama amaçlı "yabancı sağlık personeli" istihdamının önu açılmıştır (Özkal Sayan ve Küçük, 2012:171).

Yaşanan gelişmeler sonucu sağlık alanında hizmet alımı temel istihdam şekli haline gelmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaya konulduktan sonra taşeron personel istihdamındaki artış dikkat çekicidir. "Sağlık hizmetlerinde taşeron personel çalıştırma uygulaması, yalnızca yardımcı hizmetlerle sınırlı kalmayarak asli sağlık hizmetlerini de kapsayacak biçimde genişletilmiştir (Özkal Sayan ve Küçük, 2012:176)." 2002 yılında hizmet alımıyla 11 bin civarında personel çalışıyor iken bu sayı 2013 yılında 130 bin civarına yükselmiştir (Atasever, 2014:183).

Sağlık personelinin istihdam şekli üzerinde izlenen bu politikaya en fazla itiraz TTB ve sağlık meslek örgütleri tarafından gelmiş olup diğer sendikalar tarafından da desteklenmiştir. TTB, Dev Sağlık İş, SES, Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği ve Türk Hemşireler Derneği'nin en son 16.11.2015 tarihinde yapmış oldukları ortak basın açıklamasında sağlık emekçilerinin olumsuz koşullarda çalışmasının sağlık hizmetini alan vatandaşları da etkileyeceğine dikkat çekilmiş, "İş güvenliği olmayan, taşeron baskısı altında yaptıkları işe konsantre olamayan, ücretlerini alamayan ve geçim derdi içinde olan sağlık emekçilerinin durumu yaptıkları hizmete yansıtacaktır" ifadeleri kullanılmıştı.

Görüldüğü gibi Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde yapılan uygulamalarla devletin sağlık sunumundaki rolü, Sağlık Bakanlığı'nın Merkez ve Taşra Teşkilatının yerinden yönetimi öne plana çıkaracak şekilde yeniden yapılandırılması, mevcut hastanelerin işletme ilkeleri yönünde faaliyet gösterir duruma getirilmesi gibi yollarla sınırlandırılıp bu alanda özel sektöre yer açılırken bir yandan da kamu kaynaklarının özel sektörü destekleyecek şekilde kullanılması sağlanmıştır. Bütün bu gelişmeler devletin sağlık sunumundaki görev ve sorumluluklarını giderek özel sektöre devretmekte olduğunun habercisidir.

Türkiye'de sağlık alanında piyasa odaklı yapılan bu düzenlemeler sermaye yatırımları için büyük bir fırsat ortamı sunmuştur. Önümüzdeki günlerde yurt içi pazardaki potansiyel paralelinde pazardaki paylarını artırmak isteyen özel hastane zincirlerinin yatırımlarının artması muhtemeldir. Alanda halihazırda faaliyet gösteren firmalar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

**Tablo 2: Sağlık Sektöründe Faaliyet Gösteren Firmalar**

Hastane	Hastane Sayısı	Yatak Kapasitesi	Faaliyet Bölgesi
Acıbadem Sağlık Grubu	17 Hastane, 11 Tıp Merkezi, 4 Laboratuvar, 1 Genetik Tanı Merkezi.	1500 +	Adana, Ankara, Bodrum, Bursa, Eskişehir, Gemlik, İstanbul, Kapadokya, Kayseri, Kocaeli, Makedonya
Medical Park Hastaneler Grubu	15 Hastane, 2 Hastane Kompleksi, 1 Tıp Merkezi	1500 +	Ankara, Antalya, Batman, Bursa, Elazığ, Gaziantep, Gebze, İstanbul, İzmir, Ordu, Samsun, Tarsus, Tokat, Uşak
Medicana Sağlık Grubu	9 Hastane, 2 Diş Polikliniği	1170 +	Ankara, İstanbul, Konya, Samsun
Memorial Sağlık Grubu	7 Hastane, 3 Tıp Merkezi	750	Ankara, Antalya, Diyarbakır, İstanbul, Kayseri, Şanlıurfa
Florence Nightingale	4 Hastane, 1 Tıp Merkezi	550	İstanbul
Bahat Sağlık Grubu	4 Hastane, 2 Tıp Merkezi	500 +	İstanbul
Başkent	6 Hastane, 4 Diyaliz Merkezi, 1	500 +	Adana, Alanya, Ankara, İstanbul, İzmir,

Üniversitesi Hastaneleri	Poliklinik, 2 Rehabilitasyon Merkezi, 1 Kadın		Konya, Zonguldak
Medipol Mega Hastaneler Kompleksi	1 Hastane	470	İstanbul
Liv Hospital	2 Hastane	350	Ankara, İstanbul
Bayındır Sağlık Grubu	3 Hastane, 1 Tıp Merkezi, 5 Klinik	308	Ankara, İstanbul

**Kaynak:** Zengin, Aslı Şat (2015), Özel Hastaneler Sektörü, İş Bankası Yayınları

Ayrıca yabancı sermayeli yatırımların alanda faaliyet göstermesi de ayrı bir önem taşımaktadır. Çünkü küçük ve orta ölçekli yerli sermayeli hastanelerin büyük ölçekli yabancı sermayeli yatırımlarla rekabet etmesi oldukça zordur. Böyle bir durumda sağlık alanındaki düzenlemelerin önümüzdeki günlerde yabancı sermayenin istekleri doğrultusunda olması ihtimali oldukça yüksektir. Böyle bir durum vatandaşlar için sağlık alanında sunulan hizmetlerin daha çok özelleşmesi ve daha fazla fiyatlandırılması anlamına gelmektedir.

Son yıllarda sektörde gerçekleştirilen önemli yatırımlar ile 2014 yılında öne çıkanlar aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.

**Tablo 3: Sağlık Sektöründe Gerçekleştirilen Önemli Yatırımlar**

Yıl	Yatırımcı	Ülke	Yatırımı Alan Firma	Hisse Oranı (%)
2011	MidEuropa	İngiltere	İzmir Kent Hastanesi	65
2011	Newcon	ABD	Anadolu Hastaneler Grubu	50
2012	Khazanah&Integrated Healthcare Holding	Malezya	Acıbadem Sağlık Grubu	75
2013	Turkven	Türkiye	Medical Park	65
2014	Euromedic	Hollanda	American Shared Services Hospital	100
2014	Nesma Holding; Reaya Holding	S.Arabistan	Avrupa Göz	50
2014	Pine Bridge Investments	ABD	Romatem	50
2014	Polski Bank Komorek	Polonya	Yaşam Bankası	85

**Kaynak:** Zengin, Aslı Şat (2015). Özel Hastaneler Sektörü, İş Bankası Yayınları

## SONUÇ

Özellikle II. Dünya Savaşı'nın ardından 1970'lere kadar olan dönemde oldukça hızlı gelişen kapitalist üretim sistemi 1970'lerden itibaren düşen kar oranları yüzünden büyük bir bunalıma girmiştir. Kapitalist üretim sistemi de bunalımın temel nedeni olarak refah devleti uygulamalarını göstererek gündeme getirdiği neoliberal söylemlerle devletin faaliyet gösterdiği bu alanların piyasaya devredilmesini öngörmüştür. Bu neoliberal politikalarla birlikte daha pek çok alanda olduğu gibi sağlık alanından da devletin çekildiği, bu alanın piyasanın istekleri doğrultusunda düzenlendiği bir sürece girilmiştir. Böylece yapılan sağlık reformları ile uygulandıkları daha pek çok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de mevcut sağlık sistemi ciddi ölçüde dönüşüme uğramıştır. Ülkemizde sağlık alanında yapılan en son ve en kapsamlı reform projesi olan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık alanında çok önemli değişimlerin yaşandığı bir sürece girilmiştir. Yapılan değişikliklerle sağlık hakkının bedelsiz olmaktan çıkarıldığı, kullanan öder ilkesinin geçerli olduğu, vatandaş konumundaki hastaların müşteri olarak görüldüğü, hasta-hanelerin işletme-hanelere dönüştürüldüğü, doktor ve sağlık çalışanlarının mesleki statülerinin kurumun kar etmesi için yarışan işgörenler durumuna indirildiği bir süreç yaşanmaya başlamıştır.

Söz konusu olan bu süreçte yönetim ve örgütlenme, finansman, hizmet sunumu, hizmet değerlendirmesi, hizmetin verilmesine hakim olan ilkeler, personel yönetimi, gibi birçok alanda neoliberal politikaların etkisi görülmektedir. Bu bağlamda sosyal sigorta ve sosyal yardım sistemlerinde, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde ve Bakanlık merkez ve taşra teşkilatlarında çok önemli değişiklikler yapılmıştır. Yapılan değişikliklerle sağlık alanında yerli ve yabancı özel sektör yatırımlarına yer açmak temel amaç olmuştur. İzlenen bu politikalar sonucunda da Türkiye, özellikle de çok uluslu şirketler için sağlık yatırımları açısından bulunmaz bir fırsatlar ülkesi haline dönmektedir.

Sağlık gibi dışsal faydası oldukça yüksek olan bu nedenle de devlet eliyle sunulması gereken bir hizmetin bu şekilde kar alanı haline getirilmesi ilerleyen dönemlerde özellikle toplumun dar gelirli sınıflarının sağlık hizmetine erişimlerinin daha da kısıtlanacağı bir yapıyı hazırlamaktadır. Bu yapının sağlıkta eşitsizlikleri daha da artırması pek muhtemeldir.

Türkiye'de 1980 sonrası uygulanan sağlık politikası, başta sağlık çalışanları ve sağlık hizmetlerinin diğer tarafında yer alan vatandaşlar olmak üzere tüm toplumu etkileyeceği için, "makro nitelikli" bir politikadır.



Sağlık politikası, aynı zamanda toplum üzerindeki etkileri bakımından, kazananları/kaybedenleri olan “düzenleyici politikalar” niteliğindedir. Bu politikanın kazananı piyasa aktörleri, kaybedeni ise başta sağlık çalışanları ve dar gelirli vatandaşlar olmak üzere toplumun çoğunluğudur.

Diğer yandan, 1980’li yıllarla birlikte tohumları atılıp 2002 yılında kapsamlı bir şekilde uygulamaya konulan sağlıkta liberalleşme politikası Türkiye’nin iç dinamiklerinden çok DTÖ, IMF ve DB’nin politika transferleri şeklinde gündeme girmiştir. Bu politika transferinin temel amacı da piyasa aktörleri için sermaye birikime katkı sağlayacak yeni karlı alanlar yaratabilmektir. Denilebilir ki; Türkiye’nin son otuz beş yıllık sağlık politikası IMF, DB, DTÖ gibi uluslararası örgütlerin yönlendirmeleri doğrultusunda politika transferi şeklinde gerçekleşmiştir.

Diğer yandan, sağlık politikasına yön veren sağlık kurumlarının işletmeye dönüştürülmesi, GSS’nin kurulması, Aile Hekimliği’ne geçiş, sağlık hizmetlerinin verilmesinde desentralizasyon gibi unsurlar 1980’den beri neredeyse her hükümet programında ve kalkınma planlarında ifade edilmiştir. Başka bir deyişle hükümetler ve kişiler değişse de politikada bir devamlılık söz konusudur. Bu açıdan Türkiye’de uygulanan sağlık politikasının karar verme modelleri açısından değerlendirildiğinde “ilaveci karar verme” modelinin izlenmiş olduğu söylenebilir.

Bu çalışma ile Türkiye’de sağlık hizmetlerinin piyasaya açılma politikası süreç analizi yöntemi ile analiz edilerek incelenmiştir. Türkiye’de sağlık sektörünün piyasaya açılma politikası süreç analizinin aşamalarına uygun olarak işlemiştir. Siyasi, ekonomik ve toplumsal sonuçları açısından çok önemli olan bu politikanın “politika ağları” yaklaşımı ile analiz edilmesi alana büyük katkı sağlayacaktır. Böylesi bir çalışma sağlık alanında hükümet ve çıkar grupları arasındaki ilişkileri açıklaması bakımından önem taşıyacaktır.

#### KAYNAKÇA

- AKDAĞ, Recep (2008). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu*, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını.
- AKDAĞ, Recep (2010). *Türk Sağlık Sistemi’nde Kurum Dışından Hizmet Alım Uygulamaları: Araştırma Raporu*, Ankara: Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı.
- AKGÜL, Arif, KAPTI, Alican. (2010). “Türkiye’nin Uyuşturucu İle Mücadele Politikası: Politika Süreç Analizi”, *Yerelden Küresele Sınırtaşın Suçlar*, (Editörler) Süleyman Özeren, Mehmet Alper Sözer ve Oğuzhan Ömer Demir, UTSAM, Ankara, s. 75-99.
- ALTAY, Asuman (2007). “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, *Sayıştay Dergisi*, S. 64, s.33-58.
- ANDERSON, James (2006). *Public Policymaking*(6th.edt.), Houghton Mifflin ompany, USA.
- ATAAY, Faruk (2008). “Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları”, *Amme İdaresi Dergisi*, C.41, S.3, s.69-184.
- ATASEVER, Mehmet (2014). *Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Analizi: 2002-2013 Dönemi*, Ankara.
- BAYIRBAĞ, Mustafa Kemal (2013). “Kamu Politikası Analizi İçin Bir Çerçeve Önerisi”, *Kamu Politikası Kuram ve Uygulama*, Edt. M. Yıldız, M. Zahid Sobacı. Ankara: 1. Baskı, Adres Yayınları.
- BAKAR, Coşkun; AKGÜN, Seval (2008). “Türkiye’de Sağlık Reformları; Sonu Gelmeyen Hikaye”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, C.20, S.5, s. 339-352.
- BELEK, İlker (2001). “Türkiye’de Sağlık Reformları”, *Toplum ve Hekim*, C.6, S.16, s.438- 447
- CHAKRABORTY, Sarboni, (2009). “Health Systems Strengthening: Lessons from the Turkish Experience”, *Knowledge Brief*, World Bank.
- ÇALI, Hasan Hüseyin (2012). “Aile İçi Şiddet: Bir Kamu Politikası Analizi”, *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, C.16, S.2, s.1-25.
- DB(1993). World Development Report, (<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5976> License:CC BY 3.0Unported, 18 Aralık 2015’de erişildi)
- DEMİRCİ, Bengi (2015).” Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm: Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) Nasıl Bir Sistem Getiriyor?” *Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi* (30) 2015, 122-135
- DERİCİOĞULLARI, Ayşegül; SALLAN GÜL, Songül (2009). " Küreselleşme, Ulus Ötesi Aktörler ve Türkiye’de Sağlık Hizmetinin Piyasalaştırılması", *VII. Kamu Yönetimi Forumu Küreselleşme Karşısında Kamu Yönetimi*, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi.
- DETLİ Nail (2015). “Genel Sağlık Sigortası ve Gelir Testi: Statü Eşitsizliğinden Gelir Eşitsizliğine”. *Mülkiye Dergisi*, C. 39, S.3, s. 271-304.
- DPT, (1985). *Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı* (1985-1989), (<http://pbk.tbmm.gov.tr/dokumanlar/kalkinma-plani-9-genel-kurul.pdf>, 10 Aralık 2015’de erişildi).
- DPT, (1996). *Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı* (1996-2000), (<http://pbk.tbmm.gov.tr/dokumanlar/kalkinma-plani-9-genel-kurul.pdf>, 10 Aralık 2015’de erişildi).
- DPT, (2007). *Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı* (2007-2013), (<https://pbk.tbmm.gov.tr/dokumanlar/kalkinma-plani-9-genel-kurul.pdf>, 10 Aralık 2015’de erişildi).
- ELLİ Sekizinci Hükümet Programı (<https://www.akparti.org.tr/upload/documents/58inci-hukumet-programi.pdf>, 17 Aralık 2015’de erişildi).
- ELLİ Dokuzuncu Hükümet Programı, (<https://www.akparti.org.tr/upload/documents/59uncu-hukumet-programi.pdf>, 20 Aralık 2015’de erişildi).
- ERGUN, Cem ve DERİCİOĞULLARI ERGUN, Ayşe (2010). “Dönüşüm mü, Piyasalaştırma mı? Sağlıkta Dönüşüm Programı Üzerine Bir Tartışma”, *Toplum ve Demokrasi*, C. 4, S.8-9-10, s.33-54.

