



AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



Servet YILDIRIM

SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMUNDAKİ DÖNÜŞÜM: TÜRKİYE ÖRNEĞİ

Maliye Ana Bilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Antalya, 2018



AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



Servet YILDIRIM

SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMUNDAKİ DÖNÜŞÜM: TÜRKİYE ÖRNEĞİ

Danışman

Prof. Dr. Zeliha GÖKER

Maliye Ana Bilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Antalya, 2018

Akdeniz Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğüne,

Servet YILDIRIM'ın bu çalışması, jürimiz tarafından Maliye Ana Bilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Prof. Dr. Serpil AĞCAKAYA (İmza)

Üye (Danışmanı) : Prof. Dr. Zeliha GÖKER (İmza)

Üye : Doç. Dr. Servet AKYOL (İmza)

Tez Başlığı:	Sağlık Hizmetlerinin Sunumundaki Dönüşüm: Türkiye Örneği
--------------	--

Onay : Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Tez Savunma Tarihi : 19/06/2018

Mezuniyet Tarihi : 16/07/2018

(İmza)
Prof. Dr. İhsan BULUT
Müdür

AKADEMİK BEYAN

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Sağlık Hizmetlerinin Sunumundaki Dönüşüm: Türkiye Örneği” adlı bu çalışmanın, akademik kural ve etik değerlere uygun bir biçimde tarafımda yazıldığını, yararlandığım bütün eserlerin kaynakçada gösterildiğini ve çalışma içerisinde bu eserlere atıf yapıldığını belirtir; bunu şerefimle doğrularım.

Servet YILDIRIM





T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU
BEYAN BELGESİ



SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ	
Adı-Soyadı	Servet YILDIRIM
Öğrenci Numarası	20068504809
Enstitü Ana Bilim Dalı	Maliye
Programı	Tezli Yüksek Lisans
Programın Türü	(X) Tezli Yüksek Lisans () Doktora () Tezsiz Yüksek Lisans
Danışmanın Unvanı, Adı-Soyadı	Prof. Dr. Zeliha GÖKER
Tez Başlığı	Sağlık Hizmetlerinin Sunumundaki Dönüşüm: Türkiye Örneği
Turnitin Ödev Numarası	977722208

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışmasının a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana Bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 189 sayfalık kısmına ilişkin olarak, 22/06/2018 tarihinde tarafımdan Turnitin adlı intihal tespit programından Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nda belirlenen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan ve ekte sunulan rapora göre, tezin/dönem projesinin benzerlik oranı;

alıntılar hariç % 11

alıntılar dahil % 11'dir.

Danışman tarafından uygun olan seçenek işaretlenmelidir:

(x) Benzerlik oranları belirlenen limitleri aşmıyor ise;

Yukarıda yer alan beyanın ve ekte sunulan Tez Çalışması Orijinallik Raporu'nun doğruluğunu onaylarım.

() Benzerlik oranları belirlenen limitleri aşıyor, ancak tez/dönem projesi danışmanı intihal yapılmadığı kanısında ise;

Yukarıda yer alan beyanın ve ekte sunulan Tez Çalışması Orijinallik Raporu'nun doğruluğunu onaylar ve Uygulama Esasları'nda öngörülen yüzdelik sınırlarının aşılmasına karşın, aşağıda belirtilen gerekçe ile intihal yapılmadığı kanısında olduğumu beyan ederim.

Gerekçe:

Benzerlik taraması yukarıda verilen ölçütlerin ışığı altında tarafımda yapılmıştır. İlgili tezin orijinallik raporunun uygun olduğunu beyan ederim.

22/06/2018

(imza)

Prof. Dr. Zeliha GÖKER

İÇİNDEKİLER

TABLolar LİSTESİ	v
ÖZET.....	vii
SUMMARY	viii
ÖNSÖZ	ix
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK, SAĞLIK SİSTEMLERİ VE SAĞLIK REFORMLARI

1.1. Kavramsal Olarak Sağlığın Tanımı	3
1.1.1. Sağlığın Biyomedikal Tanımı	3
1.1.2. Dünya Sağlık Örgütü Modeli ve Sağlığı Kavramsallaştırma Anlayışında Dönüşüm.....	4
1.1.3. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri.....	5
1.2. Sağlık Hizmetleri Piyasasının Özellikleri	7
1.2.1. Piyasa Ekonomisi ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu.....	8
1.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Belirsizlik: Asimetrik Bilgi ve Tüketici Egemenliğinin Kurulamaması	8
1.2.3. Sağlık Hizmetlerinde Dışsallıkların Varlığı	11
1.3. Sağlık Hizmetlerinin Kamusal Mal ve Hizmet Olarak Üretimi	12
1.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Üretiminin Kamusal Alana Çekilmesi.....	12
1.3.2. Sosyal Hak Olarak Sağlık Hakkı.....	15
1.4. Sağlık Finansman Yöntemleri	17
1.5. Sağlık Sistemleri.....	19
1.5.1. Sağlık Hizmetlerine Ulaşımında Dayanışmacı Model: Refah Temelli Sağlık Sistemleri	20
1.5.2. Sağlık Hizmetlerine Ulaşımında Eşitlikçi Model: Kapsayıcı Tıp Sağlık Sistemleri.	21
1.5.3. Sağlık Hizmetlerine Ulaşımında Merkezi Planlama Modeli: Sosyalist Sağlık Sistemleri	22
1.5.4. Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Modeli: Özel Sağlık Sistemi.....	23
1.6. Sağlık Reformlarının Nedenleri	23
1.6.1. İktisat Politikalarında Paradigma Değişimi: Keynesyen İktisat Politikalarından Neoliberal Politikalara Geçiş	24

1.6.2. Kamusal Mal ve Hizmet Üretiminin İdeolojik Zeminde Yeniden Somutlaması: Yeni Kamu Yönetimi Yaklaşımı ve Kamu Tercihleri Teorisi.....	26
1.6.3. Sağlık Sistemine Özgü Nedenler.....	29
1.6.3.1. Sağlık Harcamalarındaki Artış.....	29
1.6.3.2. Sağlık Hizmetlerine Bakıştaki İdeolojik Dönüşüm: Neoliberal Anlayışın Sağlık Hizmeti Anlayışına Egemen Olması.....	31
1.7. Sağlık Sektörünün Sermaye Birikimine Destek Bir Sektör Olarak Yeniden Tanımlanması: Sağlık Sistemleri Reform Pandemisi.....	34

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK REFORM UYGULAMALARI

2.1. Sağlık Hizmetlerinin Sunumundaki Dönüşüm: Sağlık Hizmet Piyasasının Yaratılması	38
2.1.1. Sözleşme Mantığının Sağlık Sistemine Hâkim Kılınması: Sağlık Hizmetleri İç Piyasasının Oluşturulması.....	38
2.1.2. Sağlık Hizmetlerinde Pasif Özelleştirme: Sözleşme Yöntemleriyle Özel Sektörden Hizmet Satın Alınması.....	42
2.1.3. Hastadan Tüketicie Geçiş: Hastalara Özel Hizmet Sunucuları ile Kamu Hizmet Sunucuları Arasında Tercih İzni Verilmesi	46
2.1.4. Meta Olarak Sağlık: Sağlık Hizmetlerinde Küresel Ticaret Baskısı.....	48
2.1.5. Özel Sektörün Sağlık Sistemine Katılımının Somutlanması: Evrensel Sağlık Kapsamını (Universal Health Coverage) Sağlamak İçin Kamu ve Özel Karışımı Sağlık Sistemi.....	50
2.1.6. Sağlık Emek Gücünün Sözleşmelerle Sağlanması: Taşeron İlişkilerinin Kamu Sağlık Sektörüne Yerleştirilmesi ve Sağlık Hizmet Sunumunun Özelleşmesi.....	53
2.1.7. Sağlık Çalışanlarına Performansa Dayalı Ödeme	54
2.2. Tek Tıp Yönetim Reform Önerisi: Sağlık Sistemlerinin Desantralizasyonu	55
2.3. Sağlık Hizmetlerinde Yönetişim	60
2.4. Sağlık Hizmet Sunucularının Piyasa Aktörü Haline Dönüştürülmesi: Hastanelerin Özerkleşmesi ve Şirketleşmesi	62
2.5. Hastane Özerkleşmesini Pekiştiren Yöntem: Hastane Ödemelerinde Değişim	64
2.5.1. Global Bütçeleme.....	65
2.5.2. Hizmet Başına Ödeme.....	65
2.5.3. Günlük Temelde Ödeme	66

2.5.4. Kişi Başına Ödeme.....	66
2.5.5. Tanıya Dayalı Ödeme (DRG)	67
2.6. Sağlık Sistemlerinin Finansmanın Özelleştirilmesi.....	67
2.6.1. Sağlık Sistemlerinin Sürdürülebilirliği için Finansmanın Özelleştirilmesi: Maliyet Paylaşımı.....	69
2.6.2. Azgelişmiş Ülkelere Kullanıcı Katkısı Dayatması: Gelir Elde Etme ve Hizmet Dağılımının İyileştirilmesi	71
2.6.3. Sağlık Hizmetlerinde Kapsamın Sınırlandırılması: Özel Sigortanın Teşvik Edilmesi....	73
2.7. Kapsayıcılığı Artırmaya Yönelik Politikalar: Zorunlu Sosyal Sağlık Sigortası.....	75
2.7.1. Sosyal Sağlık Sigortası Eleştirisi ve Gerçekçi Evrensel Kapsamı Sağlamanın Yöntemi: Sağlık Hizmetlerinin Vergi Temelli Finansmanı	79
2.8. Kamu Yatırım ve Hizmet Sunumunda Tam Özelleştirmeye Doğru: Kamu Özel Ortaklıkları	82
2.9. Unutulan Alma- Ata Bildirgesi ve Sağlık Hizmetleri Reformuna Kapsamlı Yaklaşım	85

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROJESİ VE SAĞLIK REFORMLARI

3.1. 2001’den Günümüze Neoliberal Politikalar	88
3.2. Sağlıkta Dönüşüm Projesi Öncesinde Türk Sağlık Sisteminde Yaşanan Gelişmeler	90
3.3. Sağlıkta Dönüşüm Projesi	94
3.3.1. 2012- 2017 Yılları Arası Genel Sağlık Sigortası Uygulaması	95
3.3.2. Genel Sağlık Sigortası'nın Geleceği: Statü Eşitsizliğinden Gelir Eşitsizliğine	101
3.3.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ile Finansmanın Ayrıştırılması: Özel Sektörden Hizmet Satın Alınması ve Özel Sektörün Sağlık Sektöründe Aktör Haline Gelmesi	108
3.3.4. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Katılım Payı Uygulaması: Sosyal Güvenlik Sisteminin Finansman Açığının Kapatılması	113
3.3.5. Özel Sektörden Hizmet Alımının Dolaylı Sonucu: Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası	116
3.3.6. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması: Aile Hekimliği Uygulaması	118
3.3.7. Sağlıkta Kamu Özel İş Birlikleri	123
3.3.7.1. Kamu Özel İş birliği ile Sağlık Yatırımlarında Ölçek Büyümesi: Sağlık Alanında	

Özel Sektörün Artan Gücü	127
3.3.7.2. Kamu Özel İş birliği Projelerinde Risk ve Maliyetlerinin Kamu Gücüne Yıkılması	129
3.3.8. Sağlık Hizmetlerinde Entegre Yapının Parçalanması: Sağlık Bakanlığının Hizmet Sunumundan Çekilmesi	131
3.3.9. Kamu Hastane Birlikleri: İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri	132
3.3.9.1. İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri: Sağlık Hizmetlerinde Dış Kaynak Kullanımı ve Taşeronlaşma	133
3.3.9.2. Özerkleşme ve İşletmeleştirme Modelinin Çökmesi: Merkezileşme.....	136
3.3.10. Performansa Dayalı Ek Ödeme ve Sağlık Hizmeti Sunumunda Dönüşüm	138
3.3.11. Hastanelerin Finansmanında Dönüşüm ve Sağlık Harcamalarında Artış.....	141
SONUÇ.....	144
KAYNAKÇA.....	153
ÖZGEÇMİŞ.....	176

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3.1 01.01.2012-31.12.2012 Tarihleri Arası Gelir Testi Başvuru Sonuçları	98
Tablo 3.2 17.03.2016 Tarihi İtibariyle Gelir Testi Uygulaması Sonuçları	99
Tablo 3.3 17.03.2016 Tarihi İtibariyle Gelir Testi Uygulaması ve Çeşitli Prim Borçluluk Rakamları	99
Tablo 3.4 2002-2017 Yılları Arası SGK Prim Gelirleri, Emekli Aylığı ve Sağlık Ödemeleri	102
Tablo 3.5 SGK Toplam Primlerin Giderleri Karşılama Oranları (2002-2017)	102
Tablo 3.6 2013 yılı GSS Fonu Gelir ve Gider Tablosu (TL)	103
Tablo 3.7 Sosyal Güvenlik Kurumunun Gelir - Gider Dengesi (Milyon TL)	103
Tablo 3.8 Türkiye 2010-2017 Yılları Arası TÜİK İşgücü İstatistikleri	104
Tablo 3.9 Türkiye 2010-2017 Yılları Arası Kayıt Dışı İstihdamın Toplam İstihdam İçindeki Payı	104
Tablo 3.10 2018 Yılı OECD İşsizlik ve İşgücüne Katılım Oranları (%)	105
Tablo 3.11 2010-2016 Yılları Arası GSS Kapsamı	105
Tablo 3.12 Yıllara Göre Hastane Sayıları	110
Tablo 3.13 Yıllara Göre Hastane Yatak Sayısı	110
Tablo 3.14 Yıllara Göre Hastane Müracaat Sayısı	110
Tablo 3.15 Özel Sektör Yatak Doluluk Oranı (%)	111
Tablo 3.16 SGK Tedavi Harcamaları (Milyar, TL)	111
Tablo 3.17 SGK Toplam Tedavi Harcamaları İçerisinde Özel Sektör Ödeme Oranı	111
Tablo 3.18 Sağlıkta Katılım Payları ve İlave Ücretler	114
Tablo 3.19 2002-2016 Yılları Arası Sağlık Harcamaları İstatistikleri	115
Tablo 3.20 Yıllara Göre Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları (2002-2016)	120
Tablo 3.21 Aile Hekimi Müracaat Sayısı (2011-2016)	122
Tablo 3.22 Proje Aşamasındaki KÖİ Hastaneleri	124
Tablo 3.23 Sağlık Alanında Sözleşmesi İmzalanan KÖİ Projeleri	125
Tablo 3.24 2015 Yılı İtibariyle İhalesi Tamamlanmış ve Yatırım Tutarı Belli Olmuş Sağlık Alanındaki KÖİ Yatırım Tutarları	127
Tablo 3.25 2017 Yılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Giderleri (Milyon TL)	134
Tablo 3.26 2016 Yılı Bilgisayarlı Görüntüleme Verileri	135
Tablo 3.27 Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Hizmet Alım Giderleri (2010-2017) (Milyar TL)	136

Tablo 3.28 Sağlık Bakanlığına Bağlı Döner İşletmeleri Sermaye Gelir Gider Tablosu	137
Tablo 3.29 Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Döner Sermaye İşletmelerinin Borçluluk Oranı	137
Tablo 3.30 SGK Sağlık Harcamaları (2010-2017) (Milyon TL).....	142
Tablo 3.31 TÜİK Sağlık Harcamalarına İlişkin Veriler (2002-2016).....	142



ÖZET

Bu tez'in amacı, neoliberal sağlık reformlarını değerlendirerek Türkiye'de 2003 yılından itibaren yürürlükte olan Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile olan ilişkisini ortaya koymaktır.

1980'lerden sonra ortaya çıkan neoliberal ekonomik politikaların kamu sağlık sektörüne yansması sağlık sistemlerinin sunum, finansman ve organizasyonun değiştirilip dönüştürülmesi olmuştur. Sağlık sistemleri karşısında devletin, toplumun ve özel sektörün rolleri yeniden tanımlanmış ve neoliberal dönemin ruhuna uygun olarak sağlık hizmetleri ticarileştirilmek, özelleştirilmek ve metalaştırılmak istenmiştir.

Bu bağlamda tez'de sağlık hizmetlerin kamusal niteliği ve sağlık hizmetlerinde kamusal sorumluluğun tarihsel arka planının çerçevesi çizilecektir. Daha sonra sağlık sistemlerinin kriziyle karakterize edilen ve çözüm önerisi olarak sunulan neoliberal sağlık reformlarının teorik arka planı açıklanacaktır. Sonrasında teorik arka planı açıklanan neoliberal sağlık reformları tartışılacaktır.

Sağlıkta Dönüşüm Projesi neoliberal sağlık reformlarının Türk sağlık sistemine aynen uygulanmış şeklinde gerçekleşmiştir. Bunun sonucunda sağlık hizmetlerinin kamusal niteliği aşınmış; hizmet sunum, finansman ve örgütlenme yöntemleri neoliberal sağlık reformlarıyla dönüştürülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Sağlıkta Dönüşüm Projesi, Sağlık Reformları, Neoliberalizm, Sağlık Sistemleri, Sağlık Hakkı

SUMMARY

HEALTH TRANSFORMATION: THE CASE OF TURKEY

The aim of this thesis is to evaluate the neoliberal health reforms and to show their relevance to Health Transformation Program of Turkey, which has been in force since 2003.

The reflection of the neoliberal economic policies that emerged after the 1980s on the public health sector has led to the transformation and transformation of the presentation, financing and organization of health systems. In the face of health systems, the roles of the state, society and private sector have been redefined and health services have been desired to be commercialized, privatized and commodified in accordance with the spirit of the neoliberal era.

In this context, the thesis will frame the historical background of the public nature of health services and the public responsibility for health services. The theoretical background of neoliberal health reforms characterized by the crisis of health systems and presented as a solution proposal will then be explained. Then the neoliberal health reforms, whose theoretical background is explained, will be discussed.

The Health Transformation Program was carried out in the same way that neoliberal health reforms were applied to the Turkish health system. As a result, the public nature of health services has been eroded; service delivery, funding and advisory methods were transformed by neoliberal health reforms.

Keywords: Health Transformation Program of Turkey, Health Reforms, Neoliberalism, Health Systems, Right to Health

ÖNSÖZ

Lisan ve yüksek lisans eğitimim boyunca çalışkanlığını, disiplinini ve insani değerlerini örnek edindiğim, tez çalışmam sırasında özendirici, yol gösterici ve sabırlı tavrıyla bana çalışma azmi veren değerli hocam, tez danışmanım, sayın Prof. Dr. Zeliha GÖKER'e teşekkürlerimi sunarım.

Tez'imın hazırlanması sırasında kendisiyle çalışmaktan gurur duyduğum Doç. Dr. Süleyman ULUTÜRK hocama teşekkürlerimi sunarım.

Hayatımın her evresinde benim için hayatı iyi kılan ve onlardan edindiğim yaşam görgüsü ve yüksek ahlak ile kendimi her daim şanslı hissetmemi sağlayan aileme sonsuz teşekkürler...

Servet YILDIRIM

Antalya, 2018

GİRİŞ

1970'lerin sonundan 1980'lerin başından itibaren tüm dünyada devletin ekonomik ve sosyal alana kamu politikaları aracılığıyla müdahalesi sınırlandırılmış, piyasaların sonsuz enerjisinin serbest kalması için finans ve emek piyasaları deregüle edilmiş ve ticaretin önündeki tüm engeller ortadan kaldırılarak sermayenin coğrafyalar arasında sınırsızca hareket ettiği bir ekonomik ortam oluşturulmuştur.

Devlet, sosyal demokrat hegemonya çağında ortaya çıkmış olan üst sınıflardan alt sınıflara doğru olan yeniden dağıtıcı olduğu politikaları terk etmiş ve neoliberal kurumlar kümesine dönüşmüştür. Neoliberal projenin bugüne kadarki en belirleyici özelliği bir zamanlar kamu varlığı olarak görülen bir dizi kamusal mal ve hizmeti ticarileştirilmesi, özelleştirilmesi ve metalaştırılmasıdır. Bunun nedeni ise karlılığın nerdeyse sınırsız olduğu kamusal mal ve hizmetlerin sermaye birikiminin hizmetine sunulmak istenmesidir.

Sağlık reformları her ne kadar bir ülkenin iç politika reformlarından olsa da iç reform uygulamaları ve düzenlemeleri küresel faktörlerden etkilenmektedir. Sağlık sistemi sorunlarının uzmanlar ve politikacılar tarafından nasıl ele alındığı ve hangi sorunların önem taşıdığı genel ideolojik ve ekonomik çerçeveye belirlenmektedir.

Neoliberal zihin setinin politikacılar ve uzmanlar tarafından benimsenmesi, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı üzerinde devletin sorumluluğunun azaltılması yönünde siyasi ve ekonomik basınç olarak ortaya çıkarmıştır. Ulusal sağlık sistemleri neoliberal dünya görüşüne dayanılarak özelleştirilerek, zayıflatılarak ve yeniden şekillendirilerek reforma uğratılmıştır.

“Sağlık Hizmetlerinin Sunumundaki Dönüşüm: Türkiye Örneği” isimli bu çalışma Türk sağlık sisteminin yaşadığı köklü dönüşümün neoliberal sağlık reformuyla olan ilişkisini ortaya koymayı amaçlamaktadır.

Çalışmada yöntem olarak ampirik bir yol izlenmemiş araştırma konusuna ilişkin bilgiler bilimsel kitaplardan, akademik makalelerden, Dünya Bankası, Dünya Sağlık Örgütü, Türkiye Cumhuriyeti resmi kurum ve kuruluşlarının çalışmalarından alınmıştır.

Tez üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm sağlığın tarihsel olarak neden kamusal alanda ve kamu sorumluluğunda üretilmesi gereken bir hizmet olduğunu tanımlayan onu özel mal ve hizmetlerden ayırıcı niteliklerini açıklayan kavramsal çerçeveyi sunmaktadır. Sağlık tanımlamasının geçirdiği dönüşüm tarihsel arka planıyla ortaya konduktan sonra sağlık hizmetleri piyasasındaki piyasa aksaklıklarından dolayı sağlık hizmetlerinin sunumu ve

finansmanında kamu müdahalesine ihtiyaç duyulduğunun teorik gerekçeleri açıklanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kamusal alana çekilerek kamu malına dönüşmesinin ekonomik ve politik nedenleri tarihsel ve teorik arka planıyla açıklandıktan sonra sağlığın sosyal bir hak, sağlık sistemlerinin ise toplumsal bir kurum olarak somutlaşmasının açıklaması yapılmaktadır. Daha sonrasında sağlık alanındaki reform tartışmalarının teorik arka planını açıklanmaktadır. Sağlık reformlarının iktisat politikalarının değişimiyle olan ilişkisini ortaya koymak için 1980'lerle birlikte Keynesyen politikalardan neoliberal politikalara geçişin nedenleri belirtildikten sonra, sağlık hizmetlerini piyasa uyumlu bir şekilde üretimine teorik gerekçe sağlayan, sağlık hizmetlerini sermaye birikiminin hizmetine sunan, sağlık alanına ilişkin devletin, toplumun ve bireyin pozisyonunu dönüştüren bir dizi teori ve yaklaşımın açıklaması yapılacaktır.

İkinci bölüm ise sağlık alanına getirilen küresel reform önerilerinin sağlık hizmet sunum, finansman ve organizasyonundaki gerçekleştirmek istediği değişiklikler başlıklar halinde tartışılmaktadır. Bu reform paketinin unsurları; sağlık sistemlerindeki devlet yani kamu sorumluluğunun sınırlandırılması, piyasa mekanizmasının daha çok kullanılmaya başlanması, seçim özgürlüğünün ve sağlıklı olmakta kişilerin bireysel sorumluluğun öne çıkartılması, özel sektörün sağlık sistemlerine katılımının teşvik edilmesi, sağlık sistemlerinde yerinden yönetim ilkesinin benimsenmesi, sağlık sistemlerinin finansmanın sigorta bazlı dönüştürülmesi, hizmet sunumu ile finansmanın ayrıştırılması ve özelleştirme gibi başlıklardır. Bu reform uygulamaları neoliberal dönemin ekonomi politikaları ve devlet anlayışıyla bağdaşmakta, sağlık sistemlerinin çeşitli kısımlarını bu doğrultuda dönüştürmektedir.

Üçüncü ve son bölümde Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin Türk sağlık sistemini uğrattığı neoliberal dönüşümün hizmet finansmanı ve sunumundaki etkileri ortaya konulacaktır. Türkiye 1980'le birlikte içeride ve dışarıda neoliberal ekonomik politikaları benimsemeye başlamıştır. Küresel düzeyde yaşanan ekonomik ve politik gelişmeler ülke içerisine yansımış neoliberal politikalar ekonomik ve sosyal yaşama egemen olmuştur. Türk sağlık sisteminin neoliberal politikalarla dönüştürülme girişimleri de bu tarihlere rastlamış fakat siyasi ve ekonomik nedenlerden dolayı 2000'li yıllara kadar tam anlamıyla bir reform uygulaması gerçekleşmemiştir. 2003 yılı itibarıyla somutluk kazanan Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile birlikte Türk sağlık sistemi küresel reform paketine uyumlu bir dönüşüm geçirmiş, sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve organizasyonu neoliberal dönemin anlayışıyla uyum gösteren radikal değişimler yaşamıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK, SAĞLIK SİSTEMLERİ VE SAĞLIK REFORMLARI

1.1. Kavramsal Olarak Sağlığın Tanımı

Sağlığın bir kavram olarak tanımlanması oldukça problematiktir. Sağlık tanımı sorgulandığı tarihsel dönem ve tanımlandığı kültüre göre değişiklik göstermekte, tanımı toplumdaki en güçlü grupların ideoloji ve kültürünü yansıtmaktadır (Larson, 1991:1).

Sosyologlar, psikologlar, ekonomistler, politika yapıcılar hem hastalık ve sağlığın anlaşılmasında hem de sağlık problemlerinin çözülmesine katkıda bulunmaktadır. Zamanla doğa bilimleri ile sosyal bilimler arasında yakın ve verimli bir ilişki doğmuştur. Bu ilişki, sosyal çevre ile hastalık, sağlığın dağılımı, toplumun sağlık ihtiyaçlarına göre mevcut sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi, ihtiyaçlarla sağlık hizmetlerinin uyumlu hale getirilmesi, sağlık politikalarının oluşturulması ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili programlar konusunda katkı vermeye devam etmektedir (Badura ve Kickbusch, 1991: 1).

1.1.1. Sağlığın Biyomedikal Tanımı

Sağlıklı olmak antik çağlarda denge ve ahengin ifadesi olarak nitelendirilmiştir. Hippocrates insan vücudunun dört temel maddeden oluştuğunu, bunların karşılıklı denge durumunda olmasının sağlıklı olmayı sağladığını, dengenin bozulması ile de hastalıkların ortaya çıktığını ileri sürmüştür (Larson, 1999:124). Hekimin görevi, hastasının vücut sıvılarının yeniden normal duruma gelmesine yardımcı olmaktır. Bu görüş bugün için doğru değildir ancak hastalıkların oluşumu konusunda gizemli ve doğa ötesi etkilerden arınmış ilk görüştür (Akalın, 2013: 230).

Rönesans ve gelişmiş modern tıba gelinmesiyle birlikte Francis Bacon, ölümün kaçınılmaz olduğu fikrini sorgulayarak, tıbbın temel fonksiyonunun hastalıkları önlemek ve geciktirmek için doğayla mücadele olduğu düşüncesini ileri sürmüştür. Bacon, hekimin görevinin hastalıkları engelleyerek yaşamın uzatılması ve mevcut sağlık düzeyinin korunması olduğu üzerine fikir yürüten ilk kişidir. Descartes ile birlikte sağlığın ilk bilimsel paradigması oluşturulmuştur. Bu paradigmayla insan bedeni gelişmiş bir makine olarak görülmüş ve insan bedeni gelişmiş bir makine ise hastalıklar da bu makinenin arızaları olarak düşünülmüştür. Descartes'in görüşüyle ilgili bilimsel çalışmalar modern tıbbın gelişimini etkilemiştir. Bununla birlikte Descartes'in düşünceleriyle karşıtlık içeren Pascal'ın düşünceleri ise sağlığı daha çok holistik (bütüncül) şekilde ele almış, sağlığı çevresel ve bireysel temelde tanımlamıştır.

Descartes'in yaklaşımları modern tıpta hala hüküm sürmektedir fakat Pascal'ın holistik (bütüncül) yaklaşımı tıbbi etkilemeye devam etmekte, salt fizyolojik bilimsel yaklaşımın sınırlılığını işaret etmektedir (Larson, 1999: 125).

Sağlığın modern anlamdaki ilk tanımı biyomedikal model tarafından yapılmıştır. Model sağlık kavramını kendisinin zıttı ile açıklamaktadır. Sağlığın tanımını “*sadece hastalığın, yani vücudun herhangi bir yerinde bir dizi semptom ve işaretlerle kendini belli eden, bazı patolojik bulguların ya da anormalliklerin yokluğu*” şeklinde yapmıştır (Tatar ve Tatar, 1997: 54).

Biyomedikal model, sağlık konusunda kişinin sorumluluğunun altını çizmekle beraber asıl vurguyu tıp profesyonellerine ve sağlık hizmetlerine yapar. Bu anlayış esas olarak hastaların iyileştirilmesini ve mümkünse sağlığının korunmasını esas alır. Hasta ve hekim arasındaki iyi ilişkiler ve iyi bir tıbbi bakım hizmeti sağlığın da gelişmesini sağlayacaktır. Medikal model tıbbi ve sağlık hizmetlerini bu anlayış çerçevesinde örgütlemeyi öngörür (Akalın, 2013: 233).

1.1.2. Dünya Sağlık Örgütü Modeli ve Sağlığı Kavramsallaştırma Anlayışında Dönüşüm

Modern tıp biliminin tarih sahnesine çıkmasından Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 1948'de sağlığı yeniden tanımlamasına kadar biyomedikal modelin sağlık tanımlaması oldukça kabul gören bir yaklaşımdır. Özellikle ölüm ve hastalık gibi negatif göstergelerin ölçülmesindeki kesinlik ve kolaylık bu tanımlamaya bağlı kalınmasına neden olmuştur (Belek, 1998: 24).

Hastalıkların 1870'de mikroplar yoluyla yayıldığına anlaşılmaması, hastalıkların önlenmesinde hijyenin gerçekten çözümün kilit parçası olduğu gerçeğini ortaya çıkarmıştır. Bulaşıcı hastalıkların nedenleri keşfedilirken, bağışıklık kazandırma, aşılama gibi yeni koruyucu önlemler uygulamaya konularak yaşam süresi üzerinde iyileşmeler sağlanmıştır. Herkes için temiz su ve kanalizasyon, halk sağlığı eğitimleri, gelir düzeyindeki artış, eğitim ile hastalıklara karşı farkındalık kazandırılması hastalıklardan korunarak sağlıklı kalma bakımından önem kazanmıştır. 1930'larda tıp bilimi hastalıkların nedenlerini anlama ve hastalıktan korunmayı sağlama noktasını aşarak, hastalıkları tedavi etme aşamasına erişmiş ve başarıyla tedavi edilebilen ölümcül hastalıkların sayısının artmasıyla sağlık hizmetleri gerçek bir değere kavuşmuştur (Leys, 2011: 16-18).

Bilimsel bilgi düzeyindeki artış, sağlık üzerindeki çeşitli sosyal ve ekonomik olayların etkisinin giderek yadsınamayacak bir boyut kazanması, İkinci Dünya Savaşı'ndan sonrası dönemdeki insan ömründeki kayda değer derecedeki uzama, sağlık olgusunun tanımlanması ve ölçülmesinde nedenli objektif ve kesin olsalar da ölüm göstergelerinin geçerliliğini azaltmış,

insan ömründeki uzama, uzayan yaşamda hastalık dışı olguların belirleyiciliğinin öneminin artması yeni bir tanıma ihtiyaç duyulmasına neden olmuştur (Belek, 1998: 24).

1947'de yazılan Dünya Sağlık Örgütü anayasası sağlığı; “*sadece hastalığın yokluğu değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam iyilik hali*” olarak tanımlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü’nün bu tanımı sağlığı pozitif ve bütüncül bir açıdan ele alış şeklidir. Dünya Sağlık Örgütü’nün bu tanımı sağlık için tıbbi hizmetler dışında başka şeylerin de yapılması anlamına gelmektedir. Bu yeni tanım, sağlığı salt biyolojik ve tıbbi parametrelere göre tanımlayan biyomedikal modeli aşarak, sağlığı etkileyen pek çok dışsal ve toplumsal etkeni de değerlendirme kapsamına almaya kapı aralamadır. Bu yaklaşım sağlık tanımını profesyonel sağlıkçıların belirleyici olduğu alandan çıkaran ve onu bilimsel disiplinlerin daha geniş çerçevede etkileştikleri daha dinamik ve kapsamlı bir düzeye yönelten potansiyele sahiptir. Özellikle sosyal iyilik hali vurgusunun toplumsal politik ilişkileri sağlık kavramı içine çeken güçlü bir yönü vardır. Sağlıksızlığa neden olan toplumsal ve siyasal konuların ortadan kaldırılması bakımından avantaj içermektedir (Belek, 1998: 26).

Vincent Navarro'ya (1998:390) göre Dünya Sağlık Örgütü’nün sağlık tanımı geleneksel sağlık ve tıp anlayışından muazzam bir kopuş olup sağlık hizmeti anlayışını kökten değiştirmiştir.

1.1.3. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri

Dünya Sağlık Örgütü’nün sağlığı sadece hastalığın yokluğu değil aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam iyilik şeklinde tanımlaması mevcut sağlık düzeyini etkileyen gündelik yaşam koşullarının öne çıkmasına neden olmuştur. Bu bakış açısının temellerini 19. yüzyıl sanayi devriminin çalışan sınıflar üzerindeki toplumsal maliyetine dikkat çeken Rudolf Virchow ve Friedrich Engels'te bulmak mümkündür (Coburn, 2011: 59).

Rudolf Virchow tarafından “Yukarı Silezya’da Tifüs Salgını Üzerine Rapor” adlı çalışmada hastaları yaşlarına, cinsiyetlerine, mesleklerine, toplumsal sınıflara göre ayırmakta; beslenme, hijyen, barınma, eğitim durumunu toplumsal eşitsizlikler üzerinden değerlendirmektedir. Rudolf Virchow insanların maddi yaşam, çalışma koşulları ve toplumsal üretimde üretim araçları karşısındaki çelişkili konumları ile sağlıkları arasında ilişki kurmuştur. Rudolf Virchow hastalıkların etiyolojisinde çok önemli bir role sahip olduğunu ifade ettiği toplumsal çelişkiler toplumsal sınıflar arasındaki çelişkilerdir ve Rudolf Virchow'a göre sosyoekonomik kaynakların yeniden dağıtımı ve tüketimindeki eşitsizliklerin giderilmesi ile sağlık düzeyinde iyileşme sağlanabilmektedir (Akalin, 2013: 81-82).

Friedrich Engels ise “İngiltere’de Emekçi Sınıfın Durumu” adlı eserinde,

sanayileşmenin ortaya çıkardığı toplumsal ve çevresel koşulları tanımlamış, toplumsal yapı ile bedensel hastalıklar arasında ilişki kurmuştur. Hastalıkların hijyenik şartların olmayışı, riskli çalışma koşulları, çocuk emeğine bağımlılık, olumsuz barınma koşulları, yetersiz beslenme ve yoksullukla karakterli yaşam koşullarının ürünü olduğunu ortaya koymuştur. Bunu da mevcut üretim ilişkisi olan kapitalizmle ilişkilendirerek toplumun kapitalist üretim tarzının gereksinimlerine göre şekillendiğini ve hastalıkların nedeninin de bununla ilgili olduğunu ileri sürmüştür (Akalin, 2013: 54-55).

İngiliz araştırmacı Thomas McKweon, 1970'li yıllarda başta beslenme ve maddi yaşam koşullarının sağlık üzerine belirleyici bir etkisi olduğunu, kişisel tıbbi bakımın gereğinden fazla abartılarak kaynakların gereksiz kullanıldığı görüşünü savunmuştur. Thomas McKweon, İngiltere'de 18. ve 20. yüzyıllar arasında kaba ölüm hızının binde 27,9'dan binde 14.3'e inerken, ortalama doğuştan yaşam beklentisinin 37.1 yıldan 53.5 'e yükseldiğine dikkat çekmiş, henüz etkin bir tıbbi bakımdan söz edilemeyecek olan bu dönemde ölüm oranlarındaki iyileşmenin esas olarak dönemin en önemli sağlık sorunu olan enfeksiyon hastalıklarındaki gerileme olduğunu ve bunda da başta beslenme ve sağlıklı içme suyu olmak üzere maddi yaşam koşullarındaki iyileşmenin çok büyük rol aldığını savunmuştur (Akalin, 2013: 266).

Kapitalist toplumlarda sağlığın dağılımını geniş ölçüde gelir dağılımı takip etmektedir. Düşük gelir düzeylerindeki toplumsal kesimlerdeki hastalık ve ölüm oranı, yüksek gelirli kesimlerle karşılaştırıldığında farklılık göstermektedir. Kapitalist toplumda kişinin ve ailesinin nerede yaşayacağını, nasıl besleneceğini belirleyen gelir düzeyi ile birlikte devlet tarafından sağlanan mal ve hizmetlere ulaşım da kişinin ve ailesinin sağlık durumunu etkilemektedir (Doyal ve Pennel, 1979:26). Sahip olunan sağlık düzeyi kurumsal olarak sunulan sağlık hizmetlerinden çok yaşam biçiminin ürünüdür. Özellikle yoksul toplumlarda beslenmenin, hijyenin ve toplumsal yaşam koşullarının sağlık düzeyi üzerindeki etkisi artmaktadır. Bununla birlikte daha yüksek gelire sahip toplumlarda ise yaşam süreleri uzun olduğu için sunulan sağlık hizmetinin önemi artmaktadır (Coburn, 2011: 59).

Sağlığın sosyal belirleyicilerine dikkat çeken modern yaklaşım 2008 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün "Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu" tarafından önemli bir raporla ortaya konulmuştur. Bu yaklaşıma göre kişiler arasındaki sağlık eşitsizliklerinin giderilmesi için insanların doğduğu, büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı ve yaşlandığı ortamlarda günlük yaşam koşullarının iyileştirilmesi gerekmektedir. Erken çocukluk yaşantısının, çalışma koşullarının, gelir düzeyinin, sosyal statünün, sosyal koruma sistemlerinin varlığının ve çevresel faktörlerin kişinin fiziksel, psikolojik ve entelektüel gelişiminde önemli olduğunu vurgulamıştır (Grady, 2011:18-19).

Sağlığın sosyal belirleyicileri yaklaşımı hastalığın sosyal üretiminin sağlık eşitsizliklerine neden olduğu üzerine odaklanır. Sağlık eşitsizliklerinin nedeni kişinin içinde yaşadığı toplumsal koşullardan kaynaklanır. Toplumsal sosyoekonomik ve politik bağlam ile bireyin sosyoekonomik pozisyonu günlük yaşam tarzıyla birleştiğinde sağlık çıktılarına şekil vermektedir. Sosyoekonomik durum ve politik bağlam sosyal hiyerarşileri üreten, yapılandıran ve koruyan tüm sosyal ve siyasal mekanizmaları kapsar. Bunlar emek piyasası, eğitim sistemi, ulusal ve uluslararası sosyal politikalar. Bireysel sosyoekonomik durum ise kişinin gelir düzeyi, sosyal sınıfı, mesleği, cinsiyeti, ırk ve etnisitesi gibi değişkenler tarafından şekillenir. Makro düzeyde sosyoekonomik ve politik bağlam mikro düzeydeki günlük yaşam koşullarına şekil verir (Kosticova, 2015: 78).

Komisyon güç, para ve maddi kaynakların dağılımındaki eşitsizliğin giderilmesi için yerel, ulusal ve uluslararası düzeyde bu süreçleri yaratan sosyal, politik ve maddi kaynakların dağılımının iyileştirilmesinin önemini vurgulamaktadır (Grady, 2011: 19-20). Siyasal ve politik tercihler sağlığın sosyal belirleyicileriyle uyumlu hale getirildiğinde sağlık alanına ilişkin eşitsizliklerin giderilebileceğinin altını çizmekte ve politika önerilerinde bulunmaktadır. Sağlık sistemlerine ulaşımın evrensel eşitlikçi hale getirilmesi, sağlık sistemlerine ulaşımında finansal, coğrafi ve kültürel engellerin kaldırılması için kamucu sağlık sistemlerinin kapasitesinin artırılmasının, sağlık alanında koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinin genişletilmesinin önemini vurgulanmaktadır. Komisyon, sosyal koruma programlarının yaygınlaştırılmasının, sosyal harcamaların artırılmasının, sürdürülebilir bir kalkınma modelinin benimsenmesinin ve her ülkenin sağlık eşitsizliklerine ilişkin önceliklerinin belirlenerek çeşitli programlarla ulusal ve uluslararası iş birliği çerçevesinde dayanışma sağlanması için eylem planlarının hazırlanmasının gerektiğine dikkat çekilmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2014: 169).

1.2. Sağlık Hizmetleri Piyasasının Özellikleri

Kamu ekonomisi literatürüne göre piyasa ekonomileri bazı mal ve hizmetlerin üretiminde etkin değildir. Bu durum, piyasa aksaklıkları ya da piyasa başarısızlığı olarak adlandırılmakta ve devlet faaliyetleri için gerekçe kümesi oluşturmaktadır (Stiglitz, 1994: 88).

Kenneth J. Arrow tarafından 1963 yılında kaleme alınan ve genel olarak sağlık sektöründe serbest piyasa ekonomisi kurallarının tam olarak işlemediğinin nedenlerini açıklayan “Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care” başlıklı çalışma milat olarak kabul edilmektedir. Arrow makalesinde piyasa aksaklıkları nedeniyle sağlık hizmetleri piyasasının işlemeyeceğini bu nedenle piyasa dışı önlemlerin alınması gerektiğini belirtmiştir (Arrow, 1963: 941).

1.2.1. Piyasa Ekonomisi ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Teorik olarak tam rekabet piyasasında, faydasını maksimize etmek isteyen çok sayıda alıcı ve satıcı, tam bilgiye sahip halde, üretilen mal ve hizmetlerin herhangi bir farklılık içermediği (alınan ve satılan malların homojen olduğu) ve piyasalara giriş çıkışların serbestçe gerçekleştirilebildiği bir ortamda kıt kaynakların etkin dağılımını piyasa aracılığıyla sağlayabilmekte hem üretim hem de tüketim yönünden kâr ve fayda maksimizasyonuna ulaşabilmektedir (Ünsal, 2001: 287-288). Bu özelliklerin biri ya da birkaçı tam olarak işlemediği takdirde eksik rekabet koşulları ortaya çıkmaktadır. Piyasa sistemine kamusal araçlarla devlet tarafından müdahale edilmesinin en önemli sebeplerinden bir tanesi eksik rekabet koşullarının varlığıdır (Stiglitz, 1994: 353).

Sağlık hizmetlerinde piyasa aksaklıkları ve kamusal müdahale yöntemlerinin gerekçesi rekabetçi piyasa teorisindeki piyasalara benzeyemeyecek şekilde sağlık hizmetleri piyasasının eksik bilgi ve eksik rekabetle karakterize olmasıdır (Stiglitz, 1994: 352). Risk ve belirsizlik sağlık hizmetlerinde oldukça önemli konulardır ve sağlık piyasasına şekil veren parametrelerdir (Arrow, 1963: 946).

Sağlık hizmetleri ilgili olarak tüketicilerin bilgi ihtiyacı ve bu piyasada yeteri kadar rekabetin olmaması, dışsallıklar devletin sağlık hizmetleri sektörüne bir şekilde müdahale etmesini gerektirmektedir (Mutluer vd., 2013: 100).

1.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Belirsizlik: Asimetrik Bilgi ve Tüketici Egemenliğinin Kurulamaması

Teorik olarak tam rekabet piyasasında tüketiciler ve üreticiler, mal ve hizmetlerin nitelikleri, fiyatları ve kalitesi hakkında kimsenin etkisi altında kalmadan fayda fonksiyonlarını maksimize edecek yeterli bilgi düzeyine sahip olabilmektedir (Bulutoğlu 1997: 6-7). Teorik olarak tüketiciler piyasadaki mallar hakkında çok iyi bilgilendirilmişlerdir fakat gerçek hayatta bilgiyi elde etmek maliyetlidir ve yanlış şekilde bilgi edinilebilir. Tam olarak bilgi edinilebilmesi için malın kalitesi, ürünün gerçek niteliği, fiyatı ve geleceğiyle ilgili bilgi sahibi olunması gerekir. Bu değerlendirme yiyecek maddeleri gibi basit mallarda gerçekleşebilse de kompleks tekniklerin olduğu mal ve hizmetlerde mümkün olmamaktadır. Teoride tam bilgi varsayımıyla ele alınan ekonomik faaliyetlerle ilgili bu yaklaşım gerçek hayatta işlememektedir (Barr, 1989: 61). Ekonomik faaliyetlerle ilgili durumlarda taraflardan birinin mal ve hizmetlerle ilgili olarak daha fazla bilgiye sahip olması asimetrik bilgi sorunu olarak ele alınmaktadır (Rosen ve Gayer, 2010: 47). Farklı insanların farklı bilgilere sahip olmaları, bilgi asimetrisinin temel kaynağıdır (Stiglitz, 2001: 488).

Sağlık hizmeti talep edenler ile hizmeti sunanlar arasında asimetrik bilgi sorunu ortaya çıkmaktadır. Hasta ile tıp profesyoneli arasında beliren bilgi açısından eşitsiz ilişki yeterli bilgiye sahip olmayan hasta aleyhine işlemektedir. Karşılıklı güven ve taraflar arasındaki pazarlık açısından düşünüldüğünde bilgi asimetrisi sağlık hizmet sunucusu, özelde ise doktorların bu bilgiyi kendi faydasını maksimize etmesiyle sonuçlanabilmektedir (Arrow, 1963: 147-148).

Sağlık hizmetinin talebi sırasında hastalar; hizmetin gerekliliği, miktarı ve niteliği açısından, hizmet sunucusu tıp profesyonellerine birinci derecede bağımlıdır. Bilgi asimetrisi nedeniyle oluşan bu bağımlılığın sebebi, hizmet sunucusu ne kadar bilgili ve uzman ise, kullanıcının da o derece az bilgili olmasındandır. Bilgi seviyesi farklılığı; sağlık hizmetine ilişkin bilginin dinamik, yani her an değişip gelişir olması, uzmanlık alanlarına ayrılması, her alanda da ayrıntılanıp çoğalması sebebiyle kapanmamacasına açılmaktadır (Sargutan, 2005: 431).

Tam rekabet piyasasında tam bilgi varsayımı altında tüketiciler neyi tüketip neyi tüketmeyeceği konusunda karar verirken kendi çıkarlarını maksimize etmek için serbestçe davranabilirler (Bulutay 1982: 25). Bu bağlamda tüketici davranışı teorisinin temel yapısını oluşturan tez olan tüketici egemenliğinin gerçekleşmesi için:

1. Tüketiciler mal ve hizmetleri seçerken en düşük maliyetle faydalarını maksimize etmek için en iyi kararı verirler¹,
2. Tüketiciler faydalarını maksimize etmek için mal ve hizmetler arasında tercihte bulunabilirler,
3. Tüketiciler talep vasıtasıyla malların ve hizmetlerin üretimini belirleyebilirler,
4. Tüketiciler mal ve hizmetler arasındaki kaliteyi ayırt edebilmektedirler (Feldstein, 2012: 117- 118).
5. Tüketiciler rasyoneldir ve yeterli bilgiye sahiptirler,
6. Hem tüketiciler hem üreticiler piyasaya istedikleri zaman serbestçe girebilmekte ve çıkabilmektedirler (Feldstein, 2012: 17).

Özetle tüketici egemenliği iki temel varsayımı esas alır. Tüketiciler rasyoneldir ve seçim yapmakta özgürdür. Piyasadaki çok sayıdaki ürünü fiyat ve ödeme aracılığıyla yapılan seçimlerle test ederek rasyonelite kurulmaktadır. Bu konuda restoran işletmeciliği piyasa mekanizmasını ele alırsak ne üretileceğini, nasıl üretileceğini, tüketici ve üreticinin faydasının

¹ Teorik olarak tüketici egemenliği rasyonel tüketici varsayımına dayanmaktadır. Bu yaklaşıma göre ekonomiye yön veren bireyin davranışları ve tercihleridir. Tüketicinin rasyonel kararlar verebilmesi için çeşitli mallar arasında tercih yapabilir, tutarlı bir şekilde mallar arasında geçiş yapabilir olması gerekmektedir. Tüketici böylelikle mallar arasında tercih yaparak faydasını maksimize edebilmektedir (Bulutay, 2015:27-28).

nasıl maksimize edeceği bu varsayımlar altında analiz edilebilir. Fakat tüketici rasyonalitesinin kurulabilmesi için sadece çeşitli fiyat ve kalitedeki ürünlere ulaşım imkânı yetmez, ayrıca fiyat ve ürünün kalitesi hakkında gerekli bilgiye ulaşma ve bunun için gerekli motivasyona ihtiyaç vardır. Fakat söz konusu sağlık hizmetleri piyasası olduğunda fiyat ve kaliteye ilişkin bilgiyi değerlendirmek ve elde etmek, buna ilişkin fırsatları elde etmekle birlikte bu motivasyona sahip olmak sadece bir varsayım olarak kalmaktadır (Sirgy vd., 2011: 462).

Diğer mal ve hizmetlerde önceden kullanılması nedeniyle oluşan deneyim değerlendirme talebi etkilerken, sağlık hizmetlerinde bu gerçekleşmemektedir. Üstelik sağlık hizmetlerine sık sık harcama yapılmadığından, tüketicinin rasyonel değerlendirme yapabilme olanağı sınırlıdır. Başka bir ifade ile sağlık hizmetleri dışındaki mal ve hizmet piyasalarında “*tüketici egemenliği*” geçerli iken bu durum sağlık hizmetlerinde geçerli değildir (Çalışkan, 2008: 46).

Tüketici rasyonalitesinin sağlık hizmetlerinde sağlanamamasında çeşitli engeller vardır. Tüketici hastalığından haberdar olmayabilir, ayrıca bilgisizliğin giderilmesi maliyetli olabilir, tüketici hasta olsa bile tedavi istemiyor olabilir ve acil tedavi gerektiren hastalıklarda tüketiciler tercihlerini ortaya koyabilecekleri bir konumda değildir. Bunlar çeşitli derecelerde tüketici rasyonalitesinin oluşmasını engeller (Culyer, 1971: 193).

Sağlık hizmetleri piyasa ekonomisinin optimal koşullarının yerine getirilmesine engel olan belirsizlikle örüntülüdür. Hastalar çoğu zaman tıbbi tedaviden kaynaklanan masrafları tahmin edemez. Hastalar bu belirsizlik karşısında tedavi dolayısıyla yüksek bir maliyetle karşılaşabilirler, bununla birlikte yüksek maliyetle karşılaşmamak için tercih yapsalar bile uygun tedavilerin bölünmezliği durumu söz konusu olabilmektedir (Culyer, 1971: 194-195).

Hastaların sağlık bakımı ihtiyacının belirlenmesi veya ne tür sağlık hizmeti bakımının ne miktarda ve kalitede tüketileceği konusunda bilgisinin yetersiz olması nedeni ile doktor bir vekil olarak tayin edilmekte, hastanın tüketileceği sağlık hizmetini belirlemektedir (Schneider, 2003:1). Doktor hem hizmeti arz eden hem de talebi belirleyen bir pozisyona sahip olmakta buna arzı yaratan talep denmektedir (Guinness ve Wiseman, 2011: 129).

Sağlık hizmetleri piyasasında tüketici egemenliğinin kurulamamasının nedenlerinden biri, sağlık hizmetini deneyimleyerek fikir sahibi olma olasılığının zorluğudur. Özellikle hayati risk taşıyan tedavi süreçlerinde birey, bu süreci tecrübe etme imkânı bulunmadığından bilgi sahibi olamamaktadır. Ayrıca, sağlık sorunlarının bireyler arasında karşılaştırılmasındaki güçlük, diğer tüketicilerin tecrübelerinden yararlanmayı engellemektedir (Kobal ve Köktaş, 2013: 48).

Sağlık hizmeti talebi düzensiz ve öngörülemezdir. Sağlık hizmeti her zaman bilinçli,

isteyerek tüketilen mal ve hizmetlerden değildir. Sağlık hizmetinin bir diğer özelliği de sağlık alanında verilen hizmetlerin yerine başka bir hizmetin ikame edilememesi yani ertelenememesidir. Sağlık hizmeti, ihtiyacı ortaya çıktığında karşılanması gereken nitelikteki hizmetlerdendir (Görmüş, 2013: 107). Bu durum tüketici ve üretici açısından sorun yaratmaktadır. Tüketicinin hastalık durumunda hazır bir kaynağı sürekli olarak elinde bulundurması gerekir. Üretici açısından ise üretimin ne düzeyde gerçekleştirilebileceğine ilişkin belirsizlik ortaya çıkar. Belirsizlik hizmetin üretim ve tüketim koşullarına şekil verir (Belek, 2009: 150).

Sağlık hizmetleri piyasasına girişte engeller vardır. Üreticiler açısından herkes doktor olamaz, kurumsal düzenlemelerin gereklerini yerine getiremez. Çoğunlukla monopol gücüne dayalı birkaç firma sektörde güçlü konumdadır (Folland vd., 2016: 373). Sağlık hizmetlerinin bu özelliği hizmet içeriğinin doktor ve hastaneler tarafından istenildiği gibi düzenlenmesine neden olur (Belek, 2009: 151).

Teorik olarak pareto etkin bir ekonomide devlet müdahalesinin gerekçelerinden birisi kişinin kendi çıkarlarını en iyi şekilde düşünememesinden kaynaklanır; tam bilgiye sahip olsalar bile tüketiciler kötü kararlar alabilirler. Bu durumda ise devletin bu tür malların üretiminde rol alması gerekmektedir (Stiglitz, 1994: 101).

Bu bağlamda devlet, sağlık hizmetleri piyasasına ilişkin olarak tüketici egemenliğini askıya alabilmekte ve tüketici tercihlerinin düzenlenmesi amacıyla yapılan müdahalede devlet bir vasi gibi hareket etmekte; tüketim, üretim süreçlerini kontrol etmektedir. Devletin sağlık hizmetleri alanında müdahalesinin nedeni tüketicilerin tam ve mükemmel bilgiye sahip olamamalarıyla birlikte her zaman rasyonel davranmayabileceğine ilişkin teorik varsayımdır (Sönmez, 1987: 119-120).

1.2.3. Sağlık Hizmetlerinde Dışsallıkların Varlığı

Bir ekonomik birimin başka bir ekonomik birim veya birimleri, yaptığı herhangi bir ekonomik eylemi dolayısıyla piyasa dışı yollardan maliyet veya fayda olarak etkilemesine dışsallık denilmektedir (Rosen ve Gayer, 2010: 73). Bir ekonomik birimin eylemlerinin diğerlerine maliyet yüklediği durumlara negatif dışsallık, bir ekonomik birimin eylemlerinin başkasına fayda sağladığı durumlara ise pozitif dışsallık denmektedir. Dışsallıkların varlığı, piyasalara kamusal müdahalenin gerekliliğini doğuran bir diğer nedendir. Dışsallıkların varlığında piyasanın gerçekleştirdiği kaynak dağılımı etkin olmayabilir. Kişiler meydana getirdikleri negatif dışsallıkların bütün maliyetini taşımadıklarından bu faaliyetlerini aşırı miktarda yapacaklar, tersine, bireyler pozitif dışsallık meydana getiren faaliyetlerini bütün

faidalarından yararlanamadıklarından bu faaliyetlerden az miktarda yapmak isteyeceklerdir (Stiglitz, 1994: 93).

Sağlık alanında negatif ve pozitif dışsallıklarla karşılaşılabilir. Bireyin sağlığı ile toplumun sağlığı arasında sıkı bir ilişki söz konusudur (Jacobson, vd., 2005: 172). Sağlık hizmetlerinde sağlık hizmetinin üretilmesi ve tüketilmesi sonucunda oluşan bireydeki iyileşme dışsallık yaratmaktadır. Hasta bireyler iyileşmekte ve bu da topluma olan negatif dışsallığı engellemektedir. Bu tür dışsallıklar tüketilen hizmetin kendisinden değil bireylerin niteliklerinin değişmesinden, özelde hasta insanların iyileşmesinden kaynaklanmaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinden faydalanmayı sağlamak olumsuz dışsallıkların engellenmesinin, pozitif dışsallıkların sağlanmasının koşuludur (Akalin, 1986:70). Bu nedenle sağlık hizmetlerinde dışsallık tüketilen sağlık hizmetlerine bağımlıdır. Devletin sağlık hizmetleri alanına müdahale etmesinin nedeni bireysel hizmet kullanımının birbirine bağımlı olmasıdır. Bu durumda tüketiciler tarafından elde edilen faydalar toplumsal faydadan farklıdır fakat aynı zamanda toplumsal faydanın kaynağını oluşturmaktadır (Sönmez, 1987: 118-119).

Sağlık hizmetlerinin bir kısmı bölünemeyen hizmet niteliğindedir. Koruyucu ve önleyici bu sağlık hizmetleri özü itibarıyla pozitif dışsallıklar yaratmaktadır. Örneğin bir hastalığın yaygın hale gelerek tüm topluma yayılmasının engellenmesi ya da bir hastalığın yayılarak mikropların direnç kazanmasının engellenmesi sağlık hizmeti sunumu ve tüketimi sonucundaki pozitif dışsallıktır (Hanson vd., 2008: 1528).

Devlet sağlık alanında dışsallıklarla karşılaştığı durumlarda, sahip olduğu araçlar ile müdahale etmekte, finansmana katılmakta, sağlık için belirli programların yürütülmesini üstlenmekte, yeterli miktarda sağlık hizmetinin tüketilmesi için belirli alanlarda yasal düzenlemelerle rol almaktadır. Böylelikle sağlık hizmeti tüketicisini koruyarak olumsuz dışsallığın gerçekleşmesini engellemektedir (Feldstein, 2012: 117- 43).

1.3. Sağlık Hizmetlerinin Kamusal Mal ve Hizmet Olarak Üretimi

Sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı sağlık hizmetleri piyasasının başarısızlıklarına rağmen piyasa tarafından üretilebilecek mal ve hizmet grubuna girmektedir. Fakat 20. yüzyılda pek çok ülke sağlık hizmetinin sunumunu ve finansmanını kamusal alana çekerek, sağlık hizmetlerini kamusal mal ve hizmet statüsüne kavuşturmuştur.

1.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Üretiminin Kamusal Alana Çekilmesi

İkinci Dünya Savaşı'nın ardından kapitalizm, tarihindeki en uzun ve en uzun süre devam eden ekonomik patlamayı yaşamıştır. 1948 ile 1973 yılları arasında dünyanın gayri safi milli

hasılası üç buçuk katına çıkmıştır. Bu yılların büyük bir bölümünde gelişmiş ekonomiler tam istihdam düzeyini yaşamıştır. Yüksek büyüme oranları, mevcut ekonomilerin yurttaşlarına, piyasanın iniş çıkışlarına olan savunmasızlığı azaltan önemli toplumsal reformlara kaynak sağlamasına imkân sağlamıştır (Callinicos, 2007: 337).

İkinci Dünya Savaşı'ndan 1970'li yıllara kadar ekonomi politikalarının belirlenmesi konusunda Keynesçi görüş hâkim görüş olmuştur. Keynesçi görüş, üretim araçları üzerindeki özel mülkiyete eleştiri getirmeksizin fakat özel mülkiyete dayalı bireysel kararlar aracılığıyla işleyen piyasa modelinin kendi süreçleriyle arzu edilen istihdam düzeyine gelemeyeceği ve bu nedenden dolayı da devlet müdahalesine ihtiyaç olduğu temel varsayımına dayanır (Altvater 1984: 45-46).

İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde, Keynesçi kuramın dengeye gelmeyen piyasalar teorisine eklenen piyasa aksaklıkları kuramı çerçevesinde devlet harcamaları ve devlet müdahalesinin kapsamı katlanarak büyümüştür. Devlet doğrudan üretim yapmaya ve giderleri vergiler yoluyla karşılanan mal ve hizmetleri sunmaya başlamış; vergi ve sübvansiyonları kullanarak piyasada oluşan gelir dağılımını değiştirmiş; regülasyon yoluyla özel kesim kararlarını belirli standartlarda alınmasını sağlamış; bütçe açığı politikaları ile makro istikrarı sağlamıştır (Arın, 2013: 295-296).

İkinci Dünya Savaşı sonrasında ortaya çıkan hâkim kapitalist gelişme aşaması Fordizim olarak adlandırılan ilişkidir. Fordizim ile birlikte kitlesel üretimin ve tüketimin birbirine uyumlu bir şekilde eklenmesi sonucu artık değer üretimi, dolaşım, bölüşüm ve tüketim ilişkileri özgül biçimler almıştır. Bu dönemde emek gücünün yeniden üretiminin toplumsal maliyetlerinde uzun dönemli bir düşme ve ücretli emek gücünün nicelik olarak genişlemesi gerçekleşmiştir. Taylorist emek süreci ile emek gücünün verimliliği artmış ve artık değeri artıran köklü bir değişim yaşanmıştır. Ücretlerdeki artış kurumsallaşmış üretim ve tüketimin istikrarını sağlayarak emek gücünün kendisini yeniden üretmesini kolaylaştırmıştır. Bununla birlikte devlet, Fordist üretim şeklinin çelişkilerini yumuşatmak için emek gücünün yeniden üretilmesi için gerekli olan refah ve sosyal güvenlik politikalarını toplumsallaştırmıştır (Arın, 2013: 46-47).

Keynesçi uzlaşma, kapitalizmin o döneme kadar yaşadığı en büyük kriz olan 1930'ların Büyük Bunalımına ve SSCB tarzı üretim ilişkilerinin başka ülkelere yayılacağına ilişkin kaygıya cevap sağlamıştır. Keynesyen anlayışla birlikte politika, uygulama ve kurumlarda üç yeni eğilim belirmiştir. İlk olarak bazı sermayelerin, özellikle finans kapitalin gerek yurtiçindeki gerekse uluslararası nitelikteki belirli davranışlarına sınırlamalar getirilmiştir ve sermaye hareketlerine uluslararası kontrol evrensel hale dönüşmüştür. İkinci olarak ekonomiyi

canlandırmak için para ve maliye politikaları aracılığıyla makro iktisadi müdahale araçları kullanılır hale gelmiştir. Üçüncü olarak ise belirli emek ve refah politikaları yürürlüğe girmiştir (Campbell, 2014: 308-309).

Keynesyen yaklaşım 1930'lu yıllarda yaşanan kriz ortamında kapitalizmin yarattığı belirsizliğe karşı teorik zemin oluşturmuştur (Türkay, 1997: 30). Bu yaklaşıma göre devlet, kalkınmayı sağlamak, ekonomideki istikrarsızlıkları gidermek, yoksulluk ve işsizliği önlemek için vergi politikası, kamu harcaması ve gelir transferi politikaları ile etkin rol üstlenmiştir. Bunun yansıra altyapı yatırımların gerçekleştirilmesi, ulaştırma, haberleşme, eğitim, sağlık gibi hizmetlerin devlet tarafından sunulması, düşük gelir gruplarına gelir transferi politikalarının geliştirilmesi sermaye birikimine katkı sağlayarak ekonomik kalkınmayı gerçekleştirmiştir (Özuğurlu, 2005: 73).

Kapitalist üretim ilişkilerinin egemen olduğu toplumda sağlık hizmetlerinin temel görevi emek gücünün yeniden üretimidir. Kapitalistler sağlık hizmeti aracılığıyla sağlıklı emek gücü elde ederler. Sağlık hizmetleri üretimi doğrudan bir meta üretimi olmamasına karşın, metaları üreten emek gücünün sağlıklı olması için gerekli unsurlardan biridir. Çünkü emekçilerin gelişkin üretim araçlarını kullanabilmeleri için eğitilmiş, sağlıklı gibi özelliklere sahip olması gerekir. Bu yüzden sağlık hizmeti ihtiyacı ortaya çıktığında karşılanmaması kişiyi olduğu kadar üretim sürecini de derinlemesine etkilemektedir (Hamzaoglu, 2009: 28).

Kapitalist sistemde reel ücret düzeyi, emek gücünün verili kabul edilebilir bir yaşam standardı temelinde yeniden üretilmesi için gerekli malların sağlanmasının maliyetleri tarafından belirlenir. Kabul edilebilir veya verili olan şey sınıf mücadelesinin, alışılmış standartların ve genellikle belirli bir coğrafyada yer alan toplumsal organizasyonun içerisinde elde edilmiş düzgün bir sağlık hizmeti, eğitim hakkı gibi toplumsal sözleşmelerin ürünüdür (Harvey, 2012: 72).

Sağlık hizmetinin piyasanın kendisine bırakılmadan, kamu otoriteleri tarafından bir toplumsal hak veya sorumluluk çerçevesinde yerine getirilmesi emek gücünün yeniden üretim maliyetinin toplumsallaştırılmasıdır, yani bu bedelin topluma ödetilmesidir. Buna bağımlı sınıfların sosyalizasyonu denmektedir (Öngen, 2007: 228). Kapitalizmin sürekliliği için gerekli olan emek unsurunun yeniden üretimi, sermaye birikimini istikrarını sağlamakta, iç içe geçmiş üretim ve tüketim ekonomilerinin düzgün ve verimli bir şekilde işleyebilmesi için ise toplumun eğitilmiş, vasıflı ve uyumlu olmasını gerektirmektedir (Leys, 2011: 32-33).

Sağlık hizmetlerinin standart bir şekilde sunumunun ortaya çıkması, üretim ve tüketim arasındaki dağılımın uzun bir vade boyunca istikrarlı olduğu tarihsel bir birikim rejimi döneminde mümkün olmuştur (Harvey, 2006: 143). İkinci Dünya Savaşı sonrası uzun

ekonomik canlılık döneminde kapitalist gelişme sürecinin baş aktörleri arasında bir dizi uzlaşma ve konumların yeniden tanımlanması mümkün olmuş, devlet işçi hareketi ve büyük sermaye arasında denge politikası gütmüştür. Büyük sermaye üretimi artıran, büyümeyi garanti altına alan bir rol üstelenirken, işçi sınıfının temsil mekanizması olan sendikalar efektif talebi artıran ücret kazanımları karşılığında kendi üyelerini denetleme ve üretkenliği artırma rolünü üstlenmiştir. Devlet ise istikrarlı talep koşullarının yaratılması için maliye ve para politikaları aracılığı ile kitle tüketimi ve üretimini garanti altına alan sağlık, konut, sosyal güvenlik, eğitim ve benzeri alanlarda sorumluluk üstlenmiştir (Harvey, 2006: 158). Süreç içerisinde hoşnutsuzluklara karşı devlet iktidarının meşruluğu, artan ölçüde yeterli sağlık bakımı, konut, eğitim hizmeti sağlama kapasitesine bağlı kalmıştır (Harvey, 2006: 162).

Navvaro'ya (1989: 891) göre ulusal sağlık sistemlerinin ortaya çıkışı, tüm kapitalist ülkelerde işçi sınıfının örgütlülük mekanizmaları olan sosyal demokrat partiler ile sendikaların gelişmesinin sonrasına rastlamıştır. Sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerinin gelişiminin arkasındaki kritik gücün işçi sınıfının politik ve ekonomik mücadelesi olduğu saptamasını yapmaktadır. Sağlık sistemleri daima sınıflar arasındaki güç dengelerinin bir ürünü olarak ortaya çıkmaktadır.

20. yüzyılın ikinci yarısı boyunca devletler sağlık hizmetlerindeki sorumluluk alanlarını bir dizi önlemlerle büyütme yoluna gitmiştir. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı kamusal alanın içerisine çekilmiş ve çeşitli sağlık sistemleri ortaya çıkmıştır. Tedarikin planlanması, araştırma ve buluşlar için kaynak ayrılması, tıbbi standartların oluşturulup uygulanması ve özellikle sağlık hizmetlerinin finansmanının genişlemesi bu dönemde ortaya çıkmıştır. Neredeyse genel bir uygulama haline gelecek şekilde sağlık hizmetleri kamu malına dönüşmüştür. Bu gelişmenin yan ürünlerinden biri de sağlık harcamalarında ve sağlık hizmeti sunumunda özel sektörün payının gerilemesidir (Hermann, 2011: 144-145).

1.3.2. Sosyal Hak Olarak Sağlık Hakkı

İnsan hakları evrensel bildirgesine göre herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır (İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, 1948: Madde 25). Sağlık hakkı 1948 yılında İnsan hakları evrensel beyannamesinde yer verilen haklardan ikinci kuşak hak olarak tanımlanan ekonomik, sosyal ve kültürel haklardandır. (Omay, 2009: 127).

Keynesyen müdahaleci devlet anlayışıyla birlikte sosyal vatandaşlık kavramı gündeme gelmiştir. Sosyal vatandaşlıkla birlikte kapitalist piyasa sisteminde geniş toplumsal kesimlerin karar mekanizmalarına siyasal ve ekonomik katılımını sağlayan bir dizi hak doğal olarak

görülmüştür. Böylelikle kapitalist üretim sisteminin yarattığı eşitsizlikler karşısında toplumsal çatışma alanlarını yumuşatan, toplumsal bütünleşme ve uzlaşmaya dayalı bir vatandaşlık modeli ortaya çıkmıştır (Marshall, 2006: 30-31).

Sosyal haklar vatandaşların kendi araçları ve ödeme gücünden bağımsız olarak, temel toplumsal risklere karşı bireyselleşmiş korumaya sahip olmasını sağlayacak kapsamlı haklardır. Sosyal haklar kapitalist sistemin en yoğun çelişkilerini hafifleterek varlığını sürdürmesini sağlar. Sosyal haklar bireyin veya ailenin ücretli emekten bağımsız olarak var olabilme, var kalabilme biçimini tanımlamaktadır (Arın, 2013: 232).

20. yüzyılda sağlık hakkı büyük ölçüde anayasallaşmıştır. Bu durum devletin sorumluluğunun altını çizmiş olup bu konuya ilişkin çeşitli yasal sorumluluklar alınmasının önünü açmıştır. Sağlık hizmetlerinin kamusal alan dışında piyasa mekanizmasına bırakılması demek, sağlık hizmetinin piyasada alınıp satılan mal statüsüne dönüşmesi, özellikle düşük gelirli gruplar açısından hizmetten mahrum kalıp gelir dağılımında eşitsizliklere sebep olmasının önünü açacaktır. Toplumsal değer yargılarına ters olması nedeniyle anayasalarda yer alan sağlık hakkı devlete şeklen dahi olsa sorumluluklar yüklemektedir (Şenatalar, 2003: 26).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık hakkı, sağlık hizmetleri konusunda dört temel standart getirmektedir. Bunlar sağlık hizmetlerinde mevcudiyet, erişilebilirlik, kabul edilebilirlik ve kalitedir. Hizmetlerin mevcudiyeti, bir ülkenin kalkınma ve ekonomik durumunu göz önünde bulundurarak, halk sağlığı ve sağlık kuruluşlarının yeterli miktarda bulunmasını gerektirir. Erişilebilirlik ise bir sağlık sisteminin toplumdaki herkes için ulaşılabilir olmasını tanımlar ve dört farklı boyutu vardır. Bunlardan ayrımcılık yapılmaması özellikle toplumdaki en savunmasız kesimlerin öncelikli olmak üzere sağlık hizmetlerine ve sağlık tesislerine erişebilir olmasını tanımlar. Fiziksel erişilebilirlik ise sağlık hizmeti, tesisi ve mallarına nüfusun tüm katmanlarının güvenli bir şekilde ulaşımını tanımlamaktadır. Ekonomik erişilebilirlik ise sağlık hizmetlerinin herkesin bütçesine göre uygun olması gerektiğini tanımlar ve son olarak bilgi açısından erişilebilirlik ise sağlıkla ilgili konularda bilgi edinme yollarının açık olmasını tanımlar. Dört temel standarttan üçüncüsü olan sağlık hizmetlerinde kabul edilebilirlik ise sağlık hizmetlerinin etik ve kültürel olarak uygunluğunu, yani bireylere, değişik toplum kesimlerine, azınlıklara, topluluklara saygılı olmasını ve cinsiyet ile yaşam döngüsü gereksinimlerine duyarlı olmasını gerektiğini tanımlamaktadır. Son temel standart ise sağlık hizmetlerinde kalitedir ve sağlık hizmetlerinin bilimsel ve tıbbi kriterlere uygun olarak en yüksek kalitede sunulmasını tanımlamaktadır (British Medical Association, 2007: 9-10).

Sağlık hakkı sadece zamanında ve uygun sağlık hizmetlerine ulaşım değil, aynı zamanda sağlıklı ve içilebilir suya erişim, yeterli ve güvenli gıda tedariki, barınma, çevre

koşulları, iş güvenliği, sağlıkla ilgili eğitim ve bilgiye erişim gibi sağlığın temel belirleyicilerine uzanan kapsamlı bir haktır (Dünya Sağlık Örgütü, 2002: 10).

Sağlık hakkını sadece sağlık hizmetleri çerçevesinden el almak konunun kapsamının daraltılmasına ve sağlığın sosyal belirleyicilerinin göz ardı edilmesine neden olmaktadır. Sağlık alanında eşitsizliklerinin giderilmesi için daha geniş kapı aralayan sağlığın sosyal belirleyicilerinin de hesaba katılması ve bu alanlara ilişkin taleplerin gündeme gelmesi sağlık hakkı ve bu alana ilişkin eşitsizliklerin ortadan kaldırılması açısından önemlidir (Ekmekçi ve Arda, 2015: 2).

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı bir kamusal hizmet olarak görmekte ve sağlığın sosyal ve ekonomik belirleyicilerinin önemini altını çizmektedir (Dedeoğlu, 2009: 195). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık hakkı sağlık hizmetlerinde insanların eşit şekilde faydalanmasına olanak tanıyan bir sağlık sistemine sahip olma hakkını içermektedir (Aksoy, 2013: 838).

1.4. Sağlık Finansman Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı arasındaki ilişki temelde kaynakların transferi olarak adlandırılmaktadır. Sağlık hizmetleri finansmanı, farklı yollardan toplanan fonların farklı şekillerde kullanımı ile sağlanır (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008: 137). Bu bağlamda 7 tip finansman yöntemi bulunmaktadır. Bu finansman yöntemleri özel finansman ve kamusal finansman olarak iki başlık altında birleştirilebilir. Özel finansman yöntemleri cepten ödemeler, özel sigortalar, tıbbi tasarruf hesapları, bağışlar ve informal ödemelerdir. Kamusal finansman yöntemleri ise vergilerle finansman ve sosyal sağlık sigortasıdır (Maynard ve Dixon, 2002: 14-27).

Özel finansman yöntemlerinden cepten harcamalarda sağlıkla ilgili tüm maliyetler tüketiciler yani hastalar tarafından karşılanmaktadır. Bu ödemeler direkt ödemeler, formel maliyet paylaşımı ve informal ödeme uygulamalarından oluşmaktadır. Direkt ödemeler kamu sağlık sistemi tarafından karşılanmayan sağlık hizmetleri ya da kamu sağlık sisteminin sınırlı karşıladığı sağlık hizmetleri durumunda söz konusu olmakta ve hizmet sunucu ile sağlık hizmeti talep eden arasında üçüncü bir aracının faaliyet göstermediği durumlara işaret etmektedir. Formel maliyet paylaşımı ise sağlık sistemlerindeki sağlık hizmet talebini düşürmek ve sağlık sistemleri için ek kaynak yaratmak için kullanılmakta, sağlık hizmetinin hepsini olmasa da bir kısmını cepten ödemelerle finanse etmek için kullanılmaktadır. Informel ödemeler ise resmi olarak kabul görmeyen fakat sağlık sistemlerinin yetersiz kaynak durumu, kültür, gelenek gibi etkenlerle birlikte hastaların belirli sağlık hizmeti kalitesini garanti altına almak için yaptığı cepten ödemelerdir (Maynard ve Dixon, 2002: 22).

Özel finansman yöntemlerinden olan özel sigortalar ise ülkeden ülkeye değişiklik göstermekle birlikte zorunlu ve gönüllük esaslı başlıkları altından toplanabilecek iki kategoride ele alınmaktadır. Zorunlu özel sağlık sigortasının baskın olduğu durumlarda özel sigorta sağlık sisteminin ana finansman kaynağıdır. Yani sağlık sisteminin finansmanı sosyal sigorta ya da vergi temelli finanse edilmemekte yöntem olarak piyasa koşullarında faaliyet gösteren özel sigortalar tarafından finanse edilmektedir. Gönüllük esasının egemen olduğu özel sigortalar ise hali hazırda sağlık sistemi vergi ya da sosyal sigorta yöntemi ile finanse edilmekte ve özel sağlık sigortasının rolü kamu sağlık sisteminin kapasitesi tarafından belirlenmektedir. Bu açıdan tamamlayıcı, ikame edici, destekleyici özel sağlık sigortaları kullanılmakta ve temel amaçları kamu sağlık sisteminin çeşitli yönlerine yönelik hizmetlerin finansmanını sağlama amacı gütmektedir (Maynard ve Dixon, 2002: 19).

Özel finansman yöntemlerinden olan tıbbi tasarruf hesapları ise çok geniş bir uygulamalar alanı bulmamakla birlikte bireyler gelirlerinin belirli bir oranını düzenli olarak hesaplarına aktarırlar. Hesapta bireken bu paralar sağlık hizmetlerinin finansmanı için kullanılır. Bu uygulama tek başına uygulanan bir model değildir ve genellikle başka finansman yöntemlerine destekleyici olarak tercih edilen modeldir (Maynard ve Dixon, 2002: 21).

Özel finansman yöntemlerinden olan bağışlar ise özellikle düşük gelirli ülkelere yapılan hükümet dışı organizasyonun bağış yapılan ülkenin sağlık ajansına yapılan ödemelerden oluşur. Gelir durumu düşük olan ülkelere sosyal yardım niteliği olan bu yöntem ile sağlık harcamalarının belirli bir düzeyde yapılması sağlanır (Maynard ve Dixon, 2002: 25).

Kamusal finansman yöntemlerinden olan vergi gelirli finansman ise sağlık harcamalarının finansmanını vergi gelirleri ile finanse edildiği, bu vergilerin doğrudan ya da dolaylı vergi olabildiği, toplanan vergilerin yerel, bölgesel ya da ulusal vergi olabildiği Beveridge sistemi adı verilen sağlık sistemlerinin finansmanı için kullanılan modeldir (Maynard ve Dixon, 2002: 23).

Kamusal finansman yöntemlerinden olan sosyal sağlık sigortacılığı ücretler üzerinden alınan primler üzerinden finansmanın esas olduğu, prim katkılarının işveren ve çalışanlar üzerinden alınan belirli oranlardaki primlerle sağlandığı ve bunun genellikle zorunlu olduğu bir finansman yöntemidir. Bu finansman yönteminde yapılan katkıların hastalık riskiyle ilişkisi yoktur (Maynard ve Dixon, 2002: 15-16).

Sağlık finansman yöntemlerinden bu bağlamda iki çeşit ilişki modeli ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında bir tarafta finansmanın doğrudan hastalar tarafından yapıldığı üçüncü bir aracıya ihtiyaç duyulmayan ödeme şekilleri bir diğer tarafta ise kimi zaman özel sigortaların, kimi zaman ise vergi, sosyal sağlık sigortasının üçüncü bir taraf

ödeyeci olarak ortaya çıktığı ödeme yöntemleri bulunmaktadır.

1.5. Sağlık Sistemleri

Dünya Sağlık Örgütü sağlık sistemini, temel amacı sağlığı geliştirmek, yenilemek ve sürdürmek olan tüm aktiviteler olarak tanımlamıştır (Dünya Sağlık Örgütü, 2000: 5). Bu bağlamda sağlık sistemi; toplumun sağlık hizmetlerinin üretim, tüketim ve dağılımına ilişkin yaptığı tercihler vasıtasıyla oluşan organizasyonel süreç ve düzenlemelerdir (Santerne ve Neun, 2010: 92).

Sağlık sistemleri her ülkenin kendi tarihi, kültürel, ekonomik, siyasi, hukuki ve sosyal yapısına uygun olarak şekillenen sosyal sistemlerdir. Çünkü devlet vatandaşları için temel sosyal haklardan olan sağlık hakkını sağlayabilmek için kendi devlet bütünlüğü içerisinde sağlık sistemlerine de yer vermektedir. Ayrıca sağlık sistemleri, sağlık hizmeti alanlar ve sunanlar açısından öznesi direkt insan ve toplum olan bir yapıyı işaret etmektedir. Dolayısıyla sağlık sistemlerindeki değişim ve dönüşümler sağlık hizmeti sunanlar ve alanları önemli ölçüde etkilemektedir (Görmüş, 2013: 21).

İdeal sağlık sistemleri eşitlikçi sağlık sistemleridir. Sağlık hizmetlerinde eşitlik, eşit ihtiyaçlar için hizmete ulaşım ve kullanımda eşitlik ile eşit kalitede hizmetten faydalanılmasını ifade etmektedir. Sağlık hizmetlerine ulaşımı etkileyen faktörler bireylerin karşılaştığı mali, yapısal, kültürel engeller; kullanımda eşitliği etkileyen faktörler sağlık kaynak ve kurumlarının dağılımındaki engeller; kalitede eşitliği belirleyen nedenler ise sağlığa ayrılan kaynakların niceliğidir (Withehead, 1992: 433).

Doğru yapılandırılmış sağlık sistemleri finansal risklere karşı geniş kapsamlı koruma sağlayan, finansman yükünün daha eşitlikçi dağıldığı, hizmetlerin eşit kullanılmasını ve ihtiyaçlara uygun sunumunu sağlayan yapılarıdır (Kutzin, 2008: 2).

Farklı sağlık sistemleri ortak özellikleri ve farklılıkları dikkate alınarak incelendiğinde bir tarafta sağlık hizmetlerinin tamamen piyasa koşullarında üretilip topluma sunulduğu sağlık sistemleri diğer tarafta ise sağlık hizmetlerinin toplum ihtiyaçlarına göre devlet tarafından belirlenip sunulduğu ve finansmanın da devlet tarafından gerçekleştirildiği sağlık sistemleri yer almaktadır. Birçok sağlık sisteminde devlet, sağlık hizmetini sunan birimleri kurmakta, işletmekte ve gerekli olan sağlık personelini istihdam etmektedir. Bu durum sosyal devletin gereği ve sağlığın bir hak olarak görüldüğü toplumlar için geçerli olmaktadır. Sağlık hizmetlerini tamamen piyasaya bırakan sağlık sistemlerinde bile en azından koruyucu sağlık hizmetleri devlet eliyle yürütülmektedir (Atabey, 2012: 39).

Sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasında, sisteminin finansmanının nasıl sağlandığı,

sunumunda kamu ve özel sektör ağırlıkları ve sağlık hizmeti kullanımının nüfusa yayma yöntemleri gibi faktörler etkili olmaktadır (Tatar, 2011: 110). Sağlık sisteminin yapısı hizmet sağlayıcılar, finansman kurumları ve hastalar arasındaki devlet tarafından oluşturulmuş ilişkilerden oluşur (Groenewegen, 2007: 127).

Bu açıdan bakıldığında dört ana sağlık sistemi modelinden bahsedebilir. Bunlar refah yönelimli sağlık sistemleri, kapsayıcı sağlık sistemleri, sosyalist sağlık sistemleri ve serbest pazar sağlık sistemleridir (Roemer, 1993: 336).

1.5.1. Sağlık Hizmetlerine Ulaşımında Dayanışmacı Model: Refah Temelli Sağlık Sistemleri

Refah yönelimli sağlık sistemlerinin temelini oluşturan sosyal sigortacılık anlayışı aynı zamanda Bismarck Modeli olarak da ifade edilmektedir (Groenewegen, 2007: 127). Bismarckçı sisteme zorunlu sağlık sigortası sistemi de denilmektedir. Zorunlu sağlık sigortacılığı yasal olarak Otto Van Bismarck tarafından, Almanya’da ulusal birliği kapitalist ilişkiler temelinde sağlamak için başlatılmıştır (Belek, 2013:15-20).

1883’te Almanya’da dönemin yükselmekte olan sosyalizm dalgasına karşı Alman Başbakanı Otto Van Bismarck’ın sosyal güvenlik alanında aldığı önlemlere dayanan refah yönelimli Bismarck sağlık sistemi ancak İkinci Dünya Savaşı’ndan sonra yaygın olarak uygulanmaya başlanmıştır. Devlet bir refah projesi olarak kabul ettiği sağlık hizmetlerini, kamu adına düzenlediği zorunlu ve primli sağlık sigortası yoluyla sağlamayı esas almaktadır. Bu modelde sağlık hizmetleri bir kamu görevi olarak sayılarak, toplumun ödeme yapmadan yararlandıkları bir kısım kamusal sağlık hizmetlerinin yanı sıra, prime dayalı zorunlu sigorta sistemi karşılığında tedavi edici sağlık hizmetlerinden de yararlanması sağlanmaktadır (Görmüş, 2013: 39).

Bismarckçı model başlangıçta yalnızca düzenli işi ve geliri olan toplumsal sınıflardan prim toplayabilen ve yalnızca onların sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerini finanse edebilir bir yapıya sahipti. Başlangıç döneminde kapsadığı hizmetler tedavi edici sağlık hizmetleri ile iş ve meslek kazaları ile sınırlıydı. Bismarckçı sistemin kapsadığı nüfus ve sağladığı sağlık hizmetlerinin kapsamının genişlemesi İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde mümkün olmuştur (Belek, 2013: 17).

Model temel olarak işveren ve çalışanlar arasında gelire orantılı olarak ödenen sigorta primleriyle finanse edilen hastalık fonları aracılığıyla çalışmaktadır. Vatandaşlar kendilerine hizmet sağlayan hastalık fonunun üyesi konumundadır. Bağımsız hizmet sağlayıcılar bu fonlarla sözleşme yaparlar. Sistemin yürütülmesinde devletin rolünün sınırlı olduğu bu merkezi

olmayan sistemde hastalar sigorta primlerini hastaneler ve diğer hizmet sağlayıcılar ile sözleşme yapmış olan sigorta fonlarına öderler. Hizmet sağlayıcılar ise aile hekimleri ve hastaneler arasındaki sevk zinciri çerçevesinde hizmet sunarlar (Groenewegen, 2007: 127).

Sistemin temelinde zorunlu sağlık sigortacılığı olmasına rağmen özel sigortalar da sistem yer almaktadır. Sağlık hizmet sağlayıcılar kâr amacı güden ve gütmeyen özel sektör ile kamu sektörü arasında dağılmıştır (Or vd., 2010: 283). Sistemde hem kamu hem de özel sektör bulunmaktadır fakat özel sektörün payı kamu sektörüne görece azdır ve aynı zamanda genel bütçeden destek alan bir modeldir (Belek, 2009: 162). Bismarckçı modele şekil veren en önemli özellik sigorta zemininde çok sayıda sağlayıcıyla gelen seçim imkanının olmasıdır. Fakat bu sisteme ilişkin maliyetlerin artmasına neden olmakta çeşitli düzeylerde regülasyon ve kontrol ihtiyacı doğurmaktadır (Or vd., 2010: 270).

Özel sağlık sigortasındaki piyasa başarısızlıkları aktüerya dengesini sağlayan havuz sisteminin başarılı olmaması ve finansman dengesinin sağlanamaması sosyal sigortaların ortaya çıkmasına neden olmuştur. Sosyal sigorta sistemi zorunludur ve böylelikle düşük risk gruplarının sistemden çıkması engellenir. Kısmi çıkış gelire bağlı sigorta sisteminin mevcut olmasıyla mümkün hale gelmiştir ve sosyal sigorta sabit primli veya gelire göre değişen prim şeklinde olabilir (Arın, 2013: 240).

Zorunlu sosyal sağlık sigortası bir risk paylaşım programıdır. Esas olarak primler gelirin belirli belirli bir oranı olarak toplanır, ancak yararlanım ihtiyaç ölçüsünde gerçekleşerek ödenen primden bağımsızdır. Bu durumda geliri yüksek, refah düzeyi iyi olup, daha az hastalanıp az hizmet kullanması beklenen düşük risk gruplarının; gelirleri düşük, yaşam koşulları ve refahları kötü olup daha çok hastalanan daha çok hizmet kullanması muhtemel yüksek risk gruplarını risk paylaşımıyla desteklemesi sağlanır (Belek, 2009: 115).

Günümüzde bu sağlık sistemini uygulayan ülkeler arasında Almanya, Fransa, Belçika, Hollanda, Japonya, İsviçre, İsviçre, Çek Cumhuriyeti, Japonya, Macaristan, Meksika ve Türkiye sayılmaktadır. Bu sistemin en tipik örneğini Almanya sağlık sistemi oluşturmaktadır (Belek, 2009: 174).

1.5.2. Sağlık Hizmetlerine Ulaşımında Eşitlikçi Model: Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemleri

İkinci Dünya Savaşı sonrasında İngiltere’de uygulanmaya başlanan ve Beveridge modeli olarak ifade edilen sistem, finansmanının ve sunumunun devletin elinde olmasından ötürü harcamaların büyük çoğunluğunun vergilerle karşılandığı ulusal sağlık hizmetleri sistemi olarak ifade edilmektedir (Belek, 2009: 176).

Sistemin temel özelliği vergi temelli olmasıdır. Söz konusu vergiler ulusal vergi

olabileceği gibi yerel vergiler de olabilmektedir. Hastaneler genellikle devlete aittir. Bu modelde vatandaşlar vergilerini devlete öder; devlet ise ya kendileri hizmet sunan ya da diğer hizmet sağlayıcılardan hizmet alan yerel otoritelere kaynak aktarır (Groenewegen, 2007: 127). Sistemin bütün nüfusu kapsaması, finansmanın tamamen vergilerden sağlanması ve sağlık çalışanlarının ücret sistemi ile istihdam edilmeleri bu sistem için tanımlayıcı özelliklerdir (Belek, 2009: 163).

Beveridge sağlık sistemi tüm vatandaşlara sisteme finansal katkılarından bağımsız olarak sağlık hakkı tanımaktadır. Vatandaşların ekstra bir ödeme yapmadan sağlık hizmetlerinden yararlanımı söz konusudur. Beveridge kapsayıcı tip sağlık sistemini diğer sağlık sistemlerinden ayıran özellik evrensel kapsayıcılık vasıtasıyla sağlık hizmetlerine ulaşımı eşitlikçi hale getirmektedir, böylelikle sigorta ve hizmet suçuların baskın olduğu modellere göre idari ve sistemsel maliyetler minimize edilmektedir. Bu model sağlık harcamalarını sürdürülmesinde iyi performans sergilemektedir (Or vd., 2010: 270).

Günümüzde, İngiltere dışında Danimarka, Finlandiya, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, Norveç, Portekiz, Yunanistan bu model sağlık sistemine sahiptir (Tatar, 2011:110).

1.5.3. Sağlık Hizmetlerine Ulaşımında Merkezi Planlama Modeli: Sosyalist Sağlık Sistemleri

Sovyetler Birliği dağılmadan önce Sovyet coğrafyasında ve Orta ve Doğu Avrupa'daki işçi devletlerinde bulunan ve ismini Sovyetler Birliği'nin ilk sağlık bakanı olan Semasko'dan alan sağlık sistemleri Rus Devrimi'nden sonra ortaya çıkmıştır. Bu ülkelerin sağlık sistemleri devlet bütçesinden finanse edilen, oldukça merkezi yapıya sahip sağlık sistemleridir. Tüm sağlık kuruluşları devlete aittir ve sağlık personeli devlet çalışanıdır (Groenewegen, 2007: 128).

Sovyet sağlık sistemi doktor ve yatak sayısı ile diğer kapasite göstergeleri açısından döneminde dünyanın en büyük sağlık sistemidir. Ulusal sağlık sistemi sağlık bakanlığı tarafından yürütülen oldukça merkezileşmiş, sağlıkla ilgili tüm varlıkların devlet mülkiyetinde olduğu, kırsal alanlar ile şehirlerin bölgelere ayrıldığı ve farklı sağlık departmanları tarafından yönetildiği parçalı bir modeldir. Sistem planlama açısından merkezi, organizasyonel olarak parçalıdır. Sağlık sisteminin finansmanında devlet bütçesinin ezici bir ağırlığı vardır ve bütçenin gelir kaynağı yerel, bölgesel ve federal vergilerdir. Sistem tüm nüfusu kapsar ve hizmetlerden faydalanmak ücretsizdir (Christopher, 2010: 32).

Sovyetler Birliği'nin dağılması ve Orta ve Doğu Avrupa'daki işçi devletlerinin kapitalizme geçiş yapmasından sonra orta gelir düzeyindeki ülkelerde bu sistemin örneği

Küba'dır. Küba sağlık sistemi merkezi planlama ile devlet tarafından finanse edilmektedir (Belek, 2009: 164).

1.5.4. Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Modeli: Özel Sağlık Sistemi

Özel sağlık sistemi modeli sağlık hizmeti sunumunun çoğunlukla özel sağlayıcılar ve kâr amacı gütmeyen kurumlarca sağlandığı, sistemi finansmanının ise özel sigorta tarafından gerçekleştiği bir modeldir. Sağlık sigortası kimi ülkelerde zorunlu iken kimisinde gönüllülük esasına dayanır (Kosticova, 2015: 152).

Ödeme gücüne göre dizayn edilen sigortalar ile piyasa koşullarındaki çok sayıdaki hizmet sunucudan hizmet alımı ilkesi modelin temel özelliğidir. Böylelikle hasta ihtiyaçlarına göre sağlık hizmetlerinin düzenleneceğini ve kalitenin artacağı öngörülür. Sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinde devlet görev almakta ve ihtiyacı olan yaşlı, çocuk ve yoksullara ilişkin sosyal koruma programları ile model desteklenebilmektedir (Kosticova, 2015: 152).

Bu türdeki sağlık sistemi özel sigortaya dayandığı için ihtiyacı olan kesimlerin sağlık hizmetlerine ulaşımında eşitsizliğe neden olmaktadır. ABD'de 15 milyon kişi sağlık hizmeti güvencesinden yoksundur. Ayrıca sistemin çok parçalı olması, devletin düzenleyici olarak sistemde daha çok görev almasına neden olmakta ve bu ise sağlık alanına ilişkin maliyetlerin artmasıyla sonuçlanmaktadır (Kosticova, 2015:152). Hizmet sunumunun özel sektör merkezli olması zayıf ekonomik durumdaki ülkelerde sağlık hizmetlerinin ülke içerisinde yeterli şekilde dağılmamasına, kişilerde özel sağlık harcamaları nedeniyle yoksullaşmaya neden olmaktadır (Hanson vd., 2008: 1529).

Tipik örneği ABD sağlık sistemidir. ABD sağlık harcamaları diğer gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında çok büyük farklar göstermesine rağmen ortalama yaşam süresi, bebek ölümleri gibi temel göstergelerde bu ülkelerin epeyce gerisinde yer almaktadır. Halkın sağlık hizmetlerine duyduğu memnuniyet düşük, yeterli sağlık hizmetine ulaşım kısıtlıdır. Amerikan kamuoyunun başlıca gündeme maddesi sürekli tartışılan sağlık alanına ilişkin iyileştirmeleri hedefleyen sağlık reformudur (Gottschalk, 2010: 119).

ABD dışında Kıbrıs, Güney Afrika, Şili ve Meksika ve İsveç'te benzer modeli benimsemiş ülkelerdendir (Kosticova, 2015: 152).

1.6. Sağlık Reformlarının Nedenleri

Sağlık reformları tartışmalarında reformlar öncesinde kamusal olarak üretilen ve finanse edilen sağlık hizmetleri piyasa temelli olarak yeniden tanımlanmıştır. Bu tanımlamayı belirleyen nedenler ise makro ölçekte devlet ve piyasa arasındaki ilişkinin piyasayı önceleyecek

şekilde kavramsal olarak yeniden tanımlanması iken mikro ölçekte ise sağlık sisteminin kendine özgü nedenleridir.

1.6.1. İktisat Politikalarında Paradigma Değişimi: Keynesyen İktisat Politikalarından Neoliberal Politikalara Geçiş

İkinci Dünya Savaşı sonrasında oluşan Keynesyen uzlaşıyla birlikte büyümeye dayalı sermaye birikiminin sürmesi sağlanmış bununla birlikte emek de bu büyümeden tatmin edici bir şekilde payını almıştır. Bu dönemde sağlık, eğitim gibi kamusal hizmetler refah programları aracılığıyla sosyal hak statüsünü kazanmıştır. Kapitalizmin 1970’lerde girdiği ekonomik krizle birlikte Keynesyen dönemdeki eğilimler neoliberal uygulamalarla tersine dönmüştür.

Kapitalizmin bir üretim şekli olarak kendisini var etmesinin iki çok önemli koşulu vardır. Sistem bir yandan sermaye birikiminin sürmesini sağlamalı bir yandan da üretim şeklinin insani gereksinimleri karşılayabildiğine ve sistemin toplumsal haklılığına tüm toplumsal kesimleri inandırarak sistemin meşruluğunu sağlamalıdır (Arın, 2013: 4).

James O'connor'ın “Devletin Mali Krizi” adlı çalışmasında devlet aktiviteleri iki şekilde kategorize edilir. Bunlar sosyal sermaye harcamaları ve sosyal gider harcamalarıdır. Devlet böylelikle sermaye birikim sürecinin maliyetlerini sosyalize eder. Sosyal sermaye harcamaları iki ana başlık altında toplulaştırılabilir. Birincisi sabit sermaye harcamaları denen sosyal yatırım harcamalarıdır, ikincisi ise değişken sermaye harcamaları denilen sosyal tüketim harcamalarıdır. Sosyal yatırım harcamaları üretimin verimliliğini sağlayan yol altyapı, güvenlik gibi harcamalarken, sosyal tüketim harcamaları emek maliyetini düşüren eğitim, sağlık, sosyal güvenlik gibi harcamalardır. Sosyal gider harcamaları direkt olarak üretimin verimliliği ya da sermaye birikim süreci üzerinde doğrudan ilişkisi olmayan fakat üretimin talep yoluyla rasyonalizasyonunu, kapitalist ekonominin uyumunu ve meşruiyetini sağlayan harcamalarıdır (Lichty, 2005: 2-3).

1970’lerde aşırı sermaye birikimi sonucu kâr oranının düşmesi ile ekonomik durgunluğun ve enflasyonun ortaya çıkması, kapitalist birikim rejiminde yeni bir evreyi gerekli kılmıştır. Sermaye, kendi karlılık krizini aşabilmek için karlılığını arttıran devlet harcamalarına ihtiyaç duymuş, diğer taraftan kamu sosyal harcamalarını artık kendi üretimi için dolaylı bir talep unsuru olarak görmek yerine bir maliyet olarak görmeye başlamış ve bu harcamaların kısılması için politik ağırlığını koymuştur. 1970’lerin sonunda ortaya çıkan kamu mali krizinin sürdürülemez hale geldiği görülünce sermaye yeni bir birikim rejimi ve kamu mali politikası arayışına yönelmiştir. Kamunun kitlesel talep yaratan politikalarına bağımlı bir birikim rejimi yerine üretim maliyetlerini düşürmeyi hedefleyen, finansallaşmış bir büyüme modeli bu

noktada ortaya çıkmıştır (Karahanoğulları ve Gürkan, 2014: 6).

Keynesçi dönemde emeğin üretkenlik kazançlarından pay almasına dayalı uzlaşından neoliberal döneme geçişteki temel politika değişikliği reel ücretlerin baskılanması ve sosyal yardımların kısılmasıdır. Keynesçi dönemde gerek özel sermayenin gerekse işçi hareketinin temsilcisi rolünü üstelenen devlet, sermaye birikiminin en iyileştirilmesinde anahtar rolde olduğu düşünülen üretimi, satışları ve büyümeyi asgari ölçüde sekteye uğratmayacak koşullara odaklanmıştır. 1970’lerde kar oranlarının düşmesiyle birlikte uç veren kapitalizmin krizine karşı geliştirilen neoliberal politikalar ise emeğin üründen aldığı payın azaltılmasına odaklanarak yeni sermaye birikimi stratejisinin temel birleşeni haline gelmiştir (Campbell, 2014: 322- 323).

1973’de kapitalizmin içine girdiği krize cevap olarak uygulanmaya başlanan neoliberal politikalar devlet ile finans arasındaki ilişkiyi ulusal ve uluslararası düzeyde yeniden yapılandırmış, borca dayalı finansmanın liberalizasyonunu sağlamış, dünya finans ve üretim piyasaları uluslararası rekabete açılmış ve devlet aygıtı toplumsal hizmetlerin sağlanması bakımından yeniden konumlandırılmıştır (Harvey, 2012: 138).

Özetle dünya kapitalizminin 1970’lerden itibaren içinde bulunduğu neoliberal küreselleşme dönemi dört temel parametreyle açıklanabilir. Bunlar aşırı üretime dayalı birikim krizi, Fordist ilişkilerin yarattığı ve emek sermaye arasındaki ilişkiyi belirleyen kar sıkışması, küresel düzeyde artan rekabet birlikte finansal spekülasyon sermayenin üretim yatırımlarının önüne geçmesidir (Yeldan, 2002: 21).

İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde sermaye kontrolleri olmasına rağmen finans kapital özellikle 1960’lar ve 70’ler boyunca büyümeyi başarabilmiştir. 1970’lerin başında Bretton Woods sisteminin çökmesinden sonraki on yıllara bakıldığında finans sermayesi eşit görülmemiş bir radikallikte kapitalizmi finansallaştırmıştır. Finansallaşma ile birlikte üretim ve onun için gerekli finansman arasındaki açık ikinci lehine çok büyük bir genişleme göstermiştir. Finansallaşma süreciyle yaratılan üretim değeri ve finansal karlar arasındaki ilişki kopmuş özetle bir finansal mülksüzleştirme süreci yaşanmıştır (Lapavitsas, 2013: 793-794).

Bu finansal mülksüzleştirme sosyal sınıflar ve hane halkı açısından ele anılacak olursa neoliberal dönemde konut, sağlık, eğitim ve benzeri kamusal hizmetlerinin sunumundaki devlet sorumluluğunun dönüşüme uğratılması bu alanlara ilişkin yapılan devlet harcamalarının kısılmasına neden olurken bireysel harcamaların artmasına neden olmuştur. Neoliberal emek politikalarının reel ücreti baskılaması, cari tüketimi sürdürmeye ilişkin ihtiyaçlar ve kişilerin üzerine yıkılan sosyal harcamalar banka ve diğer finansal kuruluşlara borçluluğu artırmış ve kişiler açısından finans sistemine hayati derecede bağlı bir tüketim modeli ortaya çıkmıştır

(Lapavitsas, 2013: 800).

1.6.2. Kamusal Mal ve Hizmet Üretiminin İdeolojik Zeminde Yeniden Somutlaması: Yeni Kamu Yönetimi Yaklaşımı ve Kamu Tercihleri Teorisi

20. yüzyılda kamu sektörü hem gelişmekte olan hem de gelişmiş ülkelerde genişleme göstermiştir. Zamanla devlet müdahalesi eleştiriye uğramış piyasa başarısızlıklarının karşısına devlet başarısızlıkları yaklaşımı çıkartılmıştır. Genişletilmiş kamu sektörü bütçelerinin, ekonomik büyüme için gerekli olan kaynakları boğduğu iddia edilmiş, büyük kamu bütçesi açıklarının finanse edilmesinin faizleri artırdığı, kamu açıklarını ödemek için artırılan vergilerin istihdam, tasarruf ve yatırım üzerinde olumsuz etkiler yaratarak yatırım oranını düşürdüğü, siyaset ile ticaret arasındaki döngünün istikrarsızlığa, işsizliğe ve enflasyonun artmasına neden olduğu iddia edilmiştir (Jackson, 2001: 8).

1970'lerle birlikte refah iktisadı ve devletin ekonomiye müdahalesi eleştiriye uğramış ve bu eleştiriler çeşitli teoriler altında dile getirilmiştir.

Neoliberal düşüncenin dayandığı neo-klasik iktisat teorisi, serbest piyasanın mal ve hizmetlerin verimli dağılımındaki üstünlüğüne vurgu yapar. Bu görüşe göre devlet müdahalesi yalnızca belirli piyasa başarısızlıklarının (tekeller, bilgi asimetrisi, vb.) önlenmesinde gereklidir. Bu nedenle neo-klasik teori, sınırlı hükümet eylemini gerektirir ve devlet tarafından geniş çaplı düzenlemeye şiddetle karşıdır, bunun yerine neoliberaler geniş çaplı mali deregülasyonu ve devletin rolünü azaltmayı savunur (Jooeste, 2008: 5).

Kamu tercihleri teorisyenleri, kamu sektörü ödül sistemlerinin etkili bir performansı desteklemediğini savunarak geleneksel devlet rolünü eleştirmişlerdir. Çünkü politikacılar ve bürokratlar harcamaları kontrol etmek için teşvik edilmemiştir. Bu, bürokrasinin kendine hizmet etmesine, devletin aşırı genişlemesine ve çeşitli fırsatçı davranış biçimlerinin ortaya çıkmasına neden olmuştur (Jooeste, 2008: 5). Bu yaklaşım politikacıların, çıkar gruplarının ve bürokratların davranışlarına odaklanır, etkili hükümet rolünün ve hükümet faaliyet büyüklüğünün boyutunu inceler. Aktörler rasyonel fayda maksimizatörü olarak görülür. Bürokratlar, bütçelerini azamiye çıkarmaya çalışırken ulusal gelirlerden artan oranda pay elde etmeye çalışırlar. Sonuç olarak devlet ihtiyaç duyulanın ötesine büyür, çekirdek işlevlerinin ötesine geçer. Bu yaklaşım tüm bu tespitlerden yola çıkarak devletin ekonomik alandaki faaliyetlerinin küçültülmesini savunulur (Preker vd., 2000: 782).

Asıl vekil teorisiyse kamu sektöründe eksik bilgi ve çatışan çıkarlar problemlerini ele alır. Kamu yönetimi bağlamında asıl olanlar vatandaşlar ya da genel olarak toplumdur, bürokratlar ise onun temsilcisidir. Bilgi asimetrisi ve bireysel çıkarlar bürokraside fırsatçı

davranışlara yol açmıştır. Asil vekil teorisi performansa vurgu yaparak kamu sektörünün yeniden yapılandırılmasını ele alır (Jooeste, 2008: 6). Bu çerçeve içinde sosyal ve politik amaçlara ulaşmak için asil ve vekil arasında bir dizi açık sözleşmelerle sağlanacak ilişkiye vurgu yapılır. Vekil çeşitli görevleri gerçekleştirmek için taahhütte bulunur; sözleşmeler asilin vekili denetlemesini, gözlemlemesini sağlar (Preker vd., 2000: 780).

İşlem maliyeti ekonomisi, bir hiyerarşinin aksine, piyasa ilişkileri içinde yatay şekilde sunulan kamu hizmetlerinin işlem maliyetlerinin daha yüksek olduğunu saptayarak, hizmet sunumunun en verimli yapısını belirlemek için bir başka temel sağlar. Hiyerarşi yoluyla hizmet sunma kararı, daha sonra işlem maliyetlerini üretim maliyetleriyle birleştirerek belirlenir. Bu, yeni kamu yönetiminde artan piyasa koordinasyonu belirsizliklerinin giderilmesi için kullanılan bir yöntemdir (Jooeste, 2008: 6). Bu yaklaşım asil vekil teorisinin bir sonrası aşaması olarak düşünülebilir. Asil ve vekil her ne kadar performansa dayalı sözleşmelerle ilişkiye geçse de kendi faydalarını maksimize edici davranışlar içerisinde olabilir. Bu yaklaşım piyasa sağlayıcılarıyla direkt etkileşimi, kamu hizmetlerinin sunumunun hiyerarşik yapı içerisinde dikey fakat piyasaya entegre edilmiş şekilde spot sözleşmeler, ortak girişimler ve diğer sözleşmelerle görülmesinin gerektiğini açıklayan teoridir (Preker vd., 2000: 781).

Bireysel mülkiyet hakları teorisi ise özel mülkiyetin performansa yönelik etkilerini araştıran, bunun kamu hizmetlerinin sunumunda nasıl yardımcı olacağını açıklayan bir yaklaşımdır. Kamu hizmetlerinin sunumunda özel mülkiyet ile kamu mülkiyeti arasındaki performans farklarına vurgu yapar (Preker vd., 2000: 781)

Devletin neoliberal reformlar doğrultusunda yeniden yapılandırılması sürecinin kamu yönetimi alanındaki karşılığı tüm bahsedilen bu teorilerin Yeni Kamu Yönetimi (YKY) ekolünün altında somutlanması olmuştur.

YKY anlayışı eski kamu yönetiminin verimsiz olduğu sonucundan yola çıkarak kamu hizmetlerinin organizasyonun her bir birim için kendi iç organizasyonu olan ticari birimlere dönüştürülmesini, bu birimler arasında rekabetin sağlanmasını, kendi otonom yönetimlerinin ve iş planlarının oluşturulmasının, kamunun özel sektörlerle rekabetinin sağlanmasını, yönetimlerin profesyonelleşmesini, kamu sektörü ile özel sektör arasında rekabetin kurulması için sözleşmelere dayalı iç piyasanın oluşturulmasını savunur. Özel sektör iş görme yöntemlerinin kamu sektörüne uygulanmasını, kamu sektöründeki emek süreçlerinin daha kontrollü hale getirerek dönüştürmesini, performansa, çıktılara, verimliğe işaret eden piyasa değerlerini önceleyen önermelerde bulunmaktadır. YKY anlayışı kamunun iş görme tekniklerinin tamamen dönüştürmeyi amaçlayan, kamu sektörü ile özel sektör arasındaki ayrımları minimize eden neoliberal dönemin devlet anlayışıdır (Hood, 1995: 95-96).

YKY ekolü kuramsal olarak yeni kamu işletmeciliği ve buna bağlı gelişen kamu tercihleri ekolü ile yakından ilişkilidir. Kamu işletmeciliği yaklaşımı kamu hizmetlerinin, piyasa ve özel sektöre devredilerek özelleştirilmesi, özeleştirilemeyenlerin de kamu tarafından piyasa şartlarına uygun olarak üretilmesinin uygun çözüm olduğu önermesini yapmaktadır. Kamu işletmeciliği yaklaşımı, piyasa modelini ve rekabet ortamını kamunun sorunlarının tek mümkün çözümü olarak önermekte, kamu yararı, toplumsal fayda, eşitlik, adalet gibi ilkeleri de piyasa modeli temelinde yeniden tanımlamaktadır (Ataay ve Kalfa, 2008: 231).

Tüm bu gelişmelerle birlikte kamu yönetimi literatüründe daha yeni bir gelişme olarak yönetim anlayışı ortaya çıkmıştır. Yönetişim kamu ve özel sektörler arasındaki sınırların genel olarak bulanıklaşmasına tepki olarak, otoriteye ve hükümetin yaptırımlarına başvurmeyen mekanizmaların geliştirilmesi gerektirdiğini ileri sürmektedir (Jooste, 2008: 10). Yönetişim ile devletin sahip olduğu karar alma süreçlerindeki söz hakkının özel sektör ve sivil toplum kuruluşlarıyla paylaşması, devletin geleneksel görevlerinin bir kısmının devlet dışı kurumlara aktarılması öngörülmektedir (Güzelsarı, 2003: 20).

YKY anlayışının teorik temellerinden olan kamusal tercih kuramının kamu harcamaları ve KYK anlayışına ideolojisini vermesi açısından özellikle vurgulanması gerekmektedir. Yaklaşım piyasaların iyi çalışmadığı ve devlet müdahalesi gerekliliğini savunan piyasa aksaklıkları teorisine karşı kolektif aksaklıklar kuramını ve devlet faaliyetlerini sınırlamak için anayasal iktisat kuramını ortaya koymuştur. Kamu tercihleri kuramı devlet harcamalarının neden büyüdüğünü açıklayarak bu nedenleri ortadan kaldırma amacını taşır (Arın, 2013:268). Bu yaklaşıma göre piyasa başarısızlıklarını düzeltmeyi hedefleyen devlet müdahaleleri özel sektöre göre daha az etkindir, güçlü çıkarlar yaratır, rantlara, yolsuzluğa sebep olarak özel sektördeki kaynak dağılımının bozulmasına neden olur. Çözüm ise piyasa mekanizması olarak sunulmaktadır. Devlet harcamalarının oybirliği, hiç olmazsa büyük oy çokluğu gerektiren anayasal kurallara bağlanmasını, kolektif karar alma alanının daraltılmasını, böylece bu tür kararları siyasal alanın dışına çıkarmayı amaçlamaktadır (Arın, 2013: 272).

Kamu tercihleri yaklaşımı piyasa aksaklığı durumunda ortaya çıkan bölüşüm sorunlarının ve piyasa aksaklıklarının giderilmesi için mevcut girişim özgürlüğünün, mülkiyet haklarının ve ayrıcalıklarının devlet faaliyetleriyle sınırlandırılmasına ilişkin Keynesyen dönemde oluşmuş anlayışı tamamen reddeder. Kamusal tercih kuramının önceliği mülkiyet haklarının ve gelir dağılımının elde edilmiş mülkiyet ve mevcut ayrıcalıkları koruyacak bir biçimde kurulmasını ve sürdürülmesini önceleyen liberal bir sosyal düzendir (Arın, 2013: 296). Kamuu tercihleri yaklaşımı sosyal hak temelli vatandaş anlayışından müşteri temelli anlayışa geçişi savunmaktadır. Yaklaşımın temeli bireycilik ve rasyonalitedir. Kamu tercihleri kuramı,

kamusal tercihi, kolektif kararların alınması mekanizması ve temsili demokrasinin kurallarının incelenmesi çerçevesinde kurgularken bireyin rasyonelliğinden varsayımı hareket etmektedir (Arın, 2013: 2171). Birey değerlendiren, seçen, tercihte bulunan olarak tanımlanır. Bireyler tercih yaparak fayda maksimizasyonu gerçekleştirir ve tercih yapılabilmesinin koşulu ise alternatiflerin varlığıdır. Bireysel çıkarlar ve istekler hem piyasada hem de devlet faaliyetlerinin açıklanmasında yeterlidir; kamu yararı bireylerin çıkar ve isteklerinin sonucudur. Bireyler piyasa sürecinde olduğu gibi kamu hizmetleri taleplerinde de kendi çıkarlarının peşinde koşmaktadır².

Bu yaklaşımın temel hedefi ulusal gelirin büyük kısmının harcandığı sosyal harcamaların azaltılmasıdır. Gelir düzeyi düşük olan ve çoğunluğu oluşturan kalabalıklar oyları ile politikacıları tehdit ederek demokrasi adına büyük sosyal haklar elde etmiş ve bunun yükünü de gelire göre artan ortan vergilerle, yatırım yapması gereken yüksek gelirli kesime yani sermaye kesimine yüklemiştir. Bu görüşlerle birlikte devletin küçültülmesi akımı ve politikaları başlatılmıştır (Arın, 2013: 272).

YKY anlayışı tüm diğer teoriler ve kamu tercihleri yaklaşımıyla birlikte ele alındığında kamu hizmetlerinin görülme şeklini özel sektör tekniklerine uyumlaştırmayı savunurken, vatandaşlık tanımında hak temelli sosyal vatandaşlık yerine bireysel faydasının peşinde koşan tüketici anlayışına, devlet faaliyetinde ise küçülmeyi savunmaktadır.

1.6.3. Sağlık Sistemine Özgü Nedenler

Sağlık reformları tartışmasında, sağlık sistemlerinin çok maliyetli olduğu, sağlık harcamalarının ekonomik kalkınma üzerinde bir yük oluşturduğu görüşü öne çıkmaktadır. Bu yaklaşım, sağlık hizmetlerine bakışta köklü bir değişim yaratarak, toplumsal bir risk karşısında kolektif bir mücadele yaratma anlayışından, sağlık hizmetlerini sermaye birikimini destekleyen bir unsur olarak gören anlayışa geçiş yansıtmaktadır. Yaşanan bireyselleşme ve ticarileşme sürecinde, sağlık hizmetlerinde dayanışma kavramının yerini kişilerin ve sermayenin çıkarları almaktadır.

1.6.3.1. Sağlık Harcamalarındaki Artış

İkinci Dünya Savaşı sonrasında uygulanan Keynesçi sosyal devlet uygulamaları ile birlikte Beveridge ve Bismarckçı sağlık sistemleri ortaya çıkmış, genel ve yaygın olarak tüm topluma standartlaşmış sağlık hizmeti sunulmuş sonuç olarak sağlık harcamaları artmıştır.

2 http://www.canaktan.org/ekonomi/anayasal_iktisat/buchanan-life-legacy/turkce-kaynaklar/buchanan-kamu-tercihi.html (erişim tarihi: 03.02.2018).

Vatandaşların sağlık hizmeti kullanımı geometrik olarak artmıştır (Belek, 2013: 23).

20. yüzyıl boyunca sağlık sistemlerinin kurumsallaşmasıyla birlikte sağlık çalışanlarının sayısı da artmıştır. Sağlık hizmeti basit olarak hizmet sunucudan hastaya doğru gerçekleşen bir hizmet üretimi olarak düşünülse de aslında büyük ölçekli yatırımları gerektiren, pahalı teknolojik malzemelerin kullanıldığı bir hizmet sunumudur. Sağlık alanına ilişkin malzemeler piyasada kar elde etmek üzere bulunan ilaç endüstrisinden ve çok kompleks pahalı teknolojik malzemeler satan medikal ve tıbbi endüstrilerinden temin edilmektedir. Sağlık sistemlerinin standartlaşmasıyla birlikte ilaç ve tıbbi malzeme talebi artmış, sağlıkla ilgili endüstrilerin talebi artırmakla ilgili çabaları sağlık sistemlerine maliyet baskısı oluşturmuştur (Freeman ve Moran, 2000: 36).

Toplumun sağlık hizmetlerine ilişkin beklentisinin sürekli olarak artması, sağlık sistemlerinden her geçen gün pahalı teknolojilerin kullanılmaya başlanması, nüfustaki yaşlanmaya eşlik eden demografik değişimin sağlık harcamalarını artırdığı reform tartışmalarında en çok dile getirilen argümanlardır (Leys, 2011: 33).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ilaç harcamaları hızla yükselmektedir. Harcamaların yükselme nedeni tıbbileşme ve ilaca yönelme olarak iki başlık altında toplanabilir. Tıbbileşme, önceden tıbbi bir durum olarak ele alınmayan durumların, sonraları hastalık, işlev bozukluğu sınıfına dâhil edilip tıbbi tedavi kapsamına sokulmasıdır. İlaça yönelme ise bireyler ve sağlık hizmeti yöneticilerinin hafif rahatsızlıkları bile ilaçla çözme yoluna gitmesidir. Tıbbileşme ve ilaca yönelme sağlık harcamalarını artırmaktadır (Applbaum, 2011: 101).

Sağlık kaynakları hakkında karar verme süreçleri sağlık hizmeti ve toplum arasındaki ilişkiden ziyade tıp mesleği mensupları ile siyasal iktidarlar arasında yoğunlaşmaktadır. Büyük ilaç şirketlerinin doktor ve devletler üzerinde gücü artmıştır. Tıp mesleği büyük boyutta ilaç şirketlerinin etkisi altındadır. Şirketler doktorların kendi ilaçlarını yazmaları için çok büyük miktarda harcamalar yapmaktadır (Mooney, 2013: 29).

Sağlık harcamalarındaki artışın sağlık reformlarının nedeni olduğuna eleştirel olarak yaklaşanlar, sağlık harcamaları artışının gerçekte sınırlı olduğu, harcama düzeyinin siyaset tarafından belirlendiği, sağlık harcamalarının ne kadarının aşırı ya da fazla olduğunu belirleyen şeyin ise toplumun tercihi olması gerektiğini savunmaktadır. Önemli olanın ulusal gelirin ne kadarının sağlığa harcandığı değil, vergilerden ya da kamusal kaynaklardan karşılanmakta olan harcama tutarıdır (Leys, 2011: 34).

Tıbbi teknolojilerin tüm dünya sağlık sistemleri üzerinde harcamaları artırıcı bir etkisi vardır (Ağartan, 2007: 46). Bununla birlikte nüfusun yaşlanmasının ve yeni teknolojilerin,

ilaçların sistem içerisine dahil olarak sağlık harcamalarını artırdığı yaklaşımına eleştirel yaklaşanlar ise yeni teknolojilerin ve ilaçların hastanede kalış süresini kısaltarak veya tümünden ortadan kaldırarak giderleri düşürdüğünü, nüfustaki yaşlanmaya bağlı sağlık harcaması artışının ise aşırı şekilde abartıldığını, yaşlanan nüfusla birlikte sağlıklı geçen sürenin arttığı, sağlık harcamalarının yarısının insan ömrünün son birkaç ayında yoğunlaştığını iddia etmektedirler (Leys, 2011: 34).

Artan ilaç ve teknoloji harcaması sağlık ortamını bir sektör, sağlık hizmeti üreten kurumları bir şirket haline dönüştürürken sağlık harcamaları ekonominin genelinde nicelik olarak büyük boyutlara ulaşmıştır. Bu artışlar kamu maliyesi üzerinde basınç yaratmış bir yandan sağlık hizmeti sunumu üzerinden sermaye birikimi sürecine dahil olan sermaye kesimi ile artık sağlık harcamalarına katlanmak istemeyen sermaye kesiminin çeşitli reform taleplerinin savunucuları haline getirmiştir. Her iki kesimin de ortaklaştığı nokta ise sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanındaki geleneksel devlet-özel rollerinin yeniden tanımlanarak neoliberal dönemin ruhuna uygun şekilde yapılandırılmasıdır (Belek, 2013: 24).

1.6.3.2. Sağlık Hizmetlerine Bakıştaki İdeolojik Dönüşüm: Neoliberal Anlayışın Sağlık Hizmeti Anlayışına Egemen Olması

Neoliberalizm mülkiyet hakları, bireysel özgürlük, serbest piyasa, serbest ticaretle karakterize edilmiş kurumsal yapılar vasıtasıyla kişinin kendisi için en iyiye serbest girişimcilik ruhuyla maksimize edeceğini savunan ekonomik ve politik pratikler teorisidir. Devletin rolü bu pratikleri sağlayacak kurumsal yapının oluşturulmasıdır. Devlet para piyasalarının düzgün işlemesi, bireysel mülkiyet haklarının korunması, güvenlik, savunma hizmetleri ve piyasanın düzgün işlemesi için görev almalıdır. Eğer sağlık, eğitim, sosyal güvenlik alanlarında piyasalar yoksa devlet bunları kurmalı fakat kesinlikle bu alanlara ilişkin girişimde bulunmamalıdır. Piyasalar kurulduktan sonra devlet bu alanlara minimum şekilde müdahale etmelidir (Harvey, 2006: 145).

Neoliberalizm ekonominin her alanında, dahası toplumun genelinde piyasaya ve piyasanın kaynakları verimli kullanma kapasitesine duyulan inanca sıkı sıkıya bağlıdır. Neoliberalizm taraftarları iyi bir toplumun doğasının, kişilerin kendi bireysel çıkarlarını maksimize etmek için istedikleri gibi tercih yapabilme haklarına dayandığına inanırlar. Bireysel özgürlüğün yüceliği savunulur, bir bütün olarak toplumun iyiliğini, basit şekilde bireylerin iyiliklerinin toplamı olarak tanımlarlar (Mooney, 2013: 66-67).

David Harvey'e (2012:19) göre neoliberalizm, kapitalizmin 1970'li yıllarının krizi içinde oluşan bir sınıf projesidir. Bireysel özgürlük, hürriyetler, kişisel sorumluluk vurgusunun

özelleştirmenin, serbest piyasa ve serbest ticaretin erdemleri konusunda bir retoriğin arkasına gizlenerek kapitalist sınıf iktidarını yeniden tesis etmeyi ve sağlamlaştırmayı acımasız politikalar ile meşrulaştırmıştır.

Neoliberalizm yalnızca iktisadi politikalardan ibaret olmayıp, iktisadi alanın ötesine taşan, toplumun kültürel ve politik yapılarını ve ilişkilerini dönüştüren bir tutum ve ideolojidir. Neoliberal dönüşümün temel belirleyicileri büyük oranda sermayenin sınıfsal tepkileri olmuşsa da bu dönüşümün tamamlanabilmesi için gerekli olan meşruiyet zemininin sağlanabilmesi, neoliberal politikalara kitlesel desteğin alınabilmesine bağlıdır (Karahanoğulları ve Gürkan, 2014: 7).

Neoliberal politikalar ile müdahaleci devletin, sosyal vatandaşlık anlayışının sağladığı sosyal kazanımları garantilemesini öngören Keynesçi anlayış zayıflarken, diğer yandan Reagan ve Thatcher hükümetleriyle özdeşleştirilen yeni muhafazakarlık tüm dünyada hızla yayılmıştır (Ağartan, 2007: 42).

Devlet ve finans arasındaki ilişki yeniden tanımlanmış, finansal sistemin ulusal ve uluslararası derüğüasyonu ile birlikte borca dayalı finansmanın önü açılmış, kamusal hizmetlerin sunumu yeni bir programa bağlanmıştır. Gerileyen sermaye karlılığı için ücret baskılaması amacıyla sendikalar ve işçi hareketi ideolojik ve politik saldırıya uğramış ve devletin sosyal hizmetleri azaltılmıştır. Dünyanın zihinsel olarak kavranış biçimleri bireysel özgürlüklerin zorunlu olarak serbest piyasalarda ve serbest ticarete cisimleştiğine dair inanç ile mümkün olduğunca yeniden şekillendirilmiştir. Bu devletin sosyal hizmetlerin sağlanmasından çekilmesine ve 1970'li yılların başında kurulmuş olan düzenleme ortamının tedrici olarak çözülmesiyle desteklenmiştir. Postmodern kentleşme stilinde benlik odaklı bireycilik, kimlik politikası, çok kültürlülük ve bireyselleşmiş hayat tarzları ortaya çıkmıştır. Para kazanma, borçlanma, varlık değerleri üzerinden spekülasyon, kamu varlıklarının özelleştirilmesi olağanlaşmış ve kişisel sorumluluk bütün toplumsal sınıflarda bir kültürel norm olarak benimsemiştir. Piyasa koşullarında kişisel sorumluluğu yerine getirmedeki noksanlıklar piyasanın değil kişinin kendisinde olduğuna ilişkin kavrayış toplumsal norm haline dönüşmüştür (Harvey, 2012: 138-139).

Neoliberal program olabildiğince fazla toplumsal alanı siyasi alanının dışına çıkararak, özel mülkiyeti koruma adına iktisadi ve siyasi alanlar arasına mesafe koymuş, demokrasinin iktisadi meselelerle ilgilenme yetisini sınırlandırmıştır. İktisadi meselelerin siyasi otoritelerden yalıtılması devletin zayıf olduğu anlamına gelmez. Aksine neoliberalizmin, özel mülkiyetin önceliğini güvence altına alacak, piyasaların toplum üzerindeki egemenliğini muhafaza edecek, böylece demokratik iktidarın gücünü sınırlandırabilecek güçlü bir devlete ihtiyacı vardır

(MacEwan, 2014: 285).

1970'lerden sonra sermaye fazlalarının emilmesi, sermayeye daha fazla alan bulunması için devletin yönettiği işletmelerin tanım gereği düşük etkinliği olan, gevşek kurumlar olduğu bunların performansının iyileştirilmesi için ise tek yolun bu kurumların özel sektöre devretmek olduğu türündeki doğma temelinde dev bir özelleştirme dalgası ortaya çıkmıştır. Bu doğmanın ciddi bir inceleme karşısında tutunabilmesi mümkün değildir. Örnek vermek gerekirse ABD'nin özel sigortaya dayalı sağlık sistemi ile ülkedeki devletin yönettiği sağlık programı karşılaştırıldığında özel sağlık sistemi savurgan ve düşük etkinliğe sahiptir. Fakat devletin yönettiği sektörler, başka gidecek yeri olmayan sermaye fazlası için özel sektöre açılması gerekmiş; su elektrik, telekomünikasyon, ulaştırma, toplu konut, kamu eğitimi, kamu sağlık hizmetleri gibi kamusal hizmetler özel sektöre ve piyasa ekonomisinin kaderine terk edilmiştir (Harvey, 2012: 39).

Kamu tarafından sunulan ve finanse edilen sağlık hizmetlerinin kar getiren metalara dönüştürülmesi ve toplum tarafından benimsenmesinin hem bir toplumsal davranış sistemi hem de düşünce sistemine dönüştürülmesi neoliberalizmin geniş ölçekte kurduğu egemenlikte yatmaktadır. Neoliberalizm her şeyin eninde sonunda bir meta olduğu fikrini, toplumun ortak akı haline getirmeyi başaramıştır. Ücretsiz sunulan tedavi hizmetleri karşısında insanlar sağlık hizmetlerini bir tüketim malı, kendilerinin de bunun bedelini ödemek zorunda olan müşteriler olarak görmeye başlamıştır (Leys, 2011: 40).

Keynesyen müdahaleci devlet anlayışı döneminde sisteme meşruiyet kazandırma işlevi çerçevesinde sağlık hizmetlerinin kalitesi ve ulaşılabilirliği birincil öneme sahip kavramlar iken sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde neoliberal ideolojiyle başarıyla bütünleştirilmiş üretkenlik, verimlilik, tercih gibi kavramlar ön plana çıkmıştır (Leys, 2011: 33).

Kamusal sağlık hizmetlerinin standart halde bir sistem içerisinde sunulmasıyla birlikte, özel sağlık sektörü hemen her ülkede kamusal sağlık sisteminin yanı sıra varlığını sürdürmüş ve ödeme gücü olanlar için benzer hizmetler vermiş, kar alanları iyice düşünülmüş seçilmiş otel tipi yatarak tedavi olanakları ve tedavi için kısa bekleme süreleri sunulmuştur. Pahalı olması sayesinde, metalaştırılmış hizmetlerden oluşan bir model ortaya konulabilmiştir. Bu şekilde bir hizmet farklılaşması, özel sağlık hizmetlerinin kamu sağlık hizmetlerine göre daha kaliteli ve ihtiyacı karşılar yanılsaması yaratmıştır. Kâr amaçlı sağlık hizmetlerinin, devlet eliyle sunulan ya da kâr amacı gütmeyen hizmetlere göre daha verimli olduğu iddiası zamanla genel kabul görür hale gelmiştir (Leys, 2011: 39).

Sağlık hizmetlerinin piyasalaşmasına giden süreçte toplum desteğinin sağlanmasında mevcut sağlık sistemlerinin yanlış yönetilmesi etkili olmuştur. Sağlık sistemleri hantal bir

bürokrasi tarafından işletilmiş ve yönetilmiştir. Siyasetçiler, özel çıkarlar doğrultusunda sisteme müdahale etmeye daima yatkın olmuşlar, devletçe koyulan bütçe sınırlamalarına tabi oluşları nedeniyle bütçe kısıntıları gibi uygulamalar sisteme erişimin kısıtlanmasına neden olmuştur (Leys, 2011: 38).

Piyasa temelli sağlık reformları savunucuları hasta ile doktor arasındaki ilişkiyi yeniden tanımlamıştır. Hasta, tüketici olarak doktorun otoritesine karşı çıkmalı ve seçme hakkıyla tüketici konumunu sağlamlaştırmalıdır. Sağlık ekonomistleri tarafından neoliberal dönemde bu bakış açısı teorileştirilmiştir (Stone, 1997: 541-543).

Neoliberal dönemde sağlık üzerindeki tartışmalar, sağlığın sosyal belirleyicileri olan yoksulluk, eşitsizlik, eğitim ve barınma gibi temel parametrelerden ziyade sağlık hizmetleri üzerine odaklanmıştır. Sağlık hizmetleri sadece hastalık bakımına odaklanmış ve sağlığın sosyal belirleyicilerinin sağlık politikalarına intibak etmesi başarısız olmuştur (Mooney, 2013: 27).

1.7. Sağlık Sektörünün Sermaye Birikimine Destek Bir Sektör Olarak Yeniden Tanımlanması: Sağlık Sistemleri Reform Pandemisi

İkinci Dünya Savaşı sonrasında 1930'ların Büyük Bunalım'ının ve savaşın yarattığı yıkımı ortadan kaldırmak, kapitalist sisteme küresel istikrar kazandırmak adına IMF ve Dünya Bankası kurulmuştur. IMF kapitalist sistemin krize girmemesi için küresel toplam talebi korumak gibi piyasaların her zaman da iyi çalışmadığına hatta kötü işlediğine dair Keynesyen bakış açısının ürünüdür. Dünya Bankası ise özellikle azgelişmiş ülkelerin kalkınmalarına katkı sağlamak gibi bir görevi vardı. Zamanla bu perspektifler değişime uğramıştır. Özellikle 1980'lerle birlikte Ronald Regan ve Margaret Thatcher'ın ABD ve İngiltere'de iktidara gelmesiyle birlikte IMF ve Dünya Bankası kaynak ihtiyacı olan fakat serbest piyasa ekonomisine geçmeye gönülsüz ülkeleri bu ekonomik programa ikna etmeye çalışan misyoner kurumlara dönüşmüştür. IMF, Dünya Bankası ve ABD Hazinesi arasında varılan anlaşmayla birlikte, bu kurumlar ekonomik kalkınma ve istikrara bambaşka bir bakış getiren Washington Uzlaşması'nın bir parçası olarak serbest piyasa mantığının yürütücüsü olmuştur (Stiglitz, 2002: 34-37).

İki kurumun görevi ayrıyken dönem içerisinde faaliyetleri daha çok birbiri içine geçmeye başlamıştır. Dünya Bankası yol, baraj gibi projelere kredi vermenin ötesine geçip yapısal uyum kredileri altında IMF'in onayına tabi olan daha geniş kapsamlı destek sunmaya başlamıştır. IMF'in onayı ülkelere dayattığı şartlara bağlanmış, IMF zamanla gelişmekte olan ülkelerin ekonomilerinde önemli bir aktör haline dönüşmüştür (Stiglitz; 2002: 35).

Washington Uzlaşması, ABD ve uluslararası kuruluşlar tarafından gelişmekte olan ülkeler için tanımlanmış temel bir pakettir. Bu paketin içerisinde ticari ve finansal piyasaların serbestleştirilmesi, devlet işletmelerinin özelleştirilmesi, bireysel mülkiyet haklarının korunması vardır. Washington Uzlaşması'nın temel argümanı eğitim, sağlık ve altyapı gibi harcamalarının kısılması, devletin savunma ve yönetsel harcamalara odaklanması gerektiğidir (Noy, 2017: 7).

1980'lerle uluslararası kalkınma literatüründe yapısal uyum kredileri çokça anılmaya başlanmıştır. Borç alan ülkelerin dış kreditorlere olan borçlarını ödenmesini garanti altına almak ve bu ülkelerin kendi ekonomilerini yeniden düzenlemeye yardımcı olmak adına yapısal uyum kredileri verilmeye başlanmıştır. Hem mevcut borçların hem de IMF, Dünya bankasına olan borçların yeniden taksitlendirilmesiyle ilgili şartlar gıda gibi temel tüketim başlıklarında sübvansiyonların azaltılmasını, ithalat ve doğrudan yabancı yatırım engellerinin hızla ortadan kaldırılmasını, özellikle sağlık, eğitim ve konut sağlamaya yönelik devlet harcamalarının kısılmasını, özelleştirmenin borçları ödemeyi sağlayabileceği varsayımı ile kamu iktisadi teşebbüslerinin hızla özelleştirilmesini sağlamaya çalışmıştır. Böylelikle ulusal ekonomileri, uluslararası küresel pazar ile bütünleştiren politikalar Dünya Bankası ve IMF tarafından desteklenmiştir (Labonte ve Schrecker, 2009: 13).

Keynesyen sosyal devlet döneminde sağlık hizmetleri üretimi üzerinden para kazanılabilecek bir sektör haline dönüşmüştür. Sağlık hizmetinin finansman yöntemi olan sağlık sistemi modelleri başlangıçta ekonominin talep kısmında etkiler yaratarak ekonomiyi düzenleme amacıyla kurulmuşsa da zamanla sağlık sistemleri ekonominin arz tarafında da etkiler yaratmaya başlamıştır. Sistemler tıbbi teknoloji, medikal endüstri ve ilaç sanayini içerecek şekilde kapitalist ilişkiler sarmalına dahil olmuştur. İlaç tüketimi artmış ve pek çok değişik ağır ve pahalı teknoloji bu dönemde kullanılmaya başlamıştır. Bütün bunlar sağlık hizmeti üretiminin para kazanılabilir sektör olarak olgunlaştırmıştır. Sağlık sistemlerinin kurulduğu dönemde sistemin kendisi sağlık alanındaki sermaye birikimine yön verirken, zamanla sermaye birikiminin kendisi sağlık hizmetlerinin talebine yön verir hale gelmiştir. Sağlık hizmetlerine olan talep ve harcama bileşimi sermaye birikiminin ihtiyaçlarına göre şekillenmeye başlamıştır (Belek, 1996: 9; Belek, 2013: 23-24).

1970'li ikinci yarısından itibaren kapitalizmin birikim krizinin çözümüne yönelik olarak, toplumsal yaşantının bütün alanları güncellenir yapılandırılırken, sağlık alanında da benzer gelişmeler yaşanmıştır. Küresel sermaye ve uluslararası örgütleri, sağlık hizmetlerine talebin boyutunu, genişleme potansiyelini ve kısırtılabilirliğini fark ederek, sağlık alanının yeni bir birikim yani artı değer elde etme alanı olabileceğini belirlemiştir. Sağlık alanının

birikim alanı haline getirilebilmesi için bu alanının sermayenin yatırım yapabileceği ve artı değerini maksimizasyonunun sağlanabileceği biçimde düzenlenmesi için gerekli olan hem yapısal hem de fonksiyonel girişimlerde bulunulmuştur (Hamzaoğlu, 2013: 173).

Sağlık alanında sermaye birikiminin sağlanması iki ana strateji üzerinde işlemektedir. Bunlardan ilki el koyarak birikim adı verilen neoliberal dönemdeki birikmiş olan fazla sermayenin kamu varlıklarını özelleştirme ve piyasalaştırma ile ele geçirmesidir. Yıllar boyu verilen sert sınıf mücadeleleriyle elde edilmiş emeklilik aylığı, refah hakkı, sağlık güvencesi gibi hakların özel sermayeye terkedilmesidir. El koyarak birikimin işlevi, bir dizi varlığı düşük maliyetle sermaye birikiminin hizmetine sokmasıdır (Harvey, 2004: 123-124). Sağlığın siyasi bakımında benzersiz bir manzara sergilemesi nedeniyle, kamu eliyle sunulan sağlık programları, farklı düzeylerde de olsa toplum tarafından sahiplenilip savunula gelmiştir ve özelleştirme ve ticarileştirme süreçleri, sağlıkla bağlantılı hale geldiğinde dirençle karşılaşmıştır. İkinci strateji ise daha derinden sistemi kendi içerisinde sermaye birikiminin ihtiyaçları çerçevesinde dönüştüren bir stratejidir. Sağlık alanında sermaye birikimine giden yolları sağlama almak ya da genişletmek istediğinde kurumları ehlileştirme yoluyla sermaye birikimi tavrını benimsenmiştir. Bu tanımlamaya göre, sermaye grupları kendi faaliyet ortamını mevcut şartlar ve olası koşullar çerçevesinde en uygun hale getirme çabasıdadır. Kurumların ehlileştirilmesi, sağlık endüstrisine bağlı aktörlerin değişime uğratılan mevcut kurumsal yapıdan mümkün olan en fazla faydayı elde edebilmesini sağlayacak bir ortamın olanaklı kılınmasıdır. Pazar rekabetinin veya yerine geçecek benzer yapıların amaçlandığı durumlarda, başta devlet olmak üzere, belli sağlık alanları üzerindeki kurumsal egemenliğin parçalanması ve dağıtılması en üst sıraya yerleştirilir, ancak bunun için kurumsal yapının kendisinin aşındırılması veya dağıtılması gerekmez. Özellikle siyasi ortam gereği sektörün izleyeceği en iyi strateji kendi çıkarlarına uygun mevcut düzenlemelerin korunmasıysa, bu süreç pekâlâ söz konusu yapıların ayakta tutulması ve hatta büyütülmesi anlamına da gelebilir (Leoepky, 2008: 77).

Nüfustaki yaşlanma, yeni teknolojilerin kullanılması, kamunun işsizliği, kamu harcamalarının sınırlandırılması gerekçelendirilen bir sağlık kriz senaryosu ortaya çıkmaktadır. Maliyet artışıyla karakterize bu sağlık krizini engellemek ve ortadan kaldırmak için de sağlıkta reform uygulamasının zorunluluğu neoliberal dönemde Dünya Bankası gibi uluslararası kuruluşlarca savunulmuş, ulusal ve uluslararası gündem haline getirilmiştir (Hamzaoğlu, 2013: 174).

Toplum ve Hekim Dergisi'nin 42 ülkenin sağlık sistemini incelendiği bir çalışmada üç ülke dışındaki 39 ülkede varsayılan sağlık krizinin çözümü için önerilen reform önerilerinde

aslen hiçbir farklılık görülmemektedir. Sağlık alanında aşırı maliyetlerden kaynaklanan bir sağlık krizi tanımlanmış, krizin çözümü için ise sağlık reformu paketi ve uygulamalarına tanık olunmuştur. Her ülkenin tarihsel gelişimi, ekonomik ve sosyal yapısı ile sağlık hizmeti sunma yöntemi olan sağlık sistemleri farklılık göstermesine rağmen tek tip reform reçetesi ile devletin sağlık alanındaki konumu yeniden belirlenmiş, piyasa ve piyasa aktörlerine alan açılmış, sağlık alanı bir birikim alanı olarak yeniden tanımlanmıştır (Hamzaoglu, 2013: 175).

Sağlık reformu başlığı altında pek çok politik strateji bulunmaktadır. Bunlardan bir kısmı hizmet finansmanı, bir kısmı birinci basamak ve hastaneler olmak üzere hizmet üretimiyle bir kısmı ise sosyal devlet döneminde sağlık hizmetleri üretiminin esas sorumluluğunu üstlenmiş sağlık bakanlıklarının yapısıyla ilgilidir (Belek, 2013: 33).

Sağlık alanında küresel reform paketinden bahsedilebilir. Bunlar genel başlıklar halinde sağlık sisteminin sunum ve finansmanın özelleştirilmesi, sağlık sisteminin sunum ve finansmanın liberalize edilmesi ve kamusal kapasitenin sınırlandırılmasıdır.

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK REFORM UYGULAMALARI

2.1. Sağlık Hizmetlerinin Sunumundaki Dönüşüm: Sağlık Hizmet Piyasasının Yaratılması

Özelleşme literatüründe, liberalleşme ile özelleştirme birbirinde ayrı kavramlar olarak ele alınmaktadır. Özelleştirme kamu varlıklarının devletten alınıp özel mülkiyete devredilmesi iken liberalleştirme, kamu hizmetleri için rekabetin devreye sokulması, aynı hizmet için birden fazla tedarikçiye pazara giriş izni verilmesi, tüketicilere de farklı tedarikçiler arasında tercih olanağının sunulması olarak tanımlanır. Bu bağlamda sağlık hizmetleri piyasasının yaratılmasına ilişkin reformlar sağlık hizmetlerinin liberalleşmesi, sağlık hizmetlerinin devletçi karakterinin aşındırılması anlamına gelmektedir (Hermann, 2011: 143).

Bir kamu hizmetinin metalaştırılabilmesinin dört koşulu bulunmaktadır. İlk olarak, hizmetlerin satılabilir birimler, yani fiyatlanabilir hizmet paketleri haline getirilmiş olması gerekir. İkinci olarak, insanların daha önceden sunum noktasında ücretsiz edinebildikleri bir şeyi satın almaya ikna edilmeleri gerekmektedir. Üçüncü olarak işgücünün hizmet etiğiyle hareket eden bir ekip olmaktan çıkıp kar üretmeye odaklı bir ekibe dönüştürülmesi gerekir. Ve dördüncü olarak da özel sermayeyi sağlık hizmetlerini bir meta gibi üretmeye ikna edebilmek için riskin bütünüyle devlet tarafından üstlenilmesi gerekir (Leys, 2007: 104).

2.1.1. Sözleşme Mantığının Sağlık Sistemine Hâkim Kılınması: Sağlık Hizmetleri İç Piyasasının Oluşturulması

Neoliberal sağlık reformları kamusal alanda rekabet ortamının yaratılmasını amaçlar. Kamu sektöründe piyasa mekanizmalarının kurulması için rekabetçi baskılar yaratmak ve eskiden kamusal alanda, kamusal şekilde üretilen mal ve hizmetlerin yarı piyasa veya iç piyasaya benzeyen bir ortamda sunumunun gerçekleştirilmesi amaçlanır. Hizmet sunucuların baskın olduğu piyasada hizmet sunumuyla finansmanı birbirinden ayrılır. Kamu adına hareket eden bir otorite kamu ya da özel hizmet sunan aktörlerden sözleşmeler aracılığıyla hizmetleri satın alır (Mills, 1997: 259).

Piyasa ilişkilerini kamusal alana taşınması ve piyasa ilişkilerinin yaratılması için hizmet sunan birim ile hizmeti finanse eden yapıların ayrıştırılması yoluna gidilmektedir. Merkezi ve sistem içerisinde birbirine zincirleme bağlı kamusal hiyerarşi bir kez birbirinden koparıldıktan sonra hizmet sunan birimlerin hesap verilebilirliğini ve sorumluluğunu artırmak adına

sözleşmelere dayalı yeni bir sistem oluşturulur (Lister, 2006: 36).

Sağlık hizmetlerinin finansmanın ve sunumun ayrıştırılmasının çeşitli satın alma yöntemleriyle verimliliği artıracığı, sağlık hizmetlerinde rasyonalizasyonu sağlayacağı iddia edilmektedir. Bu fonksiyonların birbirinden ayrılması yolsuzlukları engelleyecek, piyasa mekanizmaları olan fiyat, maliyet ve harcama gibi süreçlere daha duyarlı bir hizmet sunum modeli ortaya çıkacaktır (Noy, 2017: 17).

Bu modeli savunanlar kamu hizmetlerinin görülmesinde verimlilikte artışlar olacağını, sağlık hizmetleri üzerinde tüketici tercihi etkisinin artacağını ve bunun sağlık hizmetlerini geliştireceğini savunmaktadır. Teorik olarak sözleşmeler aracılığıyla hizmet satın alınmasıyla birlikte hizmet sunan birimler arasında rekabet ortamı oluşur, bu ise bir bütün olarak hizmetlerin arz tarafında verimlilikle sonuçlanır. Sözleşmelerle yönetilen sağlık sisteminde hizmet sunumu ve finansmanı ayrışmasıyla şeffaflığın sağlayacağı, kalite, fiyat ve hizmet üretimi arasında ilişkinin kurularak, yönetsel sorumlulukla birlikte sistemsel verimliliğin artıracığı ileri sürmektedir (Mills, 1997: 259).

Satın alma ile hizmet sunumu arasındaki ayrıştırmayı teorize edenlerce satın alma ya da geri ödeme kurumlarının ayrıştırılmasının sağlık alanındaki ihtiyaçlar, planlar ve bunlarla ilgili kaynaklar dağılımı yine sağlık sistemi içerisinde fakat farklı sektörler ve onların müdahaleleriyle ilişkilendirmeyi amaçlar. Geleneksel eski sağlık planlama birimlerinin bütçe kaynaklarının dağılımı ile sağlık planları arasında mesafe yarattığı ileri sürülmektedir. Eski bürokratik olarak yöneten yönetilen ayrımına karşı çıkılmaktadır. Kendi kendini yöneten ve sorumlulukları artırılmış hastane yapılarının oluşturulmasında, performans temelli ödeme yöntemlerinin yerleştirilmesinde, çıktı ve kalite odaklı normların kabul görmesinde, kamu sektöründe girişimci kamu anlayışının egemen kılınması hedeflerinin gerçekleştirilmesinde sözleşmelerin işlevsel olduğu savunulmaktadır (Figueras vd., 2006: 48).

Sözleşmeler ile hizmet satın alan ya da alanlar ile hizmet sunanlar arasında aktif bir pazarlık ve anlaşma sürecinin yaratılması amaçlanır. Sözleşme sisteminin işleyebilmesi için ister makro isterse mikro düzeyde olsun kamu iradesinden bir dereceye kadar bağımsızlaşmış, sağlık hizmetlerini finanse eden ayrı satın alma biriminin olması gerekir (Robinson vd., 2006: 31).

Sağlık hizmetlerinin sağlanmasında sözleşmelerin kullanılmaya başlanması sağlık iç piyasasının yaratılması demektir. İç piyasanın kurumsallaşması için için rekabet koşullarının yaratılması, performansa dayalı ödeme şekilleri gibi piyasa temelli davranış biçimlerinin yerleştirilmesi, hasta tercihinin sistemi şekillendirmesine izin verilmesi gerekir (Muschell, 1995: 3).

Devletin aşırı genişlediği, verimsiz olduğu varsayımıyla yola çıkan YKY anlayışının kamu sağlık sektörüne yansması özel sektör tekniklerinin uygulanması olmuştur. Pek çok hükümet eski hiyerarşik entegre yapıyı satın alma ve sunum olarak parçalamıştır. Sağlık hizmeti satın alma ve hizmet sunumu fonksiyonlarındaki parçalanmayı rasyonalize eden temel argüman sözleşmeler yoluyla hizmet sunan birimlerle hizmet satın alan birimler arasında rekabetin sağladığı etkileri yaratmaktadır. Hizmet sağlayıcılar arasında rekabetin maliyetleri düşüreceğine, hizmet satın alan tarafta da daha düşük maliyetten hizmet alımının kaliteli hizmetle sonuçlanacağına vurgu yapılmaktadır. Sözleşme süreci yönetsel sorumlulukların aşağı kademelere indirilmesini sağlar ve hesap verilebilirliği artırır (Palmer, 2000: 822).

Bu varsayımlar mikro ekonomik analizin tam ve iyi bilgiyle donanmış aktörlerin olduğu varsayımına dayanır. Bu varsayımların sağlık sektörüne uygulanabilmesi için rekabeti sağlayacak yeteri miktarda hizmet sunucunun olması; sözleşmelerin özendirici olması, hükümetlerin tüm süreçleri yönetecek ve denetleyecek idari kapasitelerinin olması gerekir (Palmer, 2000: 822).

Sözleşmeye dayalı bu ilişkiler, sağlık sistemindeki maliyetleri sınırlandırmada, verimliliğin artırılmasında, organizasyonel esnekliğin sağlanmasında ve hasta ihtiyaçlarına en uygun şekilde hizmetlerin şekillenmesinde katkı sağlayacaktır. Genel bir varsayım olarak satın alıcının toplum ihtiyaç ve isteklerini dile getireceği ve hizmetlerin dağılımını düzgün bir şekilde sağlamak için planlar yapabileceği düşünülmektedir. Ayrıştırılmış bir hizmet satın alıcı kuruluşun, hizmetlerin kalitesi ve maliyetleri hakkında daha iyi bilgiye sahip olabileceği varsayılmaktadır. Böylelikle politik kararlar ile sistemin öncelikli ihtiyaçları karşılaştırılarak kaynakların daha iyi dağılımı sağlanacaktır. Yaratılan piyasa ilişkisiyle birlikte hizmet sunucular arasında rekabet sağlanacak ve böylelikle maliyetler sınırlandırılarak hizmet kalitesi artacaktır (Tynkkynen vd., 2013: 221).

Sözleşme sistemin sağlık hizmetlerinde eşitliğe, kaliteye ve verimliliğine yol açacağını, kamusal sağlık hedeflerinin geliştireceği, özel-kamu iş birliğini sağlayarak yönetilebilir sağlık piyasası yaratacağı iddia edilmektedir. Bunun içinse sözleşmelerin iyi şekilde tasarlanması, net performans göstergelerinin belirlenmesi, hükümetlerin iyi bir gözlemci olması, gerçekçi fon akış mekanizmalarının yaratılması gerekmektedir (Siddiqi vd., 2006: 867).

Entegre sağlık sistemlerinde sağlık hizmetinin finansmanı ve sunum işlevi bir devlet kurumunda, yani sağlık bakanlığı çatısı altında entegre edilmiş durumdadır. Sağlık bakanlığı, genel bütçeden kendisine ayrılan kaynakla, yani bütçe payıyla, kendi mülkiyet ve işletmesindeki sağlık kurumlarında, kendi personeliyle sağlık hizmeti üreten entegre sistemin parçasıdır. Sağlık reformları sürecinde, piyasa hakimiyeti kurabilmek için öncelikle eleştirilen

bu entegre sistem yapısı olmuştur. Sistem önce üretim ve finansman olarak ikiye parçalanmış sonra da bu ana iki bölüm, özel sağlık hizmet üreticileri ve finansörleri dâhil edilerek daha fazla parçaya ayrılmıştır. Her finansör kurum hizmet üreticileriyle sözleşme esası temelinde ilişkiye geçer hale gelmiştir. Sağlık hizmet sözleşmeleri sağlık piyasanın yaratılmasının temel şekli haline dönüşmüştür (Belek, 2013: 87).

Hizmet sunumu ile finansmanın parçalanarak sözleşmeler yoluyla rekabettin sağlanmasında iki türlü rekabetten bahsedilebilir. Birincisi sağlık piyasasında finansör kurumun belirleyeceği, yöneteceği bir rekabet, yani düzenlenen bir rekabet söz konusudur. Yönetilen rekabette çok sayıda finansörün olması durumunda hem finansörlerin hem de hizmeti üretenlerin arasında rekabet söz konusudur. Düzenlenen rekabette ise sadece hizmetleri üretenler arasında rekabet vardır. Ancak ne olursa olsun rekabeti yaratan ve yönlendiren mali kaynakların esas önemli kısmını elinde tutup kullanan sağlık fonu veya fonlarıdır (Belek, 2013: 88).

Sisteme eleştiren yaklaşanlar için düzenlenen ya da yönetilen piyasada, hizmet üreticilerin kazancı finansörler açısından maliyettir. Bu nedenle hizmet üretenler kazançlarını artırma yollarını aradıkça, finansörler de bu maliyeti baskılayacak, bunun için üretenler arasındaki rekabeti derinleştirecek stratejiler uygulayacaktır. Hizmeti üretenlerin maliyeti düşürmesi, her zaman verimlilik anlamına gelmez. Değişik ödeme mekanizmaları içinde, hizmet üretenler gereksiz işlemler yapabilirler, aynı işlemleri maliyeti minimize edecek ama kaçınılmaz olarak niteliğin düşmesine neden olabilecek şekilde gerçekleştirebilirler. Hizmet üreticiler için maliyeti düşürmenin en kolay yolu emek yoğun olarak çalışan sağlık sektöründe emek gücü maliyetlerini baskılamaktan geçmektedir (Belek, 2013: 90).

Sisteme eleştirel yaklaşanlar bu yöntemin, sağlık hizmetleri piyasasının oluşmadığı ülkelerde tekelleşmenin uyarılacağına ve bunun da verimliliği düşüreceğine dikkat çekmektedir. Birbiriyle rekabet edebilir durumda sağlık kurumları içeren piyasa koşullarında bu kurumlar monopol yapıya yönelmektedir. Sözleşme sisteminin uygulanabilmesi için, sözleşmeyi yapacak kamu finansör kurumunda, sözleşme yapma, sözleşme yapılan kamu kurumlarının performansını, hizmetin verimliliğini ve kalitesini izleyip değerlendirme becerilerine sahip bir teknokrat-yönetici kadronun olması gerekmektedir. Bunlar gelişmekte olan ülkelerde olmayan şeylerdir. Ayrıca bu süreç yönetsel maliyetlerin artması manasına gelmektedir (Belek, 2013: 91).

Sözleşme modelinde satın alıcının maliyet kontrolündeki etkinliği yeterli bilgiyi elde edebilmesine bağlıdır. Genellikle hizmet üretenler hangi hizmetlerin maliyet etkinliğinin yüksek olduğu konusunda ve hizmeti satın alanlar da üreticinin performansı konusunda yeterli

bilgiye sahip değildir (Belek, 2009: 408).

2.1.2. Sağlık Hizmetlerinde Pasif Özelleştirme: Sözleşme Yöntemleriyle Özel Sektörden Hizmet Satın Alınması

Sağlık reformlarıyla birlikte kamu tarafından finanse edilen sağlık sistemlerinde özel sektörden sözleşmelerle hizmet satın alınması sağlanmıştır. YKY ekolü kürek çekmektense gemiyi yüzdürmenin önemli olduğu anlayışına dayanan kamu yönetimi anlayışıdır ve kamu hizmetlerinin sunumunda maksimum özel sektör katkısını sağlamayı amaçlamaktadır (Lister, 2006: 18).

Kamu sektörüne piyasa mekanizmasının yerleştirilmesi bir dizi piyasa ekonomisi kural ve kurumunun uygulamasına neden olmuştur. Arz tarafında kamu hizmetlerinin özel sektöre ihale edilmesi, dış kaynak kullanılması ve hizmetlerin özel sektöre gördürülerek özelleştirme gibi düzenlemeler benimsenir. Talep tarafındaysa kullanıcı tercihleri, performansa dayalı ödeme, kullanıcı katkıları temel enstrümanlardır. Kamu hizmetinin sunum ve finansman mekanizması ayrıştırılarak piyasa ortamının oluşması amaçlanır. Böylelikle piyasa mekanizmaları kamusal alana yerleştirilmesi sağlanarak hizmetlerde verimlilik, kalite artırır ve maliyetler düşülür. Piyasa yöntemlerinin kullanılmasıyla kamu hizmet sunucuları tüketicilerin beğeni ve tercihlerine duyarlı hale gelir, kaynak dağılımını iyileştirir ve hizmet sunumunda kaynak maliyetleri hakkında farkındalık yaratarak bütçe yönetiminin verimliliğini artırır (Blöchliger, 2008: 7).

Sağlık reformları kapsamında özel sektörün katılımının genişlemesinde sözleşmesel ilişkiler (Contracting Out) kavramı ön plana çıkmaktadır. Sözleşmesel ilişkiler kamu ile özel sektör arasında bir dizi sözleşmeye dayalı düzenlemeyi kapsar. Bunlar kamu sağlık hizmetlerinin özel sektöre bırakılması, bazı hizmetlerin ihale edilmesi, hizmetlerin görülmesinde dış kaynak kullanılması, kamu fonlarının özel sunumu finanse etmesi gibi çeşitli yöntemlerdir (Blöchliger, 2008: 12).

Neoliberal reformların bir parçası olarak sağlık sektörü reformu IMF, Dünya Bankası, bölgesel kalkınma bankaları, OECD gibi uluslararası kuruluşlar tarafından teşvik edilmiştir. Küresel muhasebe ve danışmanlık şirketleri hükümetlere kamusal sağlık sistemlerinin iç piyasasının oluşturulmasını ve bazı durumlarda sağlık hizmetlerinin özelleştirmesini destekleyerek sağlık sektörü reformunu teşvik etmede önemli bir rol oynamışlardır. Mevzuattaki değişikliklerle birlikte özel sağlık hizmeti sunucularının sağlık sistemi girmesine izin verilmiştir. IMF kredileri tarafından dayatılan koşullar hükümetleri ya kamusal sağlık sistemlerinin kapsamını sınırlandırmaya ya da liberalleştirmeye zorlamıştır; bu durum, Dünya

Bankası ve yeni bir sağlık hizmetleri altyapısının oluşturulmasını destekleyen bazı bölgesel yatırım bankalarının kredileri ile pekiştirilmiştir (Lethbridge, 2015: 16).

Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler uluslararası kuruluşlardan borç almak istedikleri zaman, bu kuruluşların ev sahibi ülkeler çoğu zaman kendi ülkelerinde kendi seçmen kitlesine bile anlatamayacakları ideolojik boyuttaki örgütsel ve yönetsel paradigmaları bu ülkelere dayatmaktadır. Azami özel sektör katkısı asgari kamu katılımını amaçlayan bu politikalar YKY anlayışının izlerini taşımaktadır. Sözleşmelerle özel sektörden hizmet alımının arkasındaki temel güç Avrupa Birliği gibi kurumlar ve GATS gibi anlaşmalarla ülkelerin sağlık sistemlerinin daha çok liberalize edilmesinden kar elde edecek ulusal ve uluslararası şirketlerdir (Lister ve Labonte, 2009: 193).

Dünya Bankası'nın sağlık reformlarının tartışılmaya başlandığı 1990'ların başında sağlık sistemleri içinde özel sektöre çizdiği genel çerçeve şu şekildedir (Dünya Bankası, 1993: 6):

1. Merkezi hükümetler sağlık harcamaları kısılmalı ve sadece temel sağlık hizmetlerini tanımlayan bir hizmet paketini finanse etmelidir.
2. Merkezi hükümetler yetkilerini yerel birimlere aktarmalı ve dış kaynak kullanımını yaygınlaştırmalıdır.
3. Ülkeler sağlık sistemlerini çoğulculuğu garanti altına alacak bir şekilde liberalize etmeli ve özel sağlık hizmet sunumunun desteklenmelidir.
4. Merkezi hükümetlerin asıl sorumluluk alanı koruyucu sağlık hizmetleridir.

Dünya Bankası'nın "World Development Report 1993: Investing in Health" raporunda sağlığa yatırım kavramı çift anlamlı olarak kullanılmaktadır. Sağlıksızlığa yoksulluğun sebep olduğu, sağlığa yatırım yapmanın sağlıksızlığı engelleyeceği, ekonomik üretkenliği artıracığı ve yoksulluğu azaltacağı için bunun bir beşerî sermaye yatırımı olduğu vurgulanmaktadır. Bu beşerî sermaye yatırımının gerçekleşmesi için ise özel sermayenin karlı sağlık alanlarına yatırım yapmasının özendirilmesinin önemi vurgulanmaktadır. 1993'te yayınlanan bu raporla birlikte çok sayıda gelişmekte olan ülkede kamusal sağlık alanı özel sektör yatırım alanı haline dönüşmüştür (Waitzkin, 2003: 523).

Dünya Sağlık Örgütü 2001 yılında epeyce tartışmalı "The Report of Commission on Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development" adlı bir rapor yayınlamıştır. Rapordan sorumlu komisyon üyelerinin IMF, Dünya Bankası ve diğer çok taraflı kredi kuruluşlarıyla yakın ilişkileri olması, uluslararası kapitalist sistemin özel sektörün sağlık sistemlerindeki rolüne bakış açısını yansıtmaktadır. Bu rapor Dünya Bankası'nın 1993'teki raporuyla benzer özellikler göstermektedir. Raporda, kamu sektörünün düzene sokulması,

özelleştirmenin sağlanması, özel sağlık hizmetlerinin kamu fonlarından görülmesinin önünün açılması ve rekabete dayalı piyasa mekanizmalarının yerleştirilmesi savunulmaktadır. Bu reform uygulamaları yapısal uyum programlarına benzese de hem dış yardımların hem de reform uygulamalarının eş zamanlılığına vurgu yapmakta ve finansman kısmını ayrıntılı şekilde vurgulamaktadır. Diğer tüm raporlardan farkı özel sektörün kamusal finansmanın önemini vurgulanmasıdır. Rapor yapısal uyum programlarına ayrı bir başlık açmıştır. Yapısal uyum programları kamu harcamalarının kısılmasını, kamu borçluluğunun düşürülmesini savunur görünse de gerçekte kamu harcamalarının özel sektörü destekleyecek ve onu sübvansedecek şekilde kompozisyonun değiştirilmesini savunmaktadır (Waitzkin, 2003: 523).

Dünya Bankası'nın "2004 Dünya Kalkınma Raporu" sağlık hizmetlerinde etkin hükümet rolünü piyasa başarısızlığı karşı düzenleme ve bilgi yaygınlaştırmada olarak tanımlarken mutlaka doğrudan sağlık hizmeti sunucusu olmaları gerektiğini özellikle vurgulamıştır (Wolf ve Toebes, 2016: 84).

Dünya Bankası sağlık sistemlerinde kâr amaçlı ve kâr amaçlı olmayan özel sunucular arasında açık bir ayrım gözetmeksizin özel sektörle iş birliğinin artırılmasını istemektedir. Özel sektörün kamu sektöründen daha verimli, daha maliyet etkili ve kâr amacından dolayı kaynakları verimli kullandığından yola çıkarak hükümetleri sağlık sistemlerinde özel sektörle iş birliğine zorlamaktadır. Dünya Bankası'nın ticari borç verme kolu olan ve kâr amaçlı özel sektörü destekleyen IFC (Uluslararası Finans Şirketi), çeşitli ülkelerde yapılan sağlık reformlarının amacının özel sektörün finansmana katılmasından ziyade hizmet sağlayıcısı rolünün öne çıkmasına daha sıcak bakmaktadır (Lister ve Labonte, 2009: 193)

Dünya Bankası rekabet koşullarının yaratılması için merkezi kamu sisteminin parçalara ayrılarak ademi merkezîyetçi bir yapıya büründürülmesini, özel sektörün azami katılımını özellikle gelirlerin kalıcı olarak düşük olduğu kalkınmakta olan ülkelerde sağlık reformlarını serbest piyasa yanlı dayatmalarla desteklemektedir (Lister ve Labonte, 2009: 194-195).

Özel sektörden hizmet alınması, dış kaynak kullanımını ve mevcut iş birlikleri şu gerekçelere dayandırılmaktadır (Muschell, 1995: 5-9):

1. Özel sektör bürokratik, yönetsel, politik kısıtlamalardan etkilenmediği için kaynakların kullanımında daha etkindir.
2. Özel sektör ve iç piyasa yöntemleri hizmet kalitesinin artmasını sağlar.
3. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde kamu kaynakları kıttır. Özel sektörün kaynakları, kaynak kullanımını artırarak sağlık hizmetine ihtiyacı olan kesimlerin hizmete ulaşımını kolaylaştıracaktır.
4. Özel sektörden hizmet alımı kamu kaynaklarının kullanımında etkinliğe yol

açacaktır.

Sağlık reformlarının özel sektörün payını büyütecek şekilde gerçekleşmesinin temel argümanı 19. yüzyıl neo-klasik iktisat piyasa çözümlerinin, kaynakların verimli dağılımına neden olduğuna ilişkin varsayımına dayanmaktadır. Bu teorinin yönetim alanına yansıyan versiyonu ise YKY anlayışıdır ve belirsizlikle örüntülü sağlık sektörüne piyasa mekanizmalarını yerleştirmeyi amaçlar. Teknik verimlilik vurgusu ön plana çıkmaktadır. Teknik verimlilik kaynakların boşa gidip gitmemesiyle ilgilenir ve temel formülasyonu belirli miktarda çıktı için minimum girdinin kullanılması ya da tam tersi şeklindedir. Örnek vermek gerekirse aşırı hastane kalış süreleri, gereksiz reçeteleme, aşırı personel istihdamı ve stok israfları teknik verimliliğin alanına girer ve bu alanlardaki verimsizlikler kaynakların boşa gitmesine neden olur. Verimliliğin ölçütü kıt kaynakların en iyi şekilde kullanılarak sağlık harcamaların azaltılmasıdır (Hsu, 2010:1).

Sağlık sistemlerinin piyasalaştırılmasında sözleşmelere dayalı olarak kamu sektörünün kamu veya özel kuruluşlardan hizmet satın alması yeni bir durum değildir. Yeni olan nokta bu düzenlemenin sistem bütünlüğü içinde ve sektörü yeniden yapılandıracak bir kapsamda uygulamaya sokulmasıdır (Muschell, 1995:8). Bu noktada kamusal politikaları belirleyenler bir iç piyasanın yaratılmasını sağlayarak sağlık sistemini kökten değişmesinde rol almaktadır (Lethbridge, 2015: 15).

Sözleşmeler teorik olarak sağlık sisteminin herhangi bir bölümünü düzenlemek için kullanılmaktadır. Sözleşmeler sadece geleneksel anlamdaki tedarik için değil son kertede özel sektörden klinik hizmetleri temin etmek için de kullanılmaktadır (Lister, 2006: 36). Başlangıçta sadece temizlik, oda hizmetleri, yemek gibi birimler sözleşmelerle özel sektöre devredilirken zamanla tıbbi hizmetlerin kendileri de bu sürece dahil edilmiştir (Herrman, 2011:154).

Sözleşme sisteminin kurulması özel sektörden klinik ve klinik olmayan hizmetlerin satın alınmasının önünü açmıştır. Böylelikle bu hizmetlerin üretimi özel sektöre devredilmiştir. Fakat hizmet sunumunun finansmanı hala kamu sektöründedir ve kamusal fonlar özel hizmet sunucularından hizmet satın alır hale gelmiş, kamusal kaynakların özel sektörde kullanımının önü açılmıştır (Muschell, 1995: 8).

Orta gelirli ülkelerde sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi büyük sağlık şirketlerinin ortaya çıkmasına, yabancı yatırımcıların sağlık hizmetleri sunumu ve finansmanı süreçlerine dahil olmasına neden olmuştur. Sağlık alanının ticari bir alana dönüşmesi ve şirketlerin bu alana yönelerek kar elde edilebilecek bir ortam sağlanabilmesi için yoğun lobi faaliyetleri söz konusudur (UNRISD, 2007: 1-2). Sağlık sektörünü özel sermaye yatırımları için cazip kılan şey, iniş çıkışları olmayan istikrarlı bir ticari yapı sergilemesidir. Diğer sektörlerde döngüsel

olarak talep düşüşleri yaşanırken dünya ekonomik durumu ne olursa olsun hastaların tedaviye ihtiyaçları devam etmektedir (Hermann, 2011: 147).

Her ne kadar özel sağlık hizmeti sunumunun verimlilikle eş değer görülüyorsa da özel hizmet sunumunun her zaman verimliliği getirmediğine ilişkin literatür de mevcuttur. Verimlilik ölçütleri üzerine yazılmış 317 makalenin değerlendirilmesinin yapıldığı bir çalışmada sağlık hizmetlerinin kamusal sunumunun özelden daha verimli olabileceği sonucuna ulaşılmıştır. Kâr amacıyla çalışan, çalışmayan ve özel kâr amacı güden hastaneler arasındaki verimlilik sıralamasında özel hastaneler sonuncudur. Mülkiyet yapısının verimlilik üzerinde etkisi bulunmaktadır. Mülkiyeti kamuda olan hastaneler olmayanlara göre daha verimli çalışmaktadır. Almanya’da özel sektörün payının genişlemesiyle birlikte verimlilikte düşüşler yaşanmıştır (Hsu, 2010: 6).

2.1.3. Hastadan Tüketiciye Geçiş: Hastalara Özel Hizmet Sunucuları ile Kamu Hizmet Sunucuları Arasında Tercih İzni Verilmesi

1970’lerle birlikte neoliberalizmin politik alana nüfus etmesiyle birlikte seçim özgürlüğü söylemini içeren piyasa yaklaşımı ortaya çıkmıştır (Nordgren, 2010: 109). Hastanın sağlık hizmeti sunucuları arasında fark olmaksızın tercih hakkı bireysel özgürlük alanının en büyük parçası haline gelmiş ve birçok ülkede yeni, güncellenmiş tercih politikaları ortaya çıkmıştır (Fredriksson vd., 2012: 193).

Sağlık reformlarının ideolojik söylemleri hükümetlerin sorumlulukları ve kişilerin buna ilişkin algılarının dönüştürülmesini amaçlamaktadır. Bu bağlamda sağlık alanına ilişkin yerleştirilmek istenen ve bu konuda başarılı olan neoliberal anlayış şu şekildedir (Etiler, 2012: 43):

1. Sağlık bireysel bir durumdur ve kişilerin kötü ya da iyi davranışları tarafından belirlenir.
2. Sağlık bir hak olmaktan ziyade ihtiyaçtır ve dolayısıyla kişi nitelikli sağlık hizmetini aramakla yükümlüdür.
3. Mevcut sağlık kuruluşları kişilerin ihtiyacını karşılamaktan uzaktır.
4. Kamu sağlık sistemleri kalitesiz, yavaş ve niteliksizdir.

Kamu sağlık sistemlerinde rekabetin sağlanabilmesi için özel hizmet sağlayıcılarına piyasa giriş izni vermek ve tüketici seçiminin önünü açmak genel reform uygulamalarındandır (Beckert ve Collyer, 2016: 1). Tüketici seçimi bireysel tüketicilerin aynı kamu hizmeti için farklı hizmet sunucuları arasında tercih yapabilmesi anlamına gelmektedir. Tüketici seçiminin temel felsefesi hizmet sunucuların tüketicilerin beğenilerine ve tercihlerine cevap verebilirliğini

sağlayarak uygun hizmet sunumunu gerçekleştirilmesidir (Blöchliger, 2008: 17-18).

Asıl vekil teorisine göre incelenen modelde geleneksel olarak tüketiciler kamu hizmetlerinin görülmesi için siyasi sorumlu kişileri seçimler veya referandumla belirler. Seçilmişler ise servis sağlayıcılarını belirlerler. Burada asıl olanlar tüketiciler, politikacılar iken vekil olanlar hizmet sağlayıcılar, doktorlar, meslek mensuplarıdır (Besley ve Ghatak, 2003: 238). Her bir asıl ve vekilin birbirleriyle çatışan, etkileşen amaçları, misyonları ve motivasyonları bulunmaktadır. Geleneksel merkezileşmiş sağlık sistemlerinde kamu yararı misyonu çerçevesinde sağlık hizmetlerinin görülmesi amacı esastır. Parasal teşviklerin sınırlı olduğu ve rekabetin olmadığı bir ortamda hem vekiller hem de asiller faaliyette bulunmaktadır. Merkezi yapısı parçalanmış sistemlerde ise hem asıllar hem de vekiller için birbirleriyle farklılaşan misyonlar, rekabet ve kısıtlı dahi olsa finansal teşvik edici mekanizmalar söz konusudur. Asıl vekil ilişkilerine yerleştirilen rekabetin, performansın organizasyonel verimliliği artıracığı iddia edilmektedir ve tüketicilerin aynı kamu hizmeti için farklı hizmet sunucular arasında tercih yapabilmesi bu sürecin derinleşmesine katkı sağlayacaktır (Besley ve Ghatak, 2003: 241-242).

Birçok ülke kamu hizmetlerinin sunumunu ve yönetimini etkileyen piyasa merkezli yeni reformlar ve yeni düzenlemeler gerçekleştirmiştir. Bu düzenlemeler hizmetlerin arz ve talep mekanizmalarını düzenler ve sıklıkla da vatandaşları aynı kamu hizmeti için farklı hizmet sunucuları arasında seçim yapabilmesini sağlayan vatandaş güçlendirici mekanizmaları içerir. Bu tür piyasalarda tipik olarak hizmet sunan birimler karlarını maksimize edici bir çaba içerisinde olmasa da diğer hizmet sunan birimler aynı vatandaşlar için rekabet ettikleri bir ortamda olduklarını hatırlatan piyasa benzeri yapı içerisinde faaliyetlerini sürdürür. Özetle kamu hizmetlerinin sağlanması yarı piyasa özellikleri gösteren bir ortamda gerçekleşir ve vatandaşların aynı kamu hizmeti için tercih hakkı bu noktada önemlidir (Ranerup ve Noren, 2015: 527).

YKY anlayışı kamu mülkiyeti ve yönetimi altındaki sağlık sistemine özel sektör yöntemlerinin yerleştirilmesini amaçlar. Hizmet sunucular ve tüketiciler neoliberal modele göre birbirlerinin partnerleridir; maliyet etkinlik ve kullanıcı dostu hizmet üretimi ortak hedeflerdir. YKY anlayışı aynı kamu hizmeti için yapılan tüketici seçiminin oluşturduğu hizmet kalitesini ve kullanıcıların güçlendirilmesinin önemini ısrarla vurgular. Tüketici seçimiyle kullanıcıların güçlendirilmesi, hasta ihtiyaçlarına göre hizmetlerin sunulmasını sağlayarak hizmet sunucular üzerinde basınç yaratır ve esnek, performansa dayalı bir hizmet sunumu modeli ortaya çıkarır (Mcdonnel vd., 2009: 51-52).

Sağlık hizmetlerinde geleneksel sistemin parçalanması ve piyasa tipi ilişkilerin

geliştirilmesinde hastayı güçlendirmek adına hizmet sunucuları arasında seçim yapabilme hakkı verilmiştir. Sağlık sistemlerinde rekabetin yaratılması için tüketici seçiminin sağlanması merkezi yapıyı parçalamak için anahtar bir roledir. Sistemler ilk önce hizmet sunumu ve finansmanı olarak ikiye ayrılmış, kamu sektörü içerisindeki hizmet sunucuların piyasa ilişkilerine uygun şekilde otonomizasyonu sağlanmış, özel sektöre kamu sağlık sistemine giriş izni verilip rekabet ortamı yaratılmış ve hastalara hizmet sunucuları arasında seçim hakkı verilmiştir (Lister, 2006: 45).

Neoliberal sağlık reformu savunucularına göre seçim hakkının olmadığı sağlık sistemlerinde hizmet üreten birimler hastaları piyasa mekanizmasında olduğu gibi müşteri olarak görmezler ve ürettikleri hizmeti kalitesine dikkat etmezler. Uymaları gereken bütçe kısıtları olmadığı için maliyetleri düşürmek, kaliteyi artırmak gibi endişeleri olmaz ve verimsizliğe neden olurlar (Besley ve Ghatak, 2003: 236).

Hasta seçiminin güçlendirilmesiyle, ayaklar oy kullanır ilkesi işletilerek hizmet sunan birimler arasında rekabetin gerçekleştirilmesi sağlanır. Hasta yüksek kalitedeki hizmeti ararken hizmet sunucular maliyetlerini minimize ederek en yüksek kalitede hizmet üretmeye yönelecektir. Hasta farklı hizmet sağlayıcıların fiyatlarını ve hizmet kalitelerini birbirleriyle karşılaştırarak gereksinimlerine en uygun hizmet sağlayıcıyı aktif bir katılımı seçmiş olur. Bu anlamda aktif hastanın bilgi edinme çabası içerisinde, bilgiye dayanarak bilinçli bir karar verme sürecinde olduğu varsayılmaktadır (Victoor vd., 2012: 11).

İnsan yaşamının her alanında çok sayıda tercih hakkına sahipse sağlık hizmetlerinde de aynı ilişkinin olması gerektiğine vurgu yapılmaktadır. Böylelikle hastalar güçlendirilecek ve doktorların tıbbi konsültasyonlarda daha az güce sahip olmaları ve gücün bir şekilde paylaşılması sağlanarak hasta kamu hizmetleri piyasasında hasta aktif pozisyona geçecek ve sağlık hizmetleri hasta tercihlerine göre düzenlenecektir (Greener, 2007: 251).

2.1.4. Meta Olarak Sağlık: Sağlık Hizmetlerinde Küresel Ticaret Baskısı

Küreselleşme dünyanın ekonomik saiklerle yeniden şekillendirilmesidir. Serbest piyasa, uluslararası rekabet, kar motivasyonu, bireysel mülkiyet hakları ve minimal devlet anlayışına dayanarak kapitalizm yeniden yapılandırılmaktadır. Bunun yanı sıra ulaşım ve iletişim altyapılarındaki önemli gelişmeler küresel ticaret ve ticari liberalizasyonun sağlanmasına, dünyanın tek ve birleşmiş bir pazar olarak yeniden şekillenmesine neden olmuştur (Huynen vd., 2005: 31).

Sağlık hizmetleri; özel hizmet sağlayıcıların sektöre katılımının artması, hasta ve hizmet sunucularının mobilizasyonunun artması, bilgi, telekomünikasyon teknolojilerinin gelişmesiyle

birlikte artan derecede ticarete konu olmaya başlamıştır. Uluslararası hizmet ticaretinin genişlemesi Dünya Ticaret Örgütü'nün (WTO) himayesinde GATS anlaşmasıyla birlikte ivme kazanmış, zamanla sağlık hizmetleri de bu sürece dahil olmuştur (Simth vd., 2009: 593).

İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra uluslararası ticarete şekil verecek GATS anlaşması yürürlüğe girmiştir. IMF ve Dünya Bankası'nın neoliberal ekonomik modelle yeniden yapılandırılmasından sonraki yıllarda üçüncü bir Bretton Woods kurumu WTO 1995'te kurulmuştur. WTO'nun amacı uluslararası ticari ilişkileri yönetmektir. İdeolojisi ise serbest ticaretin yasal düzenlemelerden arındırılmasına dayanan serbest ticareti her şeyin üzerinde tutan bir anlayıştır (Stiglitz, 2002: 37).

GATS anlaşmasıyla birlikte WTO'ya üye olan devletler sağlık ve eğitimin de içinde olduğu hizmetler sektörünü çeşitli derecelerde uluslararası hizmet ticaretine açmıştır (Simth vd., 2009: 593). Neoliberal dönemde ticaretin serbestleştirilmesi ve piyasaların liberalize edilmesiyle birlikte hizmetlerin rolü artmaktadır. WTO gibi uluslararası ticaretin artmasını amaçlayan kurumların hizmetler anlaşmasında (GATS) sağlık hizmeti ticareti için çizdiği genel çerçeve şu şekildedir (Drager ve Fidler, 2004: 4)

1. Teşhis ve tedavi sağlık hizmetlerinin uluslararası sunumunun gerçekleşmesi sağlanmalıdır.
2. Sağlık finansmanından hizmet sunumuna kadar yabancı yatırımcılara açık olan ticarileşmiş bir sistem kurulmalıdır.
3. Sağlık emek gücünün ülkeler arası mobilizasyonu sağlanmalıdır.

Sağlık ilgili hizmetlerin uluslararası ticaretinin liberalize edilmesinin önleyici ve tedavi edici hizmetler arasında dengeyi sağlayacağı, sağlık alanında ulusal hedeflere ulaşılabilmesinin bu alana yatırımlarıyla katkı vermek isteyen özel sektör ve sivil toplum eliyle gerçekleşebileceği; sağlık hizmetlerinde ulaşılabilirliği sağlayarak sağlık hakkının geliştirilmesinin sağlayacağı; özellikle gelişmiş ülkelerin özel alanlarda uzmanlaşmasının önünün açılacağı savunulmaktadır (Drager ve Fidler, 2004: 1).

Zamanla sağlık şirketleri ve diğer kâr amaçlı şirketler kamu sağlık hizmetleri üzerindeki etkisini artırmıştır. Kamusal sağlık hizmetleri için tehlikeli olan çok sayıda bir dizi ticaret anlaşması müzakere edilmeye başlanmıştır. Kamusal sağlık hizmetleri alanı artan derecede küresel sağlık şirketlerinin tehlikeli girişimlerine açık hale gelmiştir (Lethbridge, 2015: 29).

GATS anlaşmasıyla özel sağlık hizmetlerinin kamusal finansmanı anlayışı birbirine uyumludur. Uluslararası şirketler kamu tarafından finanse edilen sağlık sistemlerinin olası hizmet satıcılarıdır (Waitzkin, 2003: 523). Dünya Bankası Grubu'nun bir üyesi olan IFC (Uluslararası Finans Şirketi), ulusal ve küresel sermaye arasındaki yatırım ortaklıklarının

oluşturulmasında önemli bir rol oynamış ve küresel kâr amaçlı sağlık sektörünün genişlemesine katkıda bulunmuştur. Buna ek olarak, son on yıllarda küresel sağlık endüstrisi özel sermaye yatırımlarının hedefi olmuş ve yatırımcılar sağlık alınındaki potansiyel büyüme alanlarını belirler hale gelmiştir (Lethbridge, 2015: 16).

Çok uluslu sağlık şirketleri kamusal sağlık hizmetlerini de içine alacak şekilde faaliyetlerini genişletme eğilimindedir. Bu alanlar hastanecilik, klinik, laboratuvar, teknik servisler ile destekleyici hizmetlerdir (Hall, 2003: 82). Özellikle orta gelir düzeyine sahip ülkelerde büyük sağlık şirketlerinin ve yabancı yatırımcıların piyasa girmesiyle birlikte sağlığın ticarileşme etkisi güçlü bir şekilde hissedilmiştir (Missoni, 2013: 16).

Neoliberal küreselleşme döneminde sağlık gibi kamu hizmetleri artan bir şekilde ticari sektörlerin etkisi altına girmiştir. Bunun nedeni ise kamu harcamalarının artışına sınır getirme, piyasalaştırma ve özelleştirme gibi uygulamalardan kaynaklanmaktadır. Sonuç olarak sağlık kurumları gittikçe neoliberal ekonomik modelle yüzleşmek zorunda kalmış, sağlık hizmetleri piyasası genişlemiş, sağlık alanında rekabet ve kar olanakları ortaya çıkmıştır. Sağlık hizmeti gittikçe piyasa kurallarınca belirlenen bir mal olarak algılanmaya başlanmış, yatırım yapılabilir karlı bir alana dönüşmüştür. Uluslararası rekabetle birlikte sağlık sistemleri yozlaşmaya ve bozulmaya başlamıştır. Sağlık hizmetlerinin artan derecede ticarete konu olması düzgün sağlık hizmet sunulması ve buna ulaşılmasında derin sorunlar yaratmıştır (Huynen vd., 2005: 44).

Ticari ve endüstriyel politikalar sağlık sistemlerini derinden etkilemektedir. Sağlık hizmetlerinin metalaştırılmasında sağlığın biyomedikal tanımı ve onunla birlikte gelen koruyucu toplum sağlığı hizmetlerine öncelik vermek yerine tedavici edici hizmetleri ön plana çıkarmak hem tıp profesyonelleri hem de onlarla doğrudan bağlantısı olan kâr amaçlı ulusal ve uluslararası şirketlerin çıkarlarına uygundur. Sağlık hizmetlerinin bu şekilde ele alınması ticarileştirilmesine önemli bir argüman sağlamaktadır (Global Health Watch, 2018: 88).

2.1.5. Özel Sektörün Sağlık Sistemine Katılımının Somutlanması: Evrensel Sağlık Kapsamını (Universal Health Coverage) Sağlamak İçin Kamu ve Özel Karışımı Sağlık Sistemi

1990'larla birlikte IMF ve Dünya Bankası'nın sert neoliberal politikaları eleştirilmeye başlanmıştır. Dünya Bankası IMF'ten daha erken bir tarihte 1990'larla birlikte daha çok yoksulluk ve yönetim gibi konulara odaklanmaya başlamış sert neoliberal çekirdekten bir nebze dahi olsa kopuş yaşamıştır. Neoliberal politikalar altında Doğu Asya devletlerin başarısı ve Sovyet sonrası devletlerin dönüşümünde devlet ve serbest piyasa odaklı reformların gerçekleştirilmesi devletin kurumsal yapılarının güçlendirilmesinin önemini ortaya çıkarmıştır.

Bunun dışında Dünya Bankası, büyüme ve verimlilik temelli neoliberal politikaların ortaya çıkardığı tablonun yoksulluğu kalıcı olarak ortadan kaldıramayacağını farkına varmıştır. 1997'deki Doğu Asya krizi ile birlikte IMF'in serbest piyasa yanlı neoliberal reformları çok ciddi derecede eleştiri almış ve IMF regülasyona daha çok önem veren bir pozisyonu benimsemiştir. Özellikle Dünya Bankası içerisinde gelen Joseph Stiglitz ve entelektüel dünyada ağırlığı olan Paul Krugman gibi çok sayıda entelektüelin katkısı, dönem içerisinde benimsen politikaların olumsuz sonuçlarıyla birleşip Post Washington Uzlaşısı denilen serbest pazar merkezli politikaları dışlamayan fakat devletin finansal piyasalar, bazı kamusal hizmetlerinin sunumundaki düzenleyici rolünü öne çıkaran politika önerilerinin kabul görmesine neden olmuştur. Post Washington Uzlaşısı'nın temel ekonomi politikası, devletin belirli piyasa başarısızlıklarının engellenmesinde sadece düzenleyici olarak ve yine piyasa yöntemlerini kullanarak görev almasıdır. Sonuçta devletler, hükümetler veya yönetimler belirli alanlarda eşitliliği artırıcı ve yoksulluğu azaltıcı faaliyetler yürütebilirler anlayışı kabul görmüştür (Öniş ve Şenses, 2005: 274-275).

Washington Uzlaşması'ndan Post Washington Uzlaşması'na kayışta Dünya Bankası daha çok insan haklarına dayalı bir sağlık politikası anlayışı benimsemiştir. Verimlilik argümanına yaslanan neoliberal anlayışın tersine sağlık alanında insan hakları temelli eşitlik vurgusu öne çıkmıştır. Bu noktadaki eşitlik herkese eşit sağlık hizmeti olmaktan ziyade mevcut kaynakların olabildiğince herkesin ulaşabileceği şekilde eşit dağılımıdır. Sağlık alanında eşitlik ve verimliliğin birlikte sağlanması konusunda bir paradigma kayması olmasına rağmen bu bakış açısı dışlanmayı mesele etmemektedir. İnsan haklarına dayalı sağlık tartışması kamu kaynaklarının en geniş toplumsal kesimlere ulaştırılmasında eşitliğin ve etkinliğin sağlanması anlamında somutluk kazanır. Reform niyetleri sağlık hizmetlerinde ulaşmada eşitliğin sağlanması argümanının arkasına sığınırken uygulamada yeni ve rolleri değişmiş kurumlar, politikalar ile programlar ortaya çıkmıştır. Sağlık hizmetlerine ulaşmada temel olarak Dünya Bankası gibi kuruluşların benimsediği politik anlayış, sağlık hizmetlerine ulaşım hakkıdır (Noy, 2017:16).

Sağlıkla ilgili küresel aktörlerin birinci gündem maddesi sağlık hizmetlerinde evrensel kapsayıcılığın sağlanmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü evrensel sağlık kapsayıcılığı toplumdaki tüm bireylerin katlanabilir bir maliyetle sağlık hizmetlerine ulaşması olarak tarif edilmektedir. Bu bağlamda evrensel sağlık kapsamının dört stratejisi vardır (Knaul vd., 2012: 1259):

1. Evrensel üyelik sağlamak; yasal kapsamla yakından ilişkilidir, tüm üyelerin kamu sigorta fonu tarafından finanse edilen sağlık hizmetlerinden yararlanımını ifade eden nüfus büyüklüğüdür.

2. Evrensel hizmet kapsam alanı kurmak; finansal koruması sağlanmış kapsamlı hizmet paketlerine düzenli şekilde ulaşımı ifade eder.
3. Eşitlikçi sağlık hizmetinin finansmanın sağlanması. Herkese eşit temelde, cepten ödemeleri azaltarak finansal şoklara karşı koruyan yüksek kaliteli sağlık hizmetinin garanti etmesidir.

Evrensel sağlık hizmeti kapsamı tüm insanlara, ödeme yaparken mali zorluk çekmeden ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini almalarının sağlanmasıdır (Wolf ve Toebes, 2016:80).

Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Bankası ve BM sürdürülebilir kalkınma hedeflerinin temel sağlık politikası evrensel sağlık kapsamına (UHC) ulaşmaktadır. Ülkeler UHC'ye doğru ilerledikçe, sağlık sorunları ve harcamalarını nasıl öncelikli hale getireceği konusunda zor seçimler yapmak zorunda kalırlar. Öncelikli olarak hangi hizmetler kapsanacak, kimler dahil edilecek, cepten yapılan harcamalar nasıl bir ön ödemeye doğru evrilecek gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, sağlık hizmetlerinin yoksul kişilerin ihtiyaçlarına ekstra ağırlık vererek, ihtiyaç temelinde olması gerektiğine; sağlıkta en yüksek gelişmenin sağlanabilmesi için hedeflerin belirlenmesine ve katkıların ihtiyaca göre değil ödeme kabiliyetine göre yapılmasına vurgu yapmaktadır (Rumbold vd., 2017: 712).

Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Bankası tarafından teşvik edilen evrensel sağlık kapsamı politikası uygulamada, insanlara yeterli sağlık hizmetlerine erişme imkânı sağlamak olarak somutlamaktadır. Burada asıl sorun edilmesi gereken ve gözden kaçırılan nokta sağlık bakım hizmetlerinin dağılımından ziyade kullanım noktasında ücretsiz olarak sağlanmasıdır. Bu bağlamda evrensel sağlık kapsamı politikaları sağlık sistemini hizmet sunum ve finansmanın ayrıştırır, özel hizmet sunumu ile özel sigortaların sisteme dahil edilmesini sağlar ve hükümetlere ise sadece düzenleyici görevler verir. Bu reform uygulamaları sonuç olarak özel sektörün sağlık sistemlerindeki rolünü genişleten bir içeriğe sahiptir (Lethbridge, 2015: 15).

Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerin sağlık sistemlerinde özel sektör büyümekte ve rolleri her geçen gün artmaktadır. Ülkeler evrensel sağlık kapsamı reformlarına yöneldikçe özel sektörün payı giderek artmıştır. Kayıt dışı sağlayıcılar da dahil edildiğinde Afrika'da sağlık hizmetlerinin yarısından fazlasını özel hizmet sağlayıcıları idare etmektedir. Tayland ve Türkiye gibi ülkeler evrensel kapsayıcı sağlık politikalarını benimseye başladıkça özel sektörün payı kayda değer bir artış göstermiştir (Wadge vd., 2017: 20).

Küresel bazda sağlık hizmetlerinin sağlanmasında özel sektörün oranı giderek artmıştır. Kamu sektörünün çok gelişkin olmadığı orta gelirli ülkelerde hizmet sunumu açısından oluşan boşluğu özel sektörün evrensel sağlık hizmetine ulaşmak adına doldurmaya yardım ettiği iddia edilmektedir. Fakat gerçekte özel sağlık aktörlerinin kontrol ettikleri sağlık ekosistemine

negatif etkileri vardır. Genellikle sağlık sektöründeki emek gücünün kamudan özel sektöre transferine neden olurlar, hastalara aşırı teşhis ve tedavi uygulayarak fazla gelir elde etmeye çalışırlar ve sonuç olarak kamu tarafından finanse edilen sağlık sistemlerinin altını oyarak çift katmanlı sağlık sistemlerine neden olurlar (Wadge vd., 2017: 6).

Özellikle düşük gelir düzeyli ülkelerin sağlık sistemlerine özel sektörün büyümesi yüksek maliyet düşük verimle sonuçlanabilmekte, sektörün yüksek kalitede hizmet sunduğuna dair genel bir veri de bulunmamaktadır. Özel sektörün düzenlenmesi ve denetlenmesi kamu sistemlerine göre daha maliyetlidir. Özel sağlık hizmeti sunumu genellikle yoksul ve marjinal kesimleri hizmetlere ulaşmada katlanılabilir maliyetler açısından dışlamakta ve eşitsizliğe neden olmaktadır (Marriot, 2009: 3-4).

2.1.6. Sağlık Emek Gücünün Sözleşmelerle Sağlanması: Taşeron İlişkilerinin Kamu Sağlık Sektörüne Yerleştirilmesi ve Sağlık Hizmet Sunumunun Özelleşmesi

YKY anlayışıyla birlikte kamudaki sağlık emek gücü karşısında devletin pozisyonu değişime uğratılmıştır. YKY kamu hizmetlerinin sunumunun özel sektör eliyle gerçekleştirilmesini, kamu kurumlarının özel sektör yöntemleriyle yönetilmesini ve sağlık tesislerine kalite yönetimi uygulamalarının yerleştirilmesini sağlamıştır. Süreç sonucunda sağlık emek gücü de kendi payına düşeni almış ve sağlık sektöründe devletin rolü yeniden belirlenerek hizmet sunumu ve finansmanı ayrıştırılmıştır. Bu ayrıştırma sonucunda satın alma biriminin hizmet teminini özel ve hükümet dışı organizasyonlardan sağlaması desteklenmiştir. Buna bağlı olarak kamu istihdam oranları düşmüş, özel sektörden hizmet alımına bağlı özel sektör sağlık personeli istihdam oranları artmıştır (Etiler, 2012: 46).

Özel sektörün kamu hizmetlerinde istihdam yoluyla payını genişleten diğer bir uygulama ise özellikle klinik olmayan temizlik, yemek ve teknik gibi destekleyici hizmetlerin görülmesinde kamunun dış kaynak kullanmaya başlamasıdır. Dış kaynak kullanımının sözleşmeler aracılığıyla kamu hastane maliyetlerini düşürmesi beklenmektedir. Sağlık harcamalarını düşürmeye yönelik bu girişimler hastane içinde sunulan çok sayıda hizmetin hastane dışından sözleşmelerle temin edilmesine yol açmıştır. Tüm bunlar çok sayıda geçici, esnek istihdam şeklinin oluşmasına yol açmış; dış kaynak kullanımı personel ücret ödeme şekillerini ve çalışma koşullarının dönüşmesine neden olmuştur. Sağlık alanındaki istihdam ağırlığı kamu sektöründen özel sektöre kaymıştır (Etiler, 2012: 47).

Dış kaynak kullanımı sağlık hizmetlerinin özelleştirme stratejilerinden bir tanesi haline dönüşmüştür. Dış kaynak kullanımı başlangıçta yardımcı hizmetlerle sınırlıyken zamanla klinik ve laboratuvar hizmetlerine kadar genişleme göstermiştir. Bu şekilde oluşan istihdam

şekillerinin en önemli özelliği esnek, güvencesiz, geçici ve yinelenen sözleşmelerle ve kamu çalışanı olmanın verdiği toplu pazarlık gücünden mahrum bir çalışma şekli yaratmasıdır (Etiler, 2012: 47).

Sağlık reformlarının temel amacı sağlık hizmetlerini piyasa temelli yeniden örgütleyerek sağlık alanında tarif edilen problemlere çözüm üretmek amacını taşımaktadır. Reformlar öncesinde entegre bir yapı içerisinde merkezden belirli bir plan çerçevesinde yönetilen sağlık hizmetleri reformlar ile birlikte çeşitli derecelerde, planlaması, finansmanı ve sunumu merkezden alt birimlere doğru kaymıştır. Böylelikle kamusal mal ve hizmet üretiminin merkezi yapılanma ile kamusal alana çektiği sağlık hizmeti üretiminin gücü merkezden küçük birimlere aktararak piyasa karşısında daha zayıf hale getirilmiştir.

2.1.7. Sağlık Çalışanlarına Performansa Dayalı Ödeme

Sağlık reformlarıyla sağlık personeli ödeme şekillerindeki değişikliklerle sağlık çalışanlarının davranışları değiştirilip dönüştürülmek istenerek sağlık hizmetlerinin arz tarafı şekillendirilmeye çalışılmaktadır. Teorik olarak sağlık çalışanlarına özelde doktorlara yapılan ödeme şekilleri maaş, hizmet başına ödeme ve kişi başına ödemelerdir. Hizmet başına ödemede her tıbbi prosedür veya hizmet servisi için ödeme yapılırken, kişi başı ödemede sunulan hizmetten bağımsız olarak her hasta için sabit bir ödeme yapılmaktadır. Bu modeller gelirini artırmak isteyen doktorlara daha fazla hizmet üretmek için teşvik mekanizması olarak kullanılır. Fakat hizmet başına ödemeler hastalara gereksiz teşhis ve tedavi uygulanmasına, kişi başı ödemeler ise yetersiz sağlık hizmeti üretimine neden olmaktadır. Ücretin ise üretkenliği azalttığı, boş zamana odaklanan bir iş anlayışı geliştirdiği iddia edilmektedir (Schmidt vd., 2011: 637; Robinson, 2001: 149).

Sağlık çalışanlarını finansal teşvik edicilerle daha iyi sağlık hizmeti üretmesi asıl vekil teorisi içerisinde ele alınmaktadır. Ödeme yöntemleri hekimlerle geniş organizasyonlar arasındaki ilişkiyi kuran finansal teşvik edici sözleşme şekillerinden oluşur. Teşvik edici sözleşmeler, asıl olan bir organizasyonun vekil olanlara belirli davranışları teşvik etmesi, ödüllendirme çabasıdır. Sözleşmelerde finansal kazançlar önemli olmakla birlikte yöneticilere istenilen davranışların sergilenmesi için gözlemlene, değerlendirme şansı verir. Asıl vekil teorisine göre sözleşmeler asıl olan organizasyonun vekil olana yapılacak ödeme düzeyini ve ödeme yapısını belirli bir performansa bağlı olması gerektiğini savunur (Robinson, 2001: 150-151).

Asıl vekil teorisine göre sözleşmelerle asılın vekile yapılacak ödemeler için göz önünde tutması gereken faktörler tanımlanır ve arzulanan davranışlar çeşitli ölçülerle değerlendirilir.

Böylelikle vekil istenen davranışları sağlamak için daha çok çaba sarf eder ve başka işlerle uğraşmaz. Gerekli durumlarda çeşitli yaptırımlar olabilir; ekip çalışmasını gerektiren durumlarda ise çıktı sonuçlarına göre değerlendirme ve ödeme yapılır. Performansa dayalı ödeme olan bu yöntem, istenilen klinik davranışı sağlaması için finansal teşvikler tasarlamaya ve uygulama üzerine odaklanan bir bakış açısıdır (Christianson vd., 2006: 11).

Performansa dayalı ödeme pozitif ve negatif olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Pozitif performans sisteminde, çalışanlara veya kurumlara, merkezi olarak belirlenmiş kriterlere ulaşmaları durumunda performans ödemesi yapılır. Yani ödeme başarıya bağlanmıştır. Negatif performans sisteminde ise çalışanlar veya kurumlar merkezi olarak belirlenmiş kriterlere ulaşmadıklarında gelirlerinden kesinti yapılır. Burada başarısızlık gelir kaybına neden olmaktadır (Belek, 2013: 98).

Sağlık hizmetlerine kullanıcı katkılarının yerleştirilmesinden sonra kullanıcı katkılarıyla sağlık çalışanlarının ücretleri ve maaşları arasında ilişki kurulmuştur. Hastalardan elde edilen kullanıcı katkılarının dağılımı performansa bağlanmıştır. Performansa dayalı ödeme genellikle hizmet başına ödeme şeklinde olmaktadır. Ne kadar çok tıbbi uygulama yapılırsa o kadar yüksek performans sergilendiği düşünülmektedir. Böylelikle daha fazla gelir elde etmek isteyen hizmet sunucu daha fazla tıbbi müdahalede bulunmakta, daha pahalı teşhis süreçlerini işletmekte ve böylelikle çalışanlar arasında rekabet sağlanmaktadır (Etiler, 2012: 48).

Performansa dayalı ödeme klinik hizmetlerde performansa dahil edilmeyen faaliyetlerin ihmal edilmesine neden olabilmektedir. Ayrıca yüksek riskli hastalardan kaçınma, yüksek kaliteli sağlık hizmetlerinin anahtarı olan içsel mesleki motivasyonun azalmasına, performansın tutturulabilmesi için yanlış, hatalı ve kasıtlı olarak performans göstergeleriyle oynanmasına, hizmetlere en çok ihtiyacı olan dezavantajlı grupların sağlık hizmetlerinden dışlanmasına neden olmaktadır (Mannion ve Davies, 2007: 307).

2.2. Tek Tip Yönetim Reform Önerisi: Sağlık Sistemlerinin Desantralizasyonu

Son 40 yıl boyunca hem gelişmekte olan hem de gelişmiş ülkeler sağlık sistemi organizasyonlarını desantralizasyon süreçleriyle ulusal düzeyden bölgesel, yerel seviyeye düşürerek çok parçalı sağlık hizmeti yapısına dönüşecek şekilde yeniden yapılandırmıştır. Bu türden sağlık reformunun amacı desantralize edilmiş sağlık hizmetlerinin alt birimlerce verimli bir şekilde finansal sorumluluğunun artırılarak sağlanmasıdır (Mauro vd., 2017: 582).

Desantralizasyon kamunun kamusal hizmetlerdeki rolünün azaltılması, sorumluluğun nihai süreçte kâr amacı güden veya gütmeyen özel kesime transfer edilmesi politikalarıyla yakından ilişkilidir. Desantralizasyon politikaları belirli sektörlerin ya da organizasyonların

kamudan özel sektöre devrini sağlama amacıyla somutlanmaktadır (Collins ve Green,1993: 59).

Kamu ekonomisi literatüründe desantralizasyon genellikle mali federalizm teorisine atıfla bilinir. Teori basit olarak kamu sektöründeki dikey yapılaşmanın analizi ve hükümetlerin farklı seviyelerdeki görevlerinin en uygun finansal araçlarla alt seviyelere devredilmesini açıklamaya çalışır. Bu yaklaşım yerel kamusal mal ve hizmetlerin yerellerdeki sunumunun maliyetler açısından farklılık gösterdiğine, bu nedenle yerel hükümetlerin merkezi hükümete göre daha iyi bilgiye sahip olacağından finansal sorumluluğun yerele aktarılmasının gerekliliğine işaret eder (Jimenez ve Simith, 2005: 5-6). Bu yaklaşım desantralizasyonu sadece finansal sorumluluk olarak ele alır ve federal yapıya sahip yapılanmalar içerisinde finansal sorumluluğun farklı seviyelerdeki dağılımını analiz eder. Analiz çerçevesi anayasal olarak federalist yapılarla sınırlandırılmıştır ve finansal sorumluluk dışındaki yetkilerin aktarımı noktasında açıklayıcı değildir (Saltman ve Bankauskaite, 2006: 128).

YKY anlayışına dayanan desantralizasyon düşüncesi doğru yapılandırılmış ve yönlendirilmiş küçük organizasyonların büyük organizasyonlara kıyasla doğal olarak daha çevik ve sorumluluk açısından hesap verilebilir olduğu düşüncesine yaslanmaktadır (Saltman, vd., 2007: 1).

Desantralizasyon, değişik yollarla tanımlanmış olmasına rağmen genel kabul gören tanımı, merkezi kamu idaresinin kamu hizmetlerine dair planlama, yönetim ve karar verme yetkilerinin daha aşağı seviyelere, birimlere, yönetimlere veya ulusal düzeyden ulus altı seviyelere bırakılmasıdır (Saltman vd., 2007: 10).

Sağlık hizmetleri açısından özetlenecek olursa desantralizasyon yönetsel, üretimsel, finansal karar verme sorumluluğunun ve gücünün küçük çok sayıda ayrı birim ya da ayrı coğrafi aktörlere devredilmesidir (Vrangbæk, 2007:46). Bu yaklaşım dört değişik yapıda desantralizasyon tanımlaması yapar. Bunlar Dekonsantrasyon (deconcentration), devölasyon (devolution), delegasyon (delegation) ve özelleştirme (privatization) (Bankauskaite ve Saltman, 2007: 10).

Dekonsantrasyon idari sorumluluğun yine aynı yönetim yapısı içerisinde çok sayıdaki yönetsel aktöre aktarılmasıdır. Genellikle bürokrasi içerisinde bazı idari sorumlulukların aşağıya doğru dağıtılmasıdır. Burada karar verme yetkisi ve otorite yine merkezi yapıdadır; finansman, ana sorumluluk ve yönetme gücü merkezde toplanmıştır. Sadece spesifik ve tanımlanmış işler için bürokrasi içerisinde görev dağılımı yapılır. Bürokratikleşme olarak adlandırılan bu süreç sorumluluk ve gücün siyasi seviyelerden idari seviyelere taşınması anlamına gelir. Sağlık bakanlıkları ve onun bölgesel idari birimleri arasındaki görev dağılımı

bunun en tipik örneğidir (Vrangbæk, 2007: 48-49).

Devölüsyon (siyasi desantralizasyon) siyasi sorumluluğun merkezden bölgesel yönetimler ve belediyeler gibi daha alt birimlere aktarılmasıdır. Siyasi desantralizasyon sağlık hizmetlerinin dağılımını, finansmanını ve sunumunu çeşitli derecelerde etkiler ve desantralizasyonun derecesi sağlanacak olan otonominin seviyesine bağlıdır. Uygulamada merkez ile yerel birimler arasında ortak ve karşılıklı sorumluluk alanları vardır. Bu karşılıklı sorumluluğun en iyi ihtimalle değişen koşullara uyum esnekliğine, en kötü ihtimalle de sorumluluk alanlarının belirsizliğine yol açtığı iddia edilmektedir. Bu tip sağlık reformunun en tipik örneği federal olarak yönetilmeyen epeyce merkezileşmiş bir yapısı bulunan İngiltere’de yapılan siyasi desantralizasyondur (Vrangbæk, 2007: 48).

Siyasi desantralizasyonda belirli açılardan merkezi hükümetten tam olarak özerk olmamakla birlikte yasal olarak seçilmiş birimlere merkezden güç aktarımı söz konusudur. Belirli alanlarda özerklikleri olan birimler gelir toplama, hizmet sunumu, personel istihdamı gibi konularda sorumluluk sahibidirler (Omar, 2002: 26-27). Bu bağlamda siyasi desantralizasyon toplum katılımının artırarak toplumun önceliklerinin göz önüne alınmasını ve hizmetlerin sunumunu daha iyi hale getirilmesini sağlayacaktır (Omar, 2002: 23). Yerel karar verici otoriteler toplumun ihtiyaçlarını merkezdeki bürokratlardan daha iyi bilir ve merkezde oluşan karar süreçleri yerel koşulları göz ardı edebilmektedir (Homedas ve Ugalde, 2005: 86).

Delegasyon başka bir diğer deyişle özerklik, merkezi sorumluluk, görev alanlarının ve seçilmiş belirli fonksiyonlarının az ya da çok bir şekilde özerkliği sağlanmış yönetimlere transferidir. Dekonsantrasyonun sorumluluk anlamında daha gelişkin şeklidir fakat fonksiyonları sınırlandırılmıştır; hiyerarşik yapı tarafından daha az kontrol edilir ve belirli bir zaman ve periyot içindir. Delegasyon genellikle sözleşmeler yoluyla oluşturulan ilişkilerde kamu kurumlarına otonomi verilmesi için kullanılan bir yöntemdir böylelikle özel sektör ile ilişki kurulması sağlanır. (Vrangbæk, 2007: 49). Bu tip bir desantralizasyon bütün faaliyetlere değil tanımlanmış görevlerle ilişkilidir. Ulusal sağlık hizmetlerinin yönetiminin özerk bir kamu kurumuna verilmesi bunun örneğidir. Bu durumda sağlık bakanlığının en büyük işlevi strateji ve politika belirlemektir (Belek, 2009: 339).

Özelleştirme ise genel kamu işlevlerinin kâr amacı güden bir firma ya da kamu yararına çalışan sivil bir kuruluşa aktarımıdır. Özelleştirme hizmetin sunumu veya finansmanı veya her ikisine birden yönelik olabilir. Uygulamada bu iki ögenin çeşitli bileşenleri görülmektedir (Belek, 2013: 121). Özelleştirme kamu sorumluluğunda olan belirli işlevlerin sürekli ya da geçici olarak özel sektöre devridir (Vrangbæk, 2007: 48).

Genel olarak desantralizasyon savunucularının yerele ve alt birimlere ağırlık verilerek

kamu hizmeti sunulmasının gerekçeleri şu şekildedir (Bankauskaite ve Saltman, 2006: 16-17):

1. Merkezi sorumluluğu alt birimlere aktararak bürokrasiyi azaltmak ve verimliliği sağlamak.
2. Satın alma ve hizmet sunumunu ayırarak piyasa ilişkilerini genişletmek.
3. Yerel önceliklerin hasta ihtiyaçlarına uyumunu sağlayarak kaynakların etkin dağılımını gerçekleştirmek.
4. Yerel birimlerin aktif katılımını sağlayarak yerel yönetimleri güçlendirmek.
5. Hesap verilebilirliği kolaylaştırmak için merkezi yönetimin belirli görevlerini yerel birimlere aktarmak.
6. Sağlık hizmetlerinin kalitesini artırarak sağlık hizmetlerine en çok ihtiyacı olan kesimlere ulaştırmak.
7. Kaynakların yerel ihtiyaçlara göre dağılımını sağlamak.

Desantralizasyon uygulamalarının sağlık sistemleri açısından stratejileri ise iki başlık altında özetlenebilir (Bankauskaite ve Saltman, 2006: 18):

1. Sağlık hizmetlerinin planlama, finansman, sunum ve organizasyon sorumluluğunun merkezden yerel sağlık hizmeti birimine aktarmak.
2. Sağlık hizmeti sunumunda yenilikçi organizasyon yapıları kurarak özel sektörün rolünün artırmak.

Dünya Bankası'nın sağlık hizmetlerinde desantralizasyon anlayışını ifade ettiği ilk metin "Financing Health Services in Developing Countries" adlı dokümandır. Bu belgede Dünya Bankası, sağlık hizmetlerinin desantralizasyonunu ısrarla önermektedir. Planlama, bütçeleme, satın alma görevlerinin merkezi hükümetlerin kontrolünde olmasının verimsizliğe neden olduğu vurgulanmakta, ulusal sağlık hizmetleri politikalarında piyasa yöntemlerinin kullanılmasının ve yerel birimlere daha çok yetki ve sorumluluk verilmesinin hem personel hem de kaynakların dağılımı açısından iyi sonuçlar doğuracağı ileri sürülmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda merkezi hükümetlerin baskın olduğunu fakat hizmetlerin sunumdaki verimliliği göz ardı ettiği iddia edilmektedir. Özellikle yerel birimlere verilen finansal otonominin kullanıcı katkılarıyla desteklenmesi gerektiği, sözleşmelerle hizmet alınımının ve tedavi edici hizmetler için kullanıcı katkılarının finansal sürdürülebilirliği sağlayacağı ısrarla vurgulanmaktadır (Dünya Bankası, 1987: 6)

Dünya Bankası 1993 yılındaki "World Development Report: Investing in Health" raporunda ise sadece sağlık sisteminin desantralizasyonun önemini vurgulanmamış bununla birlikte az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere verilen borç ve yardımların sağlık sistemlerini desantralize etmeleri koşuluna bağlı olduğunu ilan etmiştir (Tambulasi, 2013: 85).

Dünya Bankası ve diğer uluslararası kuruluşlar sağlık alanında desantralizasyonun yaygınlaşmasında epeyce başarılı olmuşlardır. Pratik olarak ülkeler merkezi karar alma gücünü daha aşağı birimlere devretmiştir (Homedas ve Ugalde, 2005: 86).

Desantralizasyon pek çok kişi tarafından temel sağlık hizmetlerini geliştirmenin yolu olarak görülmektedir. Buna göre desantralizasyon yerel toplulukları güçlendirmenin, yerel düzeyde sektörler arası iş birliğini geliştirmenin, toplum katılımını artırmanın ve yerel gereksinimlere göre planlama yapmanın yoludur. Öte yandan desantralizasyon özelleştirmenin, piyasayı güçlendirmenin, hizmet üretimi ile finansmanın birbirinden ayırmanın yolu olarak da el alınabilir (Belek, 2013:120).

Desantralizasyon eleştirel yaklaşımlar, bu sürecin sağlık hizmetlerinin aşırı parçalanmasına, merkezi sağlık birimlerinin güçsüzleşmesine, eşitsizliğe, yerel ve çıkar gruplarının güç kazanmasına neden olduğunu iddia etmektedir (Belek, 2013: 124). Güney Amerika’da 1990’lar boyunca gerçekleştirilen desantralizasyon uygulamalarından sonra ortaya çıkan tablo şu şekildedir (Homedas ve Ugalde, 2005: 87):

1. Yereldeki politikacılar her daim doğru karar verememişlerdir. Sağlık için ayrılan kaynakların başka alanlara kaydırılması mümkün olmuştur.
2. Kentsel topluluklar kırsal topluluklardan politik olarak daha etkilidir. Bu nedenle kentsel topluluklar sağlık alanına aktarılacak kaynakların daha büyük kısmını ellerinde tutar hale gelmiştir.
3. Desantralizasyon yerel düzeyde yozlaşmaya neden olabilmektedir.
4. Yerel düzeydeki yönetsel beceri ve uzman yokluğu önemli problemlerden birisidir.
5. Desantralizasyon küçük ölçekli ve yetersiz donanıma sahip hizmet sunumu manasına gelebilmektedir.
6. Daha küçük ölçekli örgütsel yapılar, büyük ölçekli tedarikçiler karşısında pazarlık gücünü yitirmiştir.
7. Yerel birimler fon sıkıntısı durumunda kullanıcı katkılarını yönelebilmektedirler.

Desantralizasyonun yüksek gelirli bölgelerde sağlık harcamalarını artırdığı ve bunun da sağlık maliyetlerini yükselttiği ortaya çıkmaktadır. Yüksek gelirli bölgelerde yönetimler toplum ihtiyacına daha çok önem vermekte yüksek kalite hizmet üretmeye çalışmakta bununla birlikte komşu bölgelerle kıyaslandığında çifte hizmet üretimine sebep olarak sağlık harcamalarının artışına neden olmaktadır. Yüksek finansal otonomiye sahip bölgeler düşük gelirli bölgelerle karşılaştırıldığında sağlık hizmetinin sunumu açısından ekipman, kullanılacak personel kararları değişmekte hizmetsel eşitsizlikler ortaya çıkmaktadır (Alves vd., 2013: 82).

Desantralizasyonun demokrasi ve toplum katılımını sağlayacağı iddia edilmektedir.

Toplum katılımının gerçekleşmesi özel çaba gerekmektedir. Bunun olmadığı durumlarda yerel baskı grupları, yerel düzeydeki gücü tamamen eline geçirmektedir. Desantralizasyon ile merkezi yönetimi zayıflatarak kapitalizm koşullarında sermayenin gücü uç noktalara kadar taşınmaktadır. Sermayenin egemenliğine, mülkiyet ilişkilerine, gelir dağılımına dokunmayan desantralizasyon sermayenin yeni bir egemenlik aracı olarak işlev görmektedir (Belek,2013: 124).

Desantralizasyon bölgeler arası eşitsizliğin artmasına neden olmaktadır. Özellikle kaynak toplama yetkisinin desantralize edildiği durumlarda yoksul coğrafi bölgelerde kaynak bulma sıkıntısı ortaya çıkmaktadır. Bunu önlemek içinse merkezden kaynak aktarımının gerçekleştirilmesi ve güçlü kamu müdahalesi gerekir. Uygulamanın mantığına ters olmakla birlikte gelişmekte olan ülkelerde bu mümkün olmamaktadır. Bu uygulama yerel yönetimlerin gelişkin yönetsel kapasiteye sahip olmaması nedeniyle yönetim maliyetlerinin artmasıyla ve bürokrasinin daha da derinleştirmeye sonuçlanabilmektedir (Belek, 2013: 124-125).

Son yapılan çalışmalar desantralizasyonun sağlık sistemlerinin organizasyon yapısını bozduğu, çok sayıda belirsiz alan ortaya çıkardığı saptanmıştır. Özetle desantralizasyon eski entegre ve koordine sağlık sistemi yapısını belirsizlikler sarmalına sürüklemektedir. Özellikle sağlık hizmetlerinin dağılımının kim tarafından, kime, hangi bölgelere nasıl dağılacağı konusunda belirsizlikler mevcuttur. Sağlık hizmetlerinin finansmanı için yerel birimler nasıl kaynak toplayacaktır ve hizmet sağlayıcılar hizmet sunumu ile finansmanının ayrıştırılmış olduğu bu modelde hizmet geri ödemeleri nasıl yapacaktır belirsizdir. Sağlık emek gücü açısından ise hizmetler açısından emek gücünün dağılımı nasıl gerçekleştirilecektir belirsizdir. Sağlık politikaları açısından sağlık politikalarına kim karar verecektir, kim yönetecektir ve bu karar verme sürecinde paydaşlar ve onların katkısı ne olacaktır belirsizlikler mevcuttur. Sağlık hizmetleri özel sektör mü yoksa kamu tarafından mı sunulacaktır, mülkiyet yapısının nasıl şekilleneceği ve sağlık bilgi sistemleri açısından koordinasyonun nasıl sağlanacağı, raporlamada kullanılacak teknolojiye kadar uzanan geniş skalada standartların nasıl sağlanacağı belirsizdir (Mohamed, 2016: 4-5).

2.3. Sağlık Hizmetlerinde Yönetişim

YKY anlayışı geçtiğimiz on yıllar boyunca küresel bazda kamu sektörüne reformlar yoluyla etki etmiştir. YKY reform hareketinin temel dayanağı bürokratik, politikacılar tarafından etkilenen, verimsiz, zamana uyum sağlamayan kamu birimlerinin dönüştürülmesi fikrine dayanır. Bu bağlamda hükümetler geleneksel kamu bürokrasisinin daraltılması veya hizmetlerin dağılımında yeni örgütlenme yöntemlerini benimsenmesiyle artan maliyetleri

azaltmaya ve piyasa baskılarına karşı daha çabuk refleks verecek yöntemler bulmaya zorlanmıştır (Lindlbauer vd., 2016: 310).

Kamu yönetiminde daha esnek yapıların görülmesi 1980'lerin sonunda YKY anlayışı yönlendirmesi altında ortaya çıkmıştır. Sağlık reformlarıyla bağımsız karar alabilen hizmet sunucuların, planlanan ve yönetilen yarı piyasa benzeri bir ortamda rekabetçi şekilde faaliyet göstermesi amaçlanmıştır (Duran ve Saltman, 2013: 14). Bu gelişmeler sağlık alanında yönetişim kavramının ortaya çıkmasına neden olmuştur. Sağlık alanında yönetişim kamu sektöründe uygun ve tutarlı kararlar verilmesini sağlayan yapıların kurulmasını, farklı paydaşların sürece dahil olmasını, düzenleme ve denetlemeyle şeffaflığın sağlanmasını amaçlayan bir kamu yönetimi anlayışıdır (Chanturidze ve Oberman, 2016: 508).

Sağlık alanında yönetişim, hizmet kullanıcıları, hükümet karar mercileri ve sağlık hizmeti sunucuları arasındaki rolleri, sorumlulukları ve etkileşimleri yöneten kurallara atıfta bulunmaktadır. Bu etkileşimler sağlık hizmetlerinin toplumsal organizasyonunu şekillendirmektedir. Sağlık alanında yönetişimden bahsederken hükmetmek anlayışından yönetmeye geçiş anlaşılmıştır. Bu süreç bürokratlar tarafından pasif bir şekilde yönlendirilen kamu anlayışından hizmetin ve finansmanın karma bir şekilde yapıldığı, aktif tüketici vatandaşa ve profesyonel yönetime geçişi içeren kamu yönetimini içermektedir. Sağlık alanında yönetişim sadece bir yönetim anlayışı değildir, bunun yanında sağlıkla ilgili her düzeyde paydaşlar arasındaki stratejik etkileşim ve müzakere süreçlerini ifade eder (Rensburg vd., 2016: 1).

Sağlıkta yönetişim anlayışı karar verme süreçlerini odaklanmakta ve karar verme süreçleri makro, orta ve mikro düzey olarak ayrıştırılarak analiz edilmeye çalışılmaktadır. Makro düzeyde ulusal hükümetler sağlık sisteminin temel yapısı, organizasyonu, finansmanı hakkında karar verirler. Makro düzeydeki yönetişim anlayışı geleneksel olarak ulusal, bölgesel ya da ulus altı sağlık sistemi organizasyonunun genel çerçevesini ve kurumların operasyonel altyapılarını yeniden yapılandırmasıyla ilgilenir; karar verme süreçlerine özel sektör ve sivil toplum katılımı esas alınır. Hastane reformlarının temelini oluşturan orta düzey yönetişimi anlayışı ise hastanelerin bağımsız karar alma süreçlerine odaklanmıştır. Mikro düzeydeki yönetişim anlayışı ise hastaneler içerisindeki personelin, hizmetlerin günlük operasyonel yönetimine odaklanmıştır ve piyasa etkileşimlerinin önemini vurgular. Bu tür bir ayrıştırmanın nedeni sağlık sistemindeki koordinasyonu sağlayan farklı faaliyet alanlarını belirlemek ve bu süreçleri geliştirmeyi amaçlamak olarak belirtilmektedir. Özetle geleneksel sağlık sisteminde birbirine bağlı olan bu yapılar profesyonel karar verme süreçleriyle ayrıştırılmaya çalışılmaktadır (Saltman ve Duran, 2011: 4).

2.4. Sağlık Hizmet Sunucularının Piyasa Aktörü Haline Dönüştürülmesi: Hastanelerin Özerkleşmesi ve Şirketleşmesi

Hastanecilik hizmetleri sağlık harcamalarının asıl gerçekleştiği alandır. Toplam sağlık harcamalarının %70'i hastanecilik hizmetleri için yapılır. Teknolojik gelişmeler sağlık harcamalarının artışına neden olan faktör olarak öne çıkmaktadır. Bütün bunlar hastane hizmet maliyetlerinin kontrol altına alınmasını, sınırlandırılmasını, azaltılmasını zorunlu hale getiren nedenlerdir. Toplam sağlık harcamalarındaki artışın sınırlandırılabilmesinin yolu hastanecilik harcamalarına yönelmekten geçmektedir (Belek, 2013: 113).

1970 ve 1980'lere kadar sağlık hizmetlerinin sunumunda devlet ve ona bağlı diğer karar verici mekanizmalar sağlık hizmetlerinin sunumunda baskın bir role sahipti. Tipik olarak hastaneler, ulusal ve bölgesel olarak komuta ve kontrol edilmekteydi. Fakat zamanla çok sayıda ülkede bu roller değişime uğramıştır. Devletler sağlık hizmeti sunan kuruluşları doğrudan yönetmek yerine düzenleyici roller benimsemişlerdir (Saltman ve Duran, 2016: 33).

Bu çabanın temel nedeni yeni bir hizmet sunucusu modeli ortaya koymak ve devletin düzenleyici şemsiyesi altında eski bürokratik hiyerarşiden ayrıışan kamu hastanelerinin bağımsız karar veren birimlere dönüştürülmesi ile ilgilidir (Saltman ve Duran, 2016: 33). Bu bağlamda hastane reformları, mülkiyeti hala kamuda olan hastanelerin performansını artırması için organizasyon içerisindeki yöneticileri motive etmek adına kurum içi politika ve yönetim yapısını değiştirmeyi amaçlar (Hardling ve Preker, 2000: 7).

Hastane reformlarında bu amacı gerçekleştirmek üzere yönetim özerkliğini artıran ve kamu hastanelerinin işletmelere dönüştürülmesini sağlayan yöntemler uygulanmaktadır (Harding ve Preker 2000: 1-2).

Hastane özerkleşmesi, günlük karar verme süreçlerinde yöneticilerin daha çok inisiyatif alabildiği, piyasa basınçlarına karşı mevcut örgütü korumaya, genişletmeye ve hizmetlerin sunumuna bağlı olarak gelirini artırmaya çalıştığı bir yönetim anlayışıdır. Hastane özerkliğinin sağlanmasının ön koşulu gelir elde etme açısından motive edici fırsatların olmasıyla birebir bağlantılıdır (Hardling ve Preker, 2003: 53).

Sağlık reformlarıyla birlikte hizmet satın alma ve sunma işlevleri ayrıştırılmış, hastanelerin finansal sorumlulukları artırılmış, hizmet sunma, personel istihdamına ilişkin karar alma süreçlerinde sorumlulukları genişletilmiştir. Hastaneler artan şekilde rekabetçi davranış sergilemeye zorlanmıştır. Bunun için ise profesyonel yönetim yapılarının kurulması, görevlerin belirlenip ayrıştırılması yöntemleri benimsenmiştir (Eeckloo, 2004: 3-4).

Hastane şirketleşmesinde ise mülkiyet yine kamuda kalmakla birlikte hastane yönetiminde özel sektör yöntemleri benimsenmektedir. Özerklikten farkı hizmet üretimi için

gerekli olan tüm girdiler üzerindeki kontrol hastane yönetimdedir. Organizasyon bağımsız bir birim olarak kurulur, ticarileşmiş birim katı bütçe kısıtlamalarıyla sınırlandırılır ve hesap verilebilirliği aynı piyasa mekanizmasında olduğu gibi finansal performansı ile ölçülür. Örneğin iflas edebilirler. Hastane yönetimi piyasa mekanizmasının içerdiği rekabet ve varlığını sürdürmeye dayalı basınçlar altındadır. Şirketleşmiş hastaneler fazla gelirlerini ellerinde bulundurabilir, katı bütçe kısıdı içerisinde ellerindeki bütçeyi istedikleri gibi kullanabilirler (Hardling ve Preker, 2003: 54-55).

Hastane reformlarının temel amacı çeşitli derecelerde hastanelere otonomi sağlanmasıdır. Bu reform çalışmaları özü itibariyle politik alanın hastanelere müdahalesinin sınırlandırılmasını amaçlar. Özerkliği ve ticarileşmeyi sağlamanın dört yolu bulunmaktadır. Bunlar kurumsal düzenlemeler, finansal düzenlemeler, hesap verilebilirlikle ilgili düzenlemeler ve karar verme ile sorumluluk alanındaki düzenlemelerdir (Duran ve Saltman, 2013: 3).

Kurumsal düzenlemeler hastane reformlarının merkezi unsurudur. Bunlar hastanelerin aldığı yasal biçimleri belirler. Bu yasal biçimler bağımsız vakıfları, şirketleşmiş kamu işletmesi hastanelerini, yönetim kurullu kamu hastanelerini ve yeni piyasa merkezli kamu örgüt biçimlerini içerir. Hastane yönetimleri ekonomik, politik ve sosyal hedeflerle uyumlu olmak koşuluyla kamu iradesinden bir dereceye kadar bağımsızlaşmıştır. Uygulamada ulusal ya da bölgesel yönetimlerin kimi kararlarına bağlı olmakla birlikte yarı otonom şekilde faaliyet gösteren bağımsız hastane tröstleri, vakıf hastaneleri, kamu girişim hastaneleri ve anonim şirket hastaneleri ortaya çıkmıştır (Duran ve Saltman, 2013: 4-5).

Finansal özerkliği sağlayacak düzenlemeler ise kaynak, yatırım, harcama bütçeleri üzerindeki karar verme yetkisi ile borçlanma kabiliyetini belirlemektedir. Avrupa Birliği'nde bu reformları yapan ülkelerde hastaneler ile ilgili yatırım sermayesi kararlarında merkezi yönetimlerin ağırlığı bulunsun da gerekli olan büyük ekipman, yenileme ve yeni altyapı yatırımları için hastaneler banka kredilerinden, uluslararası hibelerden ya da kendi yatırım bütçelerinden faydalanmaktadır. Yatırım kararları hastanelerin yönetim kurulları tarafından kabul edildikten sonra gerçekleşmektedir. İspanya, Portekiz ve Norveç gibi ülkelerde günlük giderler, personel ödemeleri, genel giderler için aktive dayalı işletme sermayesi kullanılmaktadır ve hastane yönetim kurulları bu konularda yetki sahibidir (Duran ve Saltman, 2013: 4-5).

Hesap verilebilirlik ile ilgili özerkliği sağlayan düzenlemeler ise finansal ve örgütsel performans ve politik hesap verilebilirlik gibi alanlarda geleneksel kamu denetimi de dahil olmak üzere halk, hastalar, kamuoyu gibi başka paydaşlara sorumlu olunmasını, raporlama ve bilgilendirme sistemlerini içerir. Uygulamada denetleme kurulu yöntemi kullanılmaktadır.

Bunlar bölgesel, yerel ve ulusal politik otoriteden arındırılmış bağımsız kurullardır. Kimi uygulamalarda yönetim kurulları sorumlu iken kimisin de direkt hastane yönetimine atanmış profesyonel yöneticiler sorumluluğu üstelenmektedir (Duran ve Saltman, 2013: 4-5).

Alınan kararların sorumluluğunu düzenleyen uygulamalar ise politik müdahalelerden bağımsızlaşma ve beklenmeyen durumlarda inisiyatif alma dereceleriyle belirlenmektedir. Hastaneler personel istihdamını sözleşmeler yoluyla yapabilmekte, yöneticiler personelin sayısına ve pozisyonuna karar verebilmekte ve hastane yönetimi yeni tedavi yöntemlerinin uygulanmasında, yeni servislerin kurulmasında sorumluluk alabilmektedirler. Yönetim kurulları departmanların performanslarını değerlendirilerek bazı servislerin kapatılmasına bile karar verebilmektedir (Duran ve Saltman, 2013: 4-5).

Reformlar sonucunda değişik ülkelerde değişik işletme ve mülkiyet biçimleri ortaya çıkmıştır. Bunlara örnek vermek gerekirse İngiltere'de özyönetim ve vakıf işletmeleri, Estonya ve Çek Cumhuriyeti'nde anonim şirketler, İsveç'te kamu sermaye ortaklığı, Norveç'te devlet girişimleri, Portekiz'de kamu girişimi hastaneleri, İspanya'da kamu sağlık bakım şirketleri gibi değişik uygulama çeşitleri mevcuttur (Saltman vd., 2011: 37).

2.5. Hastane Özerkleşmesini Pekiştiren Yöntem: Hastane Ödemelerinde Değişim

Satın alma ve üretim işlevlerinin birbirinden ayrılması ile sözleşme mantığının esas kılınması hizmet üreten kurumlara ödeme biçimlerinin önem kazanmasına neden olmuştur. Sağlık hizmetini finanse eden kurumun, sağlık hizmetini üreten kuruma, güvence altına aldığı bireylerin kullandığı hizmet karşılığı ödeme yapması gerekir. Ödeme mekanizmaları finansör ve hizmet üreticisi kurumlar arasındaki ilişkiyi tanımlar. Ödeme mekanizmalarının hizmetin verimliliği ve eşitliği üzerinde önemli etkileri vardır (Belek, 2009: 131).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sağlık sektöründe kamunun ağırlığının hissedildiği dönemlerde hastanelerin finansman yöntemi bütçe transferi şeklinde gerçekleşmektedir. Bu modelde hem hizmet sunumunda hem de bu hizmetlerin finansmanında kamu baskın roldedir. Harcama kalemleri bütçeler adı verilen bu yöntemde merkezi sağlık otoritesi yerelde kendisine bağlı birimlere belirli büyüklükteki bir harcama miktarını transfer eder. Bu bütçeler belirli harcama kalıpları ve kalemlerine göre sınıflandırılmaktadır. Örneğin yatak sayısı, personel giderleri, cari harcamalar gibi kategorilere ayrılmaktadır. Bütçenin belirlenmesinde önceki yıl harcamalar dikkate alınır ve bütçe kalemler halinde, bu kalemlerin arasında yeniden dağılımın olmayacağı bir şekilde tahsis edilir. Dönem sonunda kullanılmayan harcama kalemleri merkeze iade edilmektedir (Langenbrunner ve Wiley, 2002: 152).

Sağlık reformlarının tartışılmaya ve uygulanmaya başlandığı 1990'lı yıllarda bu model

eleştiriye tabi tutulmuştur. Finansman ve sunumun ayrıldığı, birden fazla finansör ve hizmet sunum biriminin sağlık sistemine dahil edildiği, bunların kamu ya da özel sektörden herhangi birinin olabileceği modelde harcama kalemleri bütçelerin maddi zemini kalmamış yerine başka ödeme mekanizmaları arayışına gidilmiştir (Barnum vd., 1995: 25-26).

2.5.1. Global Bütçeleme

Global bütçeler belirli bir programın yürütülmesi için sabit bir ödeme ve ödenektir. Finansmanı yapan kurum ve hastane arasında genellikle bir sonraki yıla ilişkin olarak yapılan müzakereler sonucunda belirlenir. Bu tam anlamıyla geleceğe yönelik önceden yapılan bir ödemedir (Geissler vd., 2011: 14).

Global bütçe hizmetleri birleştirmenin en geniş kapsamını temsil etmektedir. Bütçenin, değişik üretim alanları arasında hastane yönetimi tarafından kaydırılmasına olanak verir. Artan ödeme yine hastanede kalır. Yöneticilere karar alma esnekliği ve hizmetlerin üretimi için gerekli girdileri planlama yetkisi verir (Belek, 2013: 101). Hastanenin yıl sonuna kadar bu bütçe ile bütün programı gerçekleştirmesi beklenir. Bu yolla hastanelerin bütçeyi daha verimli bir şekilde kullanacakları varsayılır (Belek, 2009: 139).

Global bütçe daha önceden belirlenmiş belirli bir kalite standartında hizmetin miktarı ile maliyeti arasındaki değiş tokuşu gerektirir. Hizmetlerin maliyeti düştükçe üretilen hizmet miktarı ve çeşidi artacaktır. Aynı şekilde hizmet maliyetleri artarsa üretilen hizmet miktarı azalacaktır (Dredge, 2004:9). Global bütçe maliyetleri kontrol altına alarak en düşük maliyetten en uygun hizmeti bütçe kısıtları dahilinde sağlamanın yolu olarak ortaya çıkmaktadır. Yöneticiler sorumluluk alanlarının genişlemesiyle daha çok inisiyatif alacak böylelikle verimlilik artacaktır (Barnum vd., 1995: 25-26).

Global bütçe kısıdı içerisinde kalmaya ilişkin çabalar yeterli hizmet ve kalitede hizmet üretemeyen hastaneler riski yaratmaktadır (Geissler vd., 2011: 14).

2.5.2. Hizmet Başına Ödeme

Hizmet başına ödemede belirli hizmetlerin sağlanmasına bağlı olarak hizmet sunucusuna geri ödeme yapılır. Ödeme yapılan hizmetler için finansmanı sağlayan ile hizmeti sunan birim arasında mutabık kalınan şartlar dahilinde hastanelerin mevcut kaynak potansiyeli belirlenir. Bu yöntemin daha fazla hizmet üretmek için sağlık hizmeti sunucularına motivasyon sağladığı iddia edilmektedir. Hizmet üreten birim ne kadar çok üretimde bulunursa o kadar çok gelir elde edecek ve hastane maliyetlerini kendisi kontrol ettiği için hizmeti daha düşük maliyetle üretmeye çalışacaktır (Langenbrunner ve Wiley, 2002: 154).

Bu yöntemde hizmet sunucuları hastaların gereksiz sağlık hizmeti kullanmasına neden olarak aşırı ve gereksiz hizmet sunabilirler; genellikle sağlıkla ilgili harcamaların artmasına neden olmaktadır. Özellikle az gelişmiş ülkelerde özel sektörü özendirmek için kullanılmaktadır (Roberts vd., 2010: 197).

2.5.3. Günlük Temelde Ödeme

Günlük temelde geri ödeme yöntemi hastanede yatış gününe göre yapılan bir ödeme şeklindedir. Bundaki amaç hastane doluluk oranını ve yatak sayısını artırmaya yöneliktir. Hastanede kalış süreleri geçmişe yönelik ortalama alınarak elde edilir. Yatan hastalar için günlük oran, belirli bir zaman diliminde belirli bir nüfus grubuna sunulan yataklı tedavi hizmetlerine ait toplam maliyetin, o zaman dilimi içerisindeki toplam kalış gün sayısına bölünmesi ile hesaplanmaktadır. Yüksek doluluk oranları için hastaneye kabul ve kalış sürelerini uzatmakla verimlilik sağlanmaktadır. Erken kalış sürelerine daha yüksek ödeme oranları sağlanarak da sürekli olarak hizmet üretilmesi amaçlanmaktadır (Langenbrunner vd. 2009: 9).

Bu yöntemde hastaneler hastaları hastanede daha uzun süre tutma eğiliminde olabilirler. Bunun nedeni, hastane kalış sürülerinde son günlere doğru hastanın iyileşmesinden kaynaklı maliyetin düşmesidir. Günlük temelde yapılan ödemeler hastaneleri, daha yüksek yatak işgal oranına sahip olmaya yönlendirir (Roberts vd. 2010: 201).

2.5.4. Kişi Başına Ödeme

Bu yöntemde finansör kurum hizmet sağlayıcıya kendisine kayıtlı her kişi için belirli bir hizmet seti dahilinde ödemede bulunur. Kişi başına ödeme sistemi hizmet çıktılarına odaklanmıştır ve çeşitli sağlık hizmetlerinin belirli bir periyot dahilinde üretilmesini amaçlamaktadır. Temel ilke hizmet sağlayıcılara yapılan ödemelerin hizmet üretimi için yapılan girdilerle bağlantısının olmamasıdır. Böylelikle sorumluluk hizmet sunan birim üzerindedir. Hizmet sağlayıcının çeşitli sağlık hizmetlerini belirli bir nüfus büyüklüğü için üreterek kendisine sağlanan bütçeyle maliyetleri düşürüp üretim yapması amaçlanmaktadır. Hizmet sağlayıcı verimliliği artırarak daha fazla gelir elde etmektedir. Kişi başına ödeme sisteminde hizmet sunucusundan daha fazla hizmet üretmek için kendisine kayıtlı kişi sayısını artırması beklenmektedir (Langenbrunner vd. 2009: 7).

Bu yöntemde hizmet sunucu maliyetleri düşürmek için düşük riskli hasta gruplarına yönelebilir, maliyetleri düşürmek için düşük nitelikte hizmet sunabilir, bunun yanında yetersiz hizmet sunabilir (Langenbrunner vd. 2009: 7-8).

2.5.5. Tanıya Dayalı Ödeme (DRG)

DRG ödeme şekli en çok uygulanan hastane ödeme yöntemidir. Hastanelerde her yatış dönemi DRG denilen tanı grupları aracılığıyla tanımlanmaktadır (Ayanoğlu vd., 2014: 274). Genellikle DRG tipi hastane ödeme sistemleri iki temel bloktan oluşur. Birincisi hasta sınıflandırma sistemi, ikincisi maliyeti tanımlayan her DRG başına bir fiyat ve maliyet oranı olan ödeme oranı mekanizmasıdır. Her sınıflandırma (DRG) sistemi tanıya bağlı olarak tanımlara, prosedürlere ve demografik özelliklere göre şekillenen hasta gruplarını belirler. Bu sınıflandırma hasta gruplarını benzer kaynakların tüketilmesi bağlamında yapılandırır. DRG hasta özelliklerini kaynak kullanımıyla ilişkilendirerek hastane ürün şeması oluşturur. Ödeme oranı ayarlama mekanizması DRG grupları içerisinde hastaların tedavi edilmesi için gerekli olan kaynak gereksinimin ve ödeme (ortalama fiyat) oranını belirler. Ödeme oranı yüksek olursa hastanelerin kaynakları verimli olarak kullanmadığı varsayılır. Bu yüzden hastanelerin hasta tedavilerindeki ortalama maliyetlerinin bilinmesi gerekir. Bu iki temel mekanizmanın yanı sıra DRG tipi hastane ödemeleri için klinik ve maliyet verilerinin toplanması için süreçlerin oluşturulmasına ihtiyaç vardır. Klinik datalar DRG grupları ile ilgiliyken maliyet dataları ödeme oranının belirlenmesinde kullanılır (Scheller vd., 2009: 1-4).

DRG'yi politika uygulayıcılar hastane performansını ve kaynak kullanımını karşılaştırmak için kullanmaktadır. Hastanelerin piyasa benzeri baskılar altında kaynakları en iyi dağılımını gerçekleştirilmesi amaçlanmakta ve piyasa ilişkilerinin sağlık sektörüne yerleştirilmesi sağlanmaktadır. Bu modelin uygulanabilmesi için teknik detaylara ve operasyonelleşmeye ihtiyaç vardır. Anlamlı karşılaştırmalar yapabilmek, sosyal amaçlar için hizmet sunucularını yönlendirmek gibi zorluklar içermektedir. Çoğu ülkede anlamlı sonuçlar ve karşılaştırmalar çıkmamıştır. Bu modelin işleyebilmesi için ciddi yönetsel mekanizmaların kurulması gerekmektedir (Scheller vd., 2009: 4).

Bu piyasacı karmaşık model özetle hastaların tedavisinde ortaya çıkan gerçek harcama düzeyi yerine, her işlem ve hasta sınıfı için belirlenmiş sabit fiyatlar üzerinden ödeme yapılmasını öngörür. DRG, ortalama yatarak tedavi sürelerinin kısaltılması yönünde hastanelere yapılan baskının aracı haline gelmiştir. Zira hastanede kalış süresi ne olursa olsun hastaneye aynı tutar ödenmektedir (Hermann, 2008: 151).

2.6. Sağlık Sistemlerinin Finansmanın Özelleştirilmesi

İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra gelişmiş kapitalist ülkeler sağlık hizmetleri gibi sosyal refah programlarına yatırım yapıp hizmet sunumunu genişletmiş ve kamu harcamaları artmıştır. O dönem devletin kapasitesindeki artış ilerlemenin işareti olarak görülmüştür. 1960'lar ve

70'lerle birlikte ampirik bulgular ile desteklenen veriler özellikle OECD ve ABD'de sağlık harcamalarının artışının GSYH artışını geçtiğine işaret etmiştir. Bu sonuçlar sağlıkla ilgili harcamalarının sorgulamasına neden olmuştur (Borgonovi ve Compagni, 2013: 35).

İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra dünya siyasetindeki genel sol siyasi eğilim hükümetleri herkesin erişebileceği sağlık sistemleri için halkın taleplerine cevap vermek zorunda bırakmıştır. Sağlık harcamaları GSYİH'nin %7'sine ulaşmış, vergiler ve primle finanse edilen iki tip sağlık sistemi ortaya çıkmıştır. 1950'lerden sonra ortaya çıkan sağlık sistemleri tam istihdam koşulları altında ortalama 65-70 yıl yaşam süresi ve 60-65 yaş arası emekli olan vatandaşlara hizmet vermektedir ve yaşam boyunca elde edilen kazançlar ile tasarruflar sağlık sistemlerini finanse etmeye az ya da çok yeterli olmaktadır. 20. yüzyılın sonuna doğru ortalama insan ömrünün 80 yaşın üzerine çıkması, tıp bilimi ve teknolojisinin çok geç yaşlarda bile kaliteli yaşam süresinin arttırmasına neden olmuş buna sağlık harcamalarının artışı eşlik etmiştir (Liaropoulos ve Goranitis, 2015: 1).

Küreselleşme ile birlikte ülkeler içerisinde gelir dağılımının bozulması eşitsizliklerin kaynağı haline gelmiştir. Ülkelerin vergileme kapasiteleri daralmış refah ve sosyal güvenlik ağlarının finansmanının sağlanması açısından problemler ortaya çıkarmıştır. Özellikle sağlık sistemlerini geliştirmek isteyen gelişmekte olan ülkeler için finansman problemini ortaya çıkarmıştır. Neoliberal dönemde yaşanan ekonomik krizler ve yaşanan durgunluklar gelir eşitsizliğinin daha da artmasına ve toplam talebin düşmesine neden olmuştur. İşsizlik ve ekonomik sıkıntılar kamu sağlık hizmetlerine olan talebin artmasıyla sonuçlanmıştır (Liaropoulos ve Goranitis, 2015: 2).

Siyasi, politik ve etik tartışmalar sağlık hizmetleri için gerekli olan finansman kaynağının nerden sağlanacağı üzerine odaklanmaktadır. Özel sağlık sisteminin olduğu ülkelerde bu yükün tamamı hizmet kullanıcıları üzerindedir. Bununla birlikte çoğu gelişmiş ve gelişmekte olan ülkede sağlık hizmetlerinin finansmanı ya vergilerle ya da çalışanların katkıları olan primlerle finanse edilmektedir. Bu ülkelerde küreselleşmenin getirdiği ekonomik belirsizlikler sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda büyük tartışmalara neden olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanın kim tarafından sağlanacağı bir toplumun ahlaki ve değer sistemlerine atıfta bulunmaktadır. Tartışmalar bu bağlamda sosyal katılımın, kişisel sorumlulukların, seçim özgürlüğünün altını çizen derin ideolojik ve politik bir sorunlar içermektedir (Liaropoulos ve Goranitis, 2015: 2-3).

Sağlık reformlarıyla birlikte sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini sağlamak için kamu ve özeline karışık şekilde sağlık hizmetlerinin finansmanına katılımı egemen yaklaşım olmuştur (Borgonovi ve Compagni, 2013: 35).

2.6.1. Sağlık Sistemlerinin Sürdürülebilirliği için Finansmanın Özelleştirilmesi: Maliyet Paylaşımı

Maliyet paylaşımı, sağlık hizmetlerine olan talebin azaltılması ve sağlık sistemi için gelir artırmanın bir yolu olarak sağlık hizmetlerine erişim oranının belirlenmesi için kullanılmaktadır (Thomson vd., 2009:45). Bunlar genellikle hizmet noktasında kullanıcıya yüklenen pozitif fiyatlardan oluşur ve iktisadi teoride tüketici fiyatları olarak modellenmektedir (Staible ve Thomson, 2014: 11).

Kullanılan sağlık hizmeti sonucunda kullanıcı tarafından ödenen maliyetlere maliyet paylaşımı denilmektedir. Sağlık hizmetlerinde maliyet paylaşımının üç ana mekanizması vardır. Co-Payment (ödemeye katılım), hastanın kullandığı sağlık hizmetleri için hizmet türüne göre değişen miktarda sabit bir ödeme yapmasıdır. Co-insurance (sigortaya katılım), hastanın kullandığı hizmet maliyetinin belirli bir yüzdesini kendisi maaşından ödemesidir. Debuctible (ödeme sınırı), sosyal güvenlik kurumunun belirlediği bir maliyet sınırına kadar hizmetin bedelinin karşılanması sonrasındaki bütün maliyetin hasta tarafından üstelenilmesidir (Belek, 2013: 38).

Kamusal hizmetlerin görülmesinde kullanıcı katkıları, piyasa mekanizmalarının kamusal alana yerleştirilmesi olarak teorize edilmektedir. Kamusal hizmetlerin finansmanın tamamının olmasa da bir kısmının kullanıcı katkılarıyla sağlanması piyasa sinyallerine dayalı finansman olarak adlandırılmaktadır (Blöchliger, 2008: 7-8).

Kullanıcı katkıları ile gelir elde etmek ve kaynakların dağılımıyla ilgili verimliliği sağlamak amaçlanmaktadır. Kamu hizmetleri için kişilerden kullanıcı katkıları alınması kamuya denk gelen maliyetlerin düşürülmesini sağlayacak, böylece belirli bir bütçeyle sağlanan kamu hizmetlerinin miktarı artacak ve maliyetler açısından daha verimli bir hizmet sunulacaktır. Kullanıcı katkıları kamusal mal ve hizmetlerden gereğinden fazla faydalanılmasını engelleyerek en çok ihtiyacı olanların mal ve hizmetlere ulaşımını sağlayacaktır (Dupas, 2012: 4-5).

Sağlık sisteminin sürdürülebilirliğine katkıda bulunmak için maliyet paylaşımı potansiyel iki unsura dayanır. Birincisi, maliyet paylaşımı ek finansman kaynakları üretir. Dolayısıyla, maliyet paylaşımı yoluyla bazı sağlık harcamalarının sorumluluğu kamu bütçesinden hastalara kaydırılır. İkincisi, maliyet paylaşımının kamu tarafından finanse edilen sağlık hizmetlerinde verimliliği artırması beklenir; çünkü hastaların sağlık hizmetleri fiyatıyla karşı karşıya kaldıklarında gereksiz ve düşük nitelikli sağlık hizmetlerinin kullanımını azalttığı düşünülmektedir (Tambor vd., 2015: 1).

Gelişmiş ülkelerde kamusal olarak finanse sistemlerinde, maliyet paylaşımı sıklıkla

hastanın sorumluluğunu artırmak için bir önlem olarak uygulanır ve böylelikle sağlık hizmetleri kaynaklarının daha verimli kullanılması amaçlanır. İktisat teorisi, etkinlik sağlamak amacıyla hasta maliyet paylaşımının uygulanmasına ilişkin mantığı ortaya koymaktadır. Fiyat malların veya hizmetlerin talep edilen miktarlarının önemli bir belirleyicisi olduğundan, sağlık bakım hizmetinin kullanım safhasında ücretsiz olması talep edilen miktarı artırmaktadır. Bu ilave sağlık hizmetlerinin tüketiminin marjinal faydası, marjinal maliyetlerinden daha düşük olduğu için, bu talebin bir kısmı fazla talep olarak düşünülmektedir. İktisadi açıdan bakıldığında, harcanan kaynaklar için en iyi sonuç elde edilemediğinden etkinlik daha da kötüleşecektir. Böylece iktisadi teori, tüketicilerin ödeme yapmak zorunda kaldıklarında daha maliyet-bilinçli hale geleceklerini öngörmektedir. Yani hasta fiili hizmet kullanımından önce beklenen faydaları değerlendirecek ve yalnızca faydası maliyetini aşan hizmetleri kullanma eğiliminde olacaktır (Tambor vd., 2015: 2).

Önemli miktarda kaynak yaratan bir maliyet paylaşım sistemi tasarlamak basit bir süreç değildir ve tüketicilerin sağlık hizmetleri fiyatlarındaki değişime nasıl tepki gösterdiğine ilişkin verileri gerektirir. Talep fiyata aşırı duyarlıysa, maliyet paylaşımı sağlık hizmetlerinin kullanımını büyük ölçüde azaltır. Bu elde edilen geliri sınırlar ve aynı zamanda nüfusun sağlık durumunu olumsuz yönde etkileyebilir. Sağlık hizmetlerini kullanma kararı çoğu kez hastanın tercihi değil hekimin kararıdır ve bu durumda sağlık hizmetlerine fiyatların uygulanması talep edilen miktarı değiştirmesi beklenemez. ABD'den elde edilen kanıtlar, maliyet paylaşımının hasta ziyaretlerinin sayısını azaltmasına rağmen sağlanan hizmetlerin yoğunluğunun sağlayıcılar tarafından yönlendirilmesinden dolayı hizmet miktarının değişmediğini ortaya koymaktadır. Dolayısıyla, yeterli arz yönlü önlemler olmaksızın tek başına maliyet paylaşımının, sağlık hizmetlerinin maliyetinin kontrolünde etkinliği düşüktür (Tambor vd., 2015: 3).

Sağlık hizmetlerinin asimetric bilgi niteliğinden dolayı hastanın gerekli ya da gereksiz hizmet tüketimini maliyet paylaşımına dayanarak değerlendirmesi pek mümkün gözükmemektedir. Özellikle pozitif dışsallığı olan kamusal mallarda, örneğin koruyucu sağlık hizmetlerinde, tüketimden elde edilen bireysel ya da sosyal faydanın tüketiciler tarafından tam olarak değerlendirilemediği ve dikkate alınmadığı iyi bilinmektedir. 1970'lerde gerçekleştirilen maliyet paylaşımı programları sadece gereksiz sağlık hizmeti talebini değil aynı zamanda tıbbi açıdan uygun ve gerekli olan sağlık hizmeti talebinin de azaltmıştır. Düşük gelirli ve kronik hastalar ise maliyet paylaşımından orantısız olarak etkilenmektedir. Avrupa ülkelerindeki maliyet paylaşımı politikalarının etkileri üzerine yapılan araştırmalar maliyet paylaşımının olumsuz sonuçlar doğurduğunu ortaya çıkarmıştır. Fransa'da maliyet paylaşımının hekim

ziyaret sıklığını düşürdüğü fakat bu düşüşün alt sosyoekonomik gruplardaki kişilerde daha fazla olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde, Almanya'da yoksul hastaların doktor ziyaretini azalttığı gözlemlenmiştir (Tambor vd., 2015: 3).

2.6.2. Azgelişmiş Ülkelere Kullanıcı Katkısı Dayatması: Gelir Elde Etme ve Hizmet Dağılımının İyileştirilmesi

Kullanıcı katkıları pek çok düşük ve orta gelirli ülkede kamu sektörünün içine girdiği finansal krize karşı önemli bir politika aracı olarak teşvik edilmiştir. Bunlar, yapısal uyum politikalarında öne sürülen neoliberal ekonomik politikaların ayrılmaz bir parçasıdır (Gilson, vd., 1995: 370). Yapısal uyum programlarına göre sağlık sektörünün ekonomiyi oluşturan diğer sektörlerden bir farkı yoktur. Böylelikle sağlık finansmanına kullanıcı katkılarının yerleştirilmesi piyasa merkezli reformların ana amacı olmuştur. 1980 ve 1990'larda başlayan piyasa liberalizasyonlarıyla birlikte pratikte ücretsiz ve kamusal olarak sağlanan sağlık hizmetleri diğer sektörler gibi kıt kaynakların olduğu bir sektör olarak tanımlanarak kullanıcı katkılarıyla finansmanı sağlanmıştır (Mwbau, 1997: 7-8).

Sağlık sektöründe kullanıcı katkıları neoklasik iktisat teorisinin prensiplerine dayanan fiyatlandırma stratejisi yoluyla verimliliğin sağlanacağı iddiasına yaslanmaktadır. Teorik olarak kullanıcı katkıları sadece kişiye özel mallar olan ikinci ve üçüncü basamak tedavi edici hizmetler için kullanılmalıdır. Tam finansman sadece piyasa başarısızlıklarının olduğu kamusal mal ve hizmetlerde gerçekleşmelidir (Gilson vd., 1995: 371-372).

Kullanıcı katkılarının gelişmekte olan ülkelerin politika gündemine girmesi, Dünya Bankası'nın 1987 yılında yayımladığı "Health Financing in Developing Countries: an Agenda for Reform" adlı raporuyla olmuştur. Raporda kullanıcı katkılarının verimliliği artıracığı, gereksiz hizmet talebini azaltacağı, geleneksel olarak kamu bütçesinden sağlanan finansmana ek olarak kaynak yaratacağı, personel kalitesini ve motivasyonunu artıracığı, sağlık hizmetlerin eşitlikçi şekilde dağıtacağı savunulmuştur (Lagerde ve Palmer, 2011: 5).

Sağlık hizmetlerinde kullanıcı katkılarını şiddetle savunan Dünya Bankası'na göre, azgelişmiş ülkelerde kullanıcı katkıları dört nedenden dolayı sağlık sisteminin sorunlarını çözebilir (Dünya Bankası, 1987: 25-26):

1. Kullanıcı katkılarının sağladığı ek kaynakla daha kaliteli hizmet sunulur.
2. Kullanıcı katkılarıyla sağlık hizmetleri yoksulların yoğun olarak bulunduğu kırsal kesime kadar ulaştırılabilir.
3. Kullanıcı katkıları sağlık hizmeti tüketimine daha duyarlı bir hasta profili yaratır.
4. Kullanıcı katkıları sevk sisteminin işletilmesini ve herkesin ihtiyacı kadar sağlık

hizmeti kullanımını destekler.

Az gelişmiş ülkelerde nitelikli sağlık hizmetleri gelir düzeyi yüksek olan nüfusun bulunduğu kentlerde yoğunlaşmıştır. Kırsal bölgeler görece yoksul nüfusun olduğu ve yetersiz sağlık hizmetinin sunulduğu yerlerdir. Kamu fonlarıyla ücretsiz olarak sunulan sağlık hizmeti daha çok zenginlere hizmet etmektedir. Kullanıcı katkılarıyla elde edilen kaynakla sağlık hizmetleri kırsal bölgelere kadar yayılır ve kamu kaynaklarının etkin dağılımı gerçekleştirilir. Maliyet kurtarma operasyonları denilen daha eşitlikçi ve aynı zamanda etkin olduğu iddia edilen sağlık finansmanı ödeme gücü olanları ücretlendirir, gelir düzeyi yüksek olanların kullanıcı katkılarıyla sağlık hizmetlerinin finansmanına katkısını sağlar (Gilson vd., 1995: 371-372).

Dünya Bankası katılım paylarının dayatılmasında ve yaygınlaştırılmasında çok önemli bir rol oynamıştır. Bu politikalar özellikle gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetleri için düşünülen finansman modellerinden biridir. Az sayıda ülke, yoksulları katılım paylarında muaf tutabilen anlamlı bir sistem kurabilmiştir. Dünya Bankası 2004 Dünya Kalkınma Raporu'nda mütevazı katkı paylarıyla yoksulların klinik hizmetlere erişimini sağlayacağını iddia etmeye devam etmiştir (Lister ve Labonte, 2009: 190-191).

Kullanıcı katkıları sağlık kurumlarının bütçelerinin operasyonel olarak güçlendirilmesinde, sağlık kuruluşlarının kendilerine gelir yaratmak için de kullanılmaktadır. Elde ettiği gelirleri merkezi yönetime yollamadan kendi elinde tutan hizmet birimlerinin daha iyi performans gösterdiği iddia edilmektedir. Bedava olan hizmetlerin tüketiciler tarafından düşük ve kalitesiz hizmet olarak algılandığının bu nedenle faydalanmanın gerektiği gibi gerçekleşmediği savunulmaktadır. Bunun yanında kullanıcı katkılarının hizmet basamakları arasında doğru hizmet dağılımına ve kullanımına yol açacağı savunulmaktadır. Doğru şekilde fiyatlandırılan hizmetler kaynakların etkin ve verimli şekilde kullanımına imkân vermektedir (Jacobs ve Price, 2004: 310).

Kullanıcı katkılarının uygulanmaya başlanmasından sonra temel sağlık hizmetlerinin kullanılmasında olumsuz sonuçlarla karşılaşmıştır. Özellikle yoksulların sağlık hizmetlerine ulaşımında engeller oluşmaktadır (James vd., 2006: 150).

Kullanıcı katkılarının sisteme entegre edilmesinden sonra kaldırılması da kısa ve orta vadeli maliyetler ortaya çıkarmaktadır. Katkı paylarının kaldırılması sadece bir gelir kaynağının yitirilmesi değil bastırılmış olan sağlık hizmeti talebini serbest bırakılmasıdır aynı zamanda. Sağlık hizmet talebini kısma amacıyla uygulanan böylesi bir politika tam tersi sonuçlar doğurabilmektedir (Lister ve Labonte, 2009: 191).

2.6.3. Sağlık Hizmetlerinde Kapsamın Sınırlandırılması: Özel Sigortanın Teşvik Edilmesi

Özel sağlık sigortası gönüllülük esasına göre bireyler veya işverence primleri özel olarak ödenen sigorta olarak tanımlanmaktadır (Thomson ve Mossialos, 2010: 420). Özel sağlık sigortasının yayınlaşması ile kamu sağlık harcamalarını sınırlandırarak maliyetleri kamudan kişilere veya özel sigortalara kaydırmak, özel sağlık hizmeti sunumunu teşvik etmek, tüketici seçimini kuvvetlendirmek, özel sigorta ile kamu sigortaları arasında rekabeti sağlamak ve zenginlerin kamu sisteminden bağımsız olarak hareket kabiliyetini artırmak hedeflenmektedir (Thomson vd., 2009: 57).

Vergiler ve sosyal sigortayla finanse edilen sağlık sistemlerinde ise özel sağlık sigortasının işlevi farklılaşmaktadır. Çoğu ülkede evrensel ya da evrensele yakın sağlık hizmetleri sosyal koruma sistemlerinin bir parçası olarak sunulmakta ve finanse edilmektedir. Kamusal sağlık sistemlerinin egemenliği nedeniyle özel sağlık sigortasının rolü baskın değildir. Özel sigortalar kamu sağlık sistemleri tarafından sağlanan sağlık hizmetleri sunduğu için nadiren sosyal koruma sistemlerinin ana aktörüne dönüşme ihtimali vardır. Bu açıdan özel sağlık sigortasının rolü kamu sağlık sistemlerinin kapsamıyla belirlenmektedir (Thomson ve Mossialos, 2010: 421).

Özel sağlık sigortası piyasasının gelişmesinde ve yerleşmesinde kamu sağlık sisteminin dört önemli yönlendirici özelliği vardır. Bunlardan birincisi kamu sağlık sisteminin kapsadığı yani sunduğu hizmetlerdir. Hangi hizmetlerin sunulup hangisinin sunulmadığı ya da hangi hizmetlerin artık sunulmayacağı özel sigorta pazarı açısından önem kazanır. Böylelikle teminat paketinde olmayan hizmetler özel sigortanın sunacağı hizmetleri belirler. İkincisi sağlanan sağlık hizmetlerinin finansmanın ne kadarının kamu tarafından ne kadarının kişiler tarafından sağlandığını belirleyen finansman kapsam derinliğidir. Bu, özel sigortanın maliyet paylaşım giderlerinin karşılamasında kullanılır. Üçüncü özellik ise kamu sağlık sisteminin nüfus kapsam alanı, sağlık sisteminin toplumun hangi kesimlerini kapsadığı, kimleri dışarda bıraktığıdır. Kapsam dışı nüfus böylelikle özel sağlık sigortasının olası pazarıdır. Özel sigorta piyasasını belirleyen dördüncü ve son sağlık sistemi yönlendiricisi ise tüketici tatminidir. Kamu sisteminden duyulan memnuniyetsizliğe karşı, sağlık hizmetlerine ek ödeme yapılarak kalitenin artırılmasının mümkün olduğu durumlarda özel sigortanın kullanılarak tüketici tatmininin gerçekleştirilmesi sağlanır. Bu bağlamda özel sağlık sigortaları tamamlayıcı, destekleyici ve ikame edici olarak 3 gruba ayrılmaktadır ve bu özel sigortaların rolü kamu tarafından finanse edilen sağlık sistemleri tarafından belirlenmektedir (Foubister vd., 2006: 2-3).

Tamamlayıcı sağlık sigortası sağlık sisteminin kapsam alanı ve finansman kapsam

derinliğiyle ilgili boşlukları doldurmak için kullanılmaktadır. Dünya uygulamasında kamu tarafından finanse edilmeyen dış sağlığı tedavileri bu sigorta ile finanse edilmektedir ayrıca her türlü maliyet paylaşımı uygulamaları sırasında ödenen kullanıcı katkıları özel sigorta tarafından ödenmektedir. Özetle kamu tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin kapsam alanındaki ve finansman derinliğindeki daralmalar tamamlayıcı sağlık sigortasının gelişmesini sağlamaktadır (Foubister vd., 2006: 3).

İkame edici sağlık sigortası ise sağlık sisteminin nüfus kapsam alanındaki boşlukları doldurmayı amaçlamaktadır. Bazı ülkelerde belirli bir gelir ve yaşı n altındaki nüfus grupları kamu sisteminin dışında tutulabilir ya da kamu ile özel arasında tercih yapabilirler. İkame edici sağlık sigortaları bu grupların sağlık hizmetlerine ulaşmaları için geliştirilmiştir (Foubister vd., 2006: 3).

Destekleyici sağlık sigortaları ise düşük seviyedeki tüketici memnuniyetini hedef alarak ortaya çıkmış sağlık sigortalarıdır. Bu sigorta belirli kamu sağlık hizmetlerine ulaşmak için zorunlu katkılar dışında ödeme yapılması gerektiğinde buna gönüllü olanların taleplerini karşılamak adına tasarlanmıştır. Bu sigorta bekleme sürelerini aşmak, tek kişilik odada konaklama, kişiye özel otelcilik hizmetleri gibi kamu sağlık sistemi tarafından doğrudan karşılanmayan kaliteye içkin talepler için kullanılmaktadır (Foubister vd., 2006: 4).

Tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortasının savunucularına göre sağlık hizmetlerinin finansmanın sürdürülebilirliği için özel sigortaların sistem içerisinde yer etmesi gerekmektedir. İnsan ömrünün uzaması, emeklilik sonrası yaşam süresinin artması, toplum içinde çalışan kesimlerin oranının azalmasına neden olarak bağımlı nüfus yapısının artmasına neden olmuştur (Deloitte 2015: 1).

Tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortasının avantajları şu şekilde sıralanmaktadır (Deloitte, 2015: 80)

1. Özel sigorta risklerin kamu ile özel sektör arasında dağılımını sağlar.
2. Özel sigorta sağlık hizmetlerine erişim kolaylığı sağlayarak alternatif hizmet seçeneklerinin mevcudiyetini artırır.
3. Cepten yapılan sağlık harcamalarını azaltır ve sağlık hizmetlerinde kaliteyi yükseltir.
4. Sağlık sisteminin kapasite kullanımını artırarak denetim mekanizmalarıyla sistemde şeffaflığı sağlar.

Özel sağlık sigortalarının kapsamı sosyal güvenlik sistemlerinin kuralları ve mevzuatıyla yakından ilişkilidir. Özel sağlık sigortası piyasasını şekillendiren sosyal güvenlik mevzuatıdır (Delolite, 2015: 1).

Özel sağlık sigortası piyasasının gelişmesi için kamu tarafından sağlanan hizmetlerin

sınırlandırılması, kullanıcı katkılarının sistemde yer etmesi, sağlık hizmetlerinde memnuniyetsizliğin oluşması, kamu alanında farklılaşmış hizmet sunumunun ortaya çıkması, nüfusun bir kısmının kamu sağlık sisteminden dışlanması gerekmektedir. Özel sağlık sigortası piyasası için özel sigortacılar kamu sağlık hizmetlerinin kapsamının daraltılmasını talep etmektedir (Foubister vd., 2006: 5-6).

2.7. Kapsayıcılığı Artırmaya Yönelik Politikalar: Zorunlu Sosyal Sağlık Sigortası

Sağlık finansman sistemleri toplumdaki tüm bireylere kapsayıcı bireysel ve toplumsal sağlık hizmetlerine erişimi doğru finansal mekanizmalarla sağlayan yapılardır. Etkin finansman yöntemi kişilerin sağlık hizmetlerine ulaşırken doğrudan ödeme yapmamasını sağlar ve yoksullaşmayı engeller. Sağlık finansman sistemlerinin bu amaca ulaşabilmesi için birbiriyle bağlantısız üç fonksiyonu vardır (Kassim vd., 2014: 10):

1. Yeterli, adil ve verimli bir şekilde toplanan fon katkılarıyla oluşan gelir tahsilatı.
2. Katkıların havuzlanarak uzun süreli olarak sağlık hizmetlerinin finansmanın garanti altına alınması.
3. Uygun ve etkin sağlık hizmetlerini sağlamak için katkıda bulunanlar adına satın alma ve / veya hizmet sunum işlemlerinin gerçekleştirilmesi.

Sağlık hizmetlerinde evrensel kapsayıcılığı sağlamak uluslararası politik ve ekonomik gündemin ilk sıralarındadır. Dünya Sağlık Örgütü evrensel kapsayıcı sağlık hizmetlerini toplumdaki herkesin geliştirici, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerine mali sıkıntıya uğramadan ulaşması olarak tanımlamıştır. Evrensel kapsayıcı sağlık politikaları ile belirli sağlık hizmetlerinin tüm nüfusa ücretsiz ya da sübvansiyonlu bir şekilde sunumu amaçlanır. Evrensel kapsayıcı sağlık sisteminin kurulabilmesi için nüfusa sunulan sağlık hizmetlerinin eldeki gelirle uyumlu olması gerektiği savunulmaktadır. Bu yüzden evrensel sağlık kapsamlı sağlık sistemi için bir fonlanma sistemine ihtiyaç vardır ve finansmanın kaynağı ister vergiler ister isterse sosyal sağlık sigortasıyla olsun vatandaşların tıbbi durumu ya da hastalık risklerinden bağımsız olarak katkıları zorunludur (Glassman, 2016: 39).

Dünya Bankası'nın sağlık sistemlerine yönelik benimsediği bakış açısı devletin hizmet sunumundan çekilmesi onun yerine sağlık hizmetlerini yönetmesi ve denetlemesidir. Finansman mekanizmasında ise sosyal sağlık sigortasının kullanılması önerilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün Dünya Bankası'yla iş birliği içerisinde evrensel kapsayıcılığı sağlamak için sağlık finansman sistemlerine çizdiği çerçeve şu şekildedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2005: 139-140):

1. Sağlık sistemlerinin finansmanı için ön ödeme mekanizmalarının kurulması

gerekmektedir.

2. Sağlık sistemlerinin finansman ve sunumunda kamu-özel iş birliğinin sağlanması gerekmektedir.
3. Sağlık sistemleri sosyal sağlık sigortası temelinde yeniden örgütlenmelidir.
4. Bu reformların gerçekleşmesi için Dünya Bankası'nın teknik rehberliğinde gerekli mali fonlar sağlanmalıdır.

Sosyal sağlık sigortası vergi finansman ve özel sağlık sigortası gibi sağlık hizmetlerini finanse etmek için kullanılan fon toplama ve birleştirme mekanizmalarından biridir. Sosyal sağlık sigortası çalışan ve işverenler tarafından primli ödemelerle ilgili kişilerin ve bunların bakmakla yükümlü oldukları kişilere sunulan belirli bir sağlık hizmet paketini finanse eden bir yapıya sahiptir. Çoğu durumda, bu katkıyı kanunen yapmak zorunludur. Katkılar bazen tek bir fondan tutulur veya üyelik için rekabet eden birkaç fon olabilir. Bu fonlar hükümet tarafından, hükümet dışı organizasyonlar veya kısmen devlete bağımlı olan örgütler tarafından yönetilebilir. Kimi durumlarda zenginlerin yoksullardan daha çok katkısı söz konusudur ancak katkılar sağlık durumuna ve riskine göre değişmez (Doetinchem vd., 2010: 1).

Sosyal sağlık sigortalarının tek bir tanımı yoktur. Sigortalılar düzenli olarak ücret esasına göre ödeme yapmaktadır ve hastalık fonları genellikle hükümetten belirli derecede bağımsız kurumlardır. Bu açıdan sosyal sağlık sigortası modelinin 4 tanımlayıcı özelliği vardır (Normand ve Busse, 2002: 60-61):

1. Sosyal sağlık sigortası toplumun bir kısmı ya da tamamı için zorunludur.
2. Hükümet katkıları sadece istihdam temelli olmayan çeşitli risk gruplar adına yapılmaktadır.
3. Fonunun kaynağı işveren ve çalışanlar tarafından düzenli olarak ödenen primlerden oluşur.
4. Sosyal sağlık sigortası monopol tek bir yapı altında ya da rekabetle çok sayıda fon ile sağlanabilir.

Sosyal sağlık sigortasında sağlık fonu ödeme yapan ya da satın alan rolündedir ve sözleşmelerle özel ya da kamuyla ilişkiye girer. Kendi kendini düzenleyen ve denetleyen; sağlık sistemlerindeki tüm diğer paydaşlarla bağımsız olarak etkileşen bir yapıya sahiptir. Hastanelerle, çalışanlarla yine sözleşmeler aracılığıyla ilişkiye geçilir ve çoğulcu bir sağlık sistemi yapısı vardır (Saltman, 2004: 8).

Sağlık finansmanı sistemini tasarlarken ya da değiştirirken sosyal sağlık sigortası savunucularının temel argümanları şu şekildedir (Doetinchem vd., 2010: 2):

1. Sağlık için ilave kaynak yaratılması için kaynakların seferber edilmesini sağlamak.

2. Hizmet sunum ve finansmanının alıcı satıcı şeklinde ayrıştırılmasını sağlamak.
3. Yeni geri ödeme mekanizmaları ile organizasyonel değişiklikleri sağlayarak iyileştirilmiş ve kalitesi artmış sağlık hizmeti sunumunu garanti altına almak.
4. Daha fazla insana finansal koruma sağlamak. Mevcut kapsam dahilinde olanlara ise daha yüksek finansal koruma seviyesi sağlayarak tüm toplumun cepten harcamalarını azaltarak evrensel kapsayıcı sağlık hizmetleri sunmak.

Sosyal sağlık sigortası sağlık hizmetlerine ulaşmada cepten harcamaları engelleyen bir ön ödeme sistemidir. Sağlık hizmetlerine ulaşmada cepten harcamalar yerine yöntem olarak bir ön ödeme mekanizması olan sosyal sağlık sigortası primleri kullanılmaktadır (Carrin ve James, 2004: 25).

Sosyal sağlık sigortası sağlık hizmetlerinin toplumdaki kimi gruplar tarafından finanse edilmesi anlamına gelmektedir. Otomatik bir kapsam alanı yoktur, sadece hedef olarak en geniş kapsanacak nüfus amacı vardır. Bu tür sağlık finansman yöntemlerini seçen ülkelerde ilk aşamada toplumun bir kısmı sağlık hizmetleri kapsamı dışında kalmaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmetleri kapsamının herkesi tamamen hangi hızda kapsayacağı ve kapsam dışındaki nüfusun sağlık hizmetlerine nasıl ulaşacağı soruları sistem kurulumunda sorun teşkil etmektedir. Bununla birlikte kapsam alanında olmayan kişilerin sağlık hizmeti finansmanını nasıl sağlayacağı temel problemleri alanlardandır (Doetinchem vd., 2010: 3).

Uygulamada nüfusun yüzde kaçının kapsanacağından ziyade kapsanacak nüfus grupları sınıflandırılmaktadır. Bunlar genellikle ücret temelinde prim ödeyenler ve ödemeyenler olarak ayrılır. Bu bağlamda uygulamada devlet memurları, özel ve kamu kurumu çalışanları, serbest meslek mensupları, tarım işçileri, emekliler ve çalışmayan nüfustan seçilmiş olan öğrenci, engelli ve işsizler gibi kesimler kapsanacak nüfus büyüklüğünü belirlemektedir. Çoğu zaman bakmakta yükümlü olunan kimseler bu gruplara eklenir. Sosyal sağlık sigortasında zamanla tüm nüfusu evrensel kapsayıcılıkla kapsam altına almak amaçlansa da uygulamada her daim dışarda kalanlar olmaktadır (Carrin ve James, 2004: 23).

Sosyal sağlık sigortasına geçişte sağlık bakanlıklarının rolü de değişme uğramaktadır. Kaynakların dağılımı açısından bir yanda sağlık fonunda biriken fonlar diğer yanda sağlık için bakanlıklarca toplanan kaynaklar vardır. Uygulamada karışık bir model ortaya çıkmaktadır. Tedavi edici hastalıklar için gereken kaynak fonlardan sağlanırken toplum sağlığını ilgilendiren koruyucu sağlık hizmeti harcamaları bakanlık bütçelerinden yapılmaktadır. Dolayısıyla bir dizi sağlık hizmetleri finansmanını bir araya getiren hibrid sistemler ortaya çıkmaktadır. Geçiş aşamasında kayıt altındaki sektör sosyal sağlık sigortası uygulamasıyla kapsama alınırken kayıt dışı sektörde çalışanları kapsayacak bütçe destekli toplum sigortası modeli

benimsenebilmektedir. Mevcut fonlar ödeme gücü ve yeteneği olan kaynaklardan elde edilmektedir ve fon açığı sağlık bakanlıklarının gerekli fonlar için göstereceği tepkiye bağlıdır. Sosyal sağlık sigortası her zaman sağlık hizmetlerinin finansmanında otomatik bir artış anlamına gelmemektedir (Doetinchem vd., 2010: 3).

Sağlık Bakanlıkları sağlık politikalarının belirlenmesi ve yönlendirme gibi görevler üstlenirken sosyal sağlık sigortası fonu hükümetten bağımsız şekilde kurulabilmektedir. Sosyal sağlık sigortası fonunun nasıl yönetileceği, kaynaklarını ne derece bağımsız şekilde kullanılacağı, teminat paketlerinin nasıl belirleneceği ve hizmet sunucuların akreditasyonun nasıl sağlanacağı gibi ekonomik, teknik ve politik sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Fonlar genellikle üye katkıları, devlet sübvansiyonları ve birikmiş fonların kullanılmasından elde edilen faizlerden oluşur. Fonları elde etmek, havuzlamak, ödemeleri yapmak sağlık sigortasının işleyişinin genel yönetim özellikleridir. Sağlık sigortası fonları, kendi operasyonlarını denetleme, sahteciliği ve şikâyetleri soruşturma, hizmet sunucularla görüşmeler yürütme ve sözleşmeler yapmaktadır. Fonların bunları yapacak yetenekte ve kapasitede olması gerekir (Doetinchem vd., 2010: 4-5).

Sosyal sağlık sigortası sisteminin kurulmasında örgütlenmenin çok sayıda fonla mı yoksa tekel gücünü elinde bulunduran tek yapı altında mı olacağı önem kazanmaktadır. Tek kurum çatısı altında monopolistik gücünü kullanan fonun daha etkili prim toplayacağı, hizmet sunuculara karşı pazarlık gücünün artacağı ve yapılan sağlık harcamalarının etkin bir şekilde takip edileceği, belirlenen sağlık politikalarının tek bir kurum tarafından uygulanmasının daha verimli ve maliyetler açısından daha uygun olacağı savunulmaktadır (Tatar, 2011: 118).

Sosyal sağlık sigortası uygulamasıyla birlikte sağlanan hizmetlerin kapsamı ve sağlanan hizmetlerin maliyetinin ne kadarının karşılanacağını belirleyen kapsam derinliği, hastalar ve diğer paydaşlar açısından finansal uygulanabilirliği ve memnuniyeti belirler. Hangi hizmetler prim ödeyenler ve diğer kesimlere sunulacak, hangi hizmetlerin maliyetlerini tamamını fon karşılayacak, ne kadarı kullanıcı katkılarıyla sağlanacak bu süreçte karar verilmesi gerekmektedir. Uygulamada temel teminat paketleri uygulanmaktadır. Mevcut fonlar sınırsız olmadığı için çeşitli hizmet paketleri arasında tercih yapılmakta en maliyet etkin olanlar seçilmektedir. En düşük maliyetle en fazla nüfusa sağlık hizmeti sunulması amaçlanmaktadır. Bu en uygun olan maliyet etkin hizmetler ile ilgili paydaşların talepleri arasında uyum olması gerekir. Genellikle sosyal, politik ve ekonomik tartışmaların merkezinde bu süreç yer almaktadır (Doetinchem vd., 2010: 6).

Sosyal sağlık sigortası fonu arzulanan sağlık hizmetini elde edebilmesi için değişik metotlar kullanılabilir. Hizmet sunumu ve finansmanın direkt mi yoksa dolaylı yoldan mı

sağlanacağı bu metoda bağlıdır. Tipik olarak kamu ve özel sektörden hizmet satın alınma yöntemi benimsenmekte ve çeşitli ödeme mekanizmaları kullanılmaktadır. Bazı sosyal sağlık sigortaları tercih ettikleri hizmet sağlayıcılarla anlaşma yapabilirken bazıları yasal olarak sisteme kayıtlı tüm sağlayıcılarla çalışmak zorundadır (Doetinchem vd., 2010: 7).

2.7.1. Sosyal Sağlık Sigortası Eleştirisi ve Gerçekçi Evrensel Kapsamı Sağlamanın Yöntemi: Sağlık Hizmetlerinin Vergi Temelli Finansmanı

Vergi temelli sağlık sistemlerinde sağlık hizmetleri tüm nüfusa açık bir şekilde sunulur ve bütçe kaynaklı genel gelirle finanse edilir. Finansman kaynağı genel, özel vergiler ve diğer kamu kaynaklarıdır. Ulusal sağlık hizmeti sistemleri olarak adlandırılan model üç ana özellik ile karakterize edilir. Bu modelin finansmanı temel olarak kamu gelirlerden sağlanır, tüm nüfus kapsam altındadır ve kamu hizmetleri ağı aracılığıyla sağlık hizmeti sunulur. Kamu kaynaklarıyla finanse edilen sağlık hizmet sunumunda sağlık bakanlıkları hizmet ağlarının başındaki yetkili mekanizmadır ve sağlık hizmeti sunan tesisler devlete ait olmakla birlikte sağlık personeli kamu çalışanıdır (Gottret ve Schieber, 2006: 77).

Sosyal sağlık sigortası ile vergi gelirleriyle finanse edilen sağlık sistemleri arasındaki temel fark finansmana dayanmaktadır. Sigorta temelli sistemler finansmanını formel sektörlerde çalışanların kazançlarından sağladığı katkılarla yaparken vergiyle finanse edilen sistemler devlet bütçesindeki vergilerle ve vergi olmayan gelirle sağlamaktadır. Bununla birlikte her iki sistemin hizmet sunma şekilleri farklıdır. Sosyal sağlık sigortasıyla finanse edilen sistemler direkt hizmet sunumu faaliyeti göstermek yerine kamu ve özel sektörle sözleşmelerle ilişkiye girerek hizmet satın alırken, vergiyle finanse edilen sistemlerde direkt olarak sağlık hizmetlerinin üretimi ve finansmanı birlikte gerçekleşir. Bu ise ödeme mekanizmalarının sosyal sağlık sigortası sistemlerinden daha güçlü olmasıyla sonuçlanmaktadır. Vergiyle finanse edilen sistemlerde birinci basamak sağlık hizmetlerinde kapı tutuculuk yani sevk mekanizması daha güçlüdür. Bu farklar sağlık harcamaları, sonuçları ve personel istihdamında farklılıklar yaratmaktadır (Wagstaff, 2009: 7).

Sosyal sağlık sigortası sistemlerinin kurulması ve evrensel kapsamı sağlamanın uzun zaman almaktadır ve çoğu zaman belirli toplumsal kesimler kapsam dışı kalmaktadır. Çoğu ülkede nüfusun sınırlı bir kısmı için sosyal sağlık sigortasına başlanmakta sıklıkla, öncelikli olarak devlet bağlı memur, işçiler ve büyük özel firma çalışanları kapsam altına alınmaktadır. Hükümetler evrensel kapsam alanının reformun nihai hedefi olduğunu iddia etmesine rağmen, nüfusun daha yoksul kesimlerini oluşturan kayıt dışı sektör çalışanları ve işsizler çoğu kez kapsama alınmaz ya da devlet tarafından geçici olarak sağlık hizmet

finansmanları karşılanır. Genellikle sistem ilk aşamada kayıt altındaki sektör çalışanları üzerinden tanımlanmıştır ve bu dar tabanın ötesine geçememektedir. Çoğu zaman kayıt dışı çalışanları kapsam altına almak zor ve maliyetlidir (Gottret ve Schieber, 2006: 88-89).

Bununla birlikte vergi temelli sistemler vatandaşları katkılarına bağlı olmaksızın ulusal sağlık hizmeti sistemleri şemsiyesi altına alır ve kayıt dışı sektördeki çalışanlar da dahil olmak üzere tüm vatandaşlara yayılması kolaydır. Vergi temelli sağlık sistemlerinde evrensel kapsamlı sağlık hizmetleri kişilerin sağlık, gelir ve mesleğine bakılmaksızın ücretsiz olarak sunulur ve sağlık hizmetlerini kullanma yurttaşlık hakkı olarak görülür (Gottret ve Schieber, 2006: 76-77). Sosyal sağlık sigortası sistemlerinde kazanca bağlı gelirlerin toplanması yine sosyal sağlık sigortası sistemi içerisinde gerçekleşirken vergi temelli sistemlerinde vergi sistemiyle aracılığıyla gelirler toplanmaktadır. Sosyal sağlık sigortası sistemleri diğer değişkenler sabitken bile sistemsel maliyetler içermektir. Bu ek maliyetler genellikle kazançlarla ilgili katkıları vergi gelirlerinden daha istikrarlı ve güvenilir olarak gören sosyal sigorta taraftarları tarafından ödenmeye degecek bir bedel olarak görülmektedir. Böylelikle kişiler yaptıkları katkıların sağlık güvencelerinin teminatı olduğunu bildikleri için katkı yapma noktasında istekli olacaklar çünkü vergi temelli sistemlerde sağlık harcamalarına ayrılan bütçe kaynaklarının politikacılar tarafından diğer sektörlerde kaydırılarak istismar edilmektedir (Wagstaff, 2009: 7).

Sağlık hizmetlerinde kullanılan kaynakları artırmanın en kolay yollarından olan zorunlu sosyal sağlık uygulaması az gelişmiş ülkelerde formel çalışan emek gücünün azlığı nedeniyle sigorta sistemi önünde önemli bir engel teşkil eder. (Belek, 2009: 391). Özellikle ücretli katkılarıyla finanse edilen sosyal sağlık sigortası sistemlerinin aksine, ulusal sağlık hizmeti sistemleri vergi ve vergi olmayan kaynaklara başvurarak finansman yükünü nüfusun daha büyük bir bölümü üzerine yaymaktadır. Finansal yükün toplumun küçük bir kesimini oluşturan formel sektör çalışanlarının üzerine yoğunlaştığı sosyal sağlık sigortası sisteminin aksine vergi temelli sistemlerin başvurabileceği çok sayıda kaynak bulunmaktadır (Gottret ve Schieber, 2006: 77).

Vergi temelli sistemlerde sorumluluklar açıkça hiyerarşik bir biçimde organize edilmiştir. Parlamentodan sağlık bakanlığına oradan hizmet sunumuna uzanan bir ilişki vardır. Bu organizasyon yöntemi çok sayıda aktörün olduğu daha az kontrol edilen sistemlerden daha basittir. Yönetim şeklinin sadeliği sağlık sistemini daha verimli ve düşük maliyetli bir şekilde organize edilmesine imkân verir. Vergi temelli sağlık sistemleri sağlık harcamalarının kontrol edilmesinde çok parçalı sistemlere göre daha başarılı şekilde performans sergilemektedir (Gottret ve Schieber, 2006: 78).

İki sistem arasındaki sağlık harcamalarındaki farklılıklar da hizmet sunumu

düzenlemelerindeki farklılıkları yansıtmaktadır. Geleneksel olarak sosyal sağlık sigortası sistemleri, doğrudan yönetilen tesisleri kullanmak yerine sağlayıcılarla (kamu ve özel) sözleşme yapma yöntemini benimsemektedir. Sosyal sağlık sigortası sistemlerinde görülen alıcı-sağlayıcı ayrışması, sağlık harcamaları üzerinde ödeme mekanizmaları dolayısıyla maliyet baskısı oluşturmaktadır. Özellikle hizmet başına yapılan ödeme yöntemi başta olmak üzere diğer ödeme mekanizmalarından kaynaklanan sağlık harcaması artışı gerçekleşebilmektedir. Buna karşın vergi temelli sistemlerde bu tür ödeme yöntemleri kullanılmadığı için sunuculara yapılan ödeme yöntemlerinden kaynaklı harcama baskısı oluşmaz (Wagstaff, 2009: 8).

Sosyal sağlık sigortası sistemleri birçok farklı aktörü, karmaşık etkileşimleri ve karmaşık görevleri içerir; bunların hepsi yönetilmelidir. Diğer işlevlerinin yanı sıra, sosyal sigorta fonları genellikle sağlayıcılarla sözleşmeleri müzakere etmek ve uygun izleme mekanizmalarını kurmak zorundadır. Sigortalı nüfusun sağlık harcamalarını verimli bir şekilde karşılamalı ve sağlık hizmeti tüketimini kontrol etmelidir. Fonların yeni ödeme sistemlerini geliştirmesi ve bunları gözetmesi, yolsuzluğu engellemesi ve denetimini sağlaması gerekir. Bu nedenle, sosyal sağlık sigorta sistemlerinde idari maliyetler ulusal sağlık hizmetlerine göre yüksektir (Gottret ve Schieber, 2006: 88-89).

Sosyal sağlık sigortası ve vergiyle finanse edilen sistemler arasındaki hizmet sağlayıcılar ile ödeme mekanizması arasındaki ilişkisel farklar belirli sağlık harcamaları açısından sağlık sonuçlarını yansıtmaktadır. Sosyal sigorta modelinde öncelik tedavi edici sağlık hizmetleriyken vergi finansmanlı sistemlerde kapı tutuculuk modeli olan birinci basamak sağlık modeli ön plana çıkmaktadır. Bu uygulama vergi temelli sağlık sistemlerinde koruyucu sağlık hizmetlerinin daha fazla kullanılmasını, kronik hastalıkların daha iyi yönetimini, erken teşhis ve tedavi için daha çok imkânın ortaya çıkmasını ve hizmet basamakları arasında daha koordine bir yaklaşım kurulmasına neden olarak sağlık harcamalarını düşürmektedir. Vergi finansmanlı sistemde daha entegre bir yaklaşım ön planda olduğu için kurumlar arasında koordinasyon daha kolay gerçekleşmektedir (Wagstaff, 2009:11).

Sosyal sağlık sigortası primleri aslen bir bordro vergisidir. Bu bordro vergisinin kayıtlı istihdam düzeyini düşürüp kayıt dışı istihdama teşvik etme ihtimali bulunmaktadır (Wagstaff, 2009:11). Uzun vadede ücret üzerindeki sosyal sigorta primi emek piyasalarının çok güçlü olmadığı ülkelerde çalışanlar üzerine kaydırılmakta işverenler bordro yükünü azaltmak için ücretlerde düşürmeye gidebilmektedir. Bu nedenle sosyal güvenlik primleri emek maliyetini artırmakta ve işsizliğe yol açabilmektedir (Gottret ve Schieber, 2006: 88).

2.8. Kamu Yatırım ve Hizmet Sunumunda Tam Özelleştirmeye Doğru: Kamu Özel Ortaklıkları

1980'lerle birlikte kamu harcamaları artışından kaynaklanan kamu bütçeleri üzerindeki mali baskı kamu sektörüne yönelik büyük reform dalgalarının başlatılmasına neden olmuştur. Devlet daha öncesinde hem üretip hem de sunduğu hizmetlerin bir kısmını piyasaya terk etmiştir. Bu reformlar, devletin çeşitli sektörlerdeki faaliyetlerden ayrılmasıyla sonuçlanmıştır (Torchia, 2015: 237).

Kamu özel ortaklığı (KÖÖ) uygulamaları neoliberal devlet anlayışının bir parçası olarak 1992 yılında Birleşik Krallık'ta muhafazakâr hükümet tarafından başlatılmıştır ve zamanla tüm dünyada uygulama alanı bulmuştur. KÖÖ uygulamasında devlet genellikle 25 ile 30 yılı kapsayacak süre dilimi için bir kamu hizmetinin görülmesi için kamu altyapısını tasarlanması, inşa edilmesi, finanse edilmesi, sürdürülmesi veya işletilmesi için özel sektörle sözleşme yapar (Hearne, 2009: 11).

KÖÖ, kamu ile özel ortaklar arasında altyapı tesislerinin planlaması, inşası ve/veya işletilmesi için risklerin, maliyetlerin, kaynakların, faydaların ve sorumlulukların paylaşılmasına dayanan iş birliği şekli olarak tanımlanmaktadır. KÖÖ ortaklıklarında bir taraf kamu kuruluşu iken diğer taraf özel mülkiyete dayalı ticari kuruluştur. Geleneksel iş birliği şekilleri tipik olarak özel mal niteliğine sahip çıktı üretirken, KÖÖ uygulamasında kamusal, yarı kamusal mal ve hizmet üretimi söz konusudur. KÖÖ uzun süreli kamusal ve sosyal politikaların uygulanmasında kullanılan bir yöntemdir (Torchia, 2015: 239).

Kamu özel ortaklığı (KÖÖ) kavramının üzerinde uzlaşmış bir tanım yoktur. KÖÖ ortak hedeflerin gerçekleştirilmesi için kamu ve özel aktörler arasında işbirlikçi ilişkileri tanımlayan bir şemsiye terim olarak kullanılmaktadır. OECD'ye göre KÖÖ kamu kurumu ile özel sektör aktörleri arasında altyapı yatırımının finansmanından hizmetin sunumuna kadar çok sayıda amaca ulaşılması için gerçekleştirilen sözleşme şeklidir. Hükümetlerin hizmet sunma hedefleriyle özel ortakların kar güdüsü arasında bir dengenin kurulması amaçlanır ve etkin bir uyum mekanizmasıyla özel ortaklara dengeli bir şekilde risk aktarımı sağlanır (OECD, 2008: 17).

Uluslararası Para Fonu KÖÖ uygulamasını, özel sektörün geleneksel olarak hükümet tarafından sağlanan altyapı yatırımlarını gerçekleştirmesi ve hizmetleri görmesi olarak tanımlamaktadır. Böylece önemli riskler devletten özel sektöre aktarılmaktadır. KÖÖ çok çeşitli sosyal ve ekonomik altyapı projelerinde kullanmakla birlikte esas olarak hastaneler, okullar, hapishaneler, yollar, köprüler, tüneller, hafif raylı sistemler, hava trafik kontrol sistemleri, su ve sıhhi altyapıları inşa etmek ve işletmek için kullanılmaktadır (OECD, 2008: 17).

Belirtilen tanımlardan da yola çıkarak KÖO'ların ortak unsurları şu şekildedir:

1. Kamu ile özel sektör arasından uzun süreli sözleşme ilişkisi,
2. Özel sektörün kamu altyapı yatırımını finanse etmesi, tasarlaması, inşa etmesi ve işletmesi,
3. Kamu ile özel sektör arasında risk paylaşımı,
4. Yatırımın uzun süreli sözleşmelere dayanarak kamu tarafından ödenmesi.

KÖO uygulaması iç politikadan, finansal piyasalardan, düzenleyici önlemlerden kaynaklanan mali kısıtlamaları aşmak amacıyla hükümetler tarafından kullanılan bir kamu altyapı finansman yöntemidir. Özellikle mali kaynakların yetersizliği hükümetlerin kamu yatırımları ve harcamaları ile ilgili tercihlerini önemli ölçüde değiştirmiştir. KÖO fon açığının kapatmanın bir yolu olarak görülmektedir. KÖO daha fazla altyapı hizmeti sağlamak için özel finansman olanaklarının kullanılarak önemli kamu altyapı ve hizmet açıklarını kapatmanın yöntemi olarak kullanılmaktadır. Aynı zamandan KÖO uygulamaları özel sektör inovasyonunu ve yönetim becerilerini de kendisiyle birlikte getirerek daha yüksek üretkenlik ile harcama etkinliği sağlayacaktır (Buso vd., 2017: 57).

İlk etapta KÖO ile hükümetlerin yatırım harcamalarına ilişkin bütçesini en aza indirdiği görülmektedir. Altyapı yatırımları ile hizmet sunumunun özel sektör tarafından gerçekleştirilmesi hükümetlerin yatırım ve üretim riskini özellikle tasarım ve inşaat aşamasında olduğu kadar işletme aşamasında da azaltmaktadır. KÖO ile kamu altyapısının daha hızlı coğrafi yayılımının sağlanacağı ve geleneksel yatırım yöntemlerine kıyasla harcamaların daha etkin olacağı iddia edilmektedir (İsmail, 2013: 97).

Geleneksel olarak kamu tarafından finanse edilen projelere, projenin erken aşamalarında yüksek kamu harcaması sonraki aşamasında düşük harcaması yapılmaktadır. Buna karşılık, KÖO uygulamalarının kamu bütçesine yansımaları o döneme tahakkuk eden borç ya da kira ile sınırlıdır. Dolayısıyla borç kamu borcudur fakat yapılan harcama özel sektör bilançosundadır. Yükümlülüklerin tamamı devlet bütçesinde gözükmemekte, kamu açığı ve borcu gelecek zamana ötelenmektedir. Bunun yerine proje kullanıcılar tarafından finanse edilmekteyse bu da kullanıcıların doğrudan özel yükleniciye ücret ödemek zorunda olduğu anlamına gelir, yani kamu bütçesinden herhangi bir ödeme yapılmamaktadır. Proje maliyeti kamu sektörü bütçesinde, muhasebe ve hesaplarında neredeyse görünmez durumdadır. Burada gelecek yıllardaki kayıp gelirler biçimindeki fırsat maliyetleri de hiçbir şekilde görünür değildir. Bu, kullanıcı tarafından finanse edilen KÖO'nun olağanüstü cazip görünmesinin nedenidir (Mühlenkamp, 2014: 24- 25).

Kamu hizmetlerinin özelleştirilmesi 1980'li yıllarda neoliberal konsensüs altında

devletin ekonomideki payını azaltmak için geniş bir uygulama alanı olmuştur. Ancak sağlık alanında kapsamlı bir özelleştirme piyasa aksaklıkları nedeniyle gerçekleşmemiştir. Bunun yerine kamu sektörü içerisine alıcı- satıcı ayrışması, dış kaynak kullanımı gibi çeşitli yarı piyasa çözümleri. Bundan sonraki adım ise sağlık hizmetlerinin sunumunun tamamıyla kamu sektörünün dışına taşınmasıdır (McKee vd., 2006: 890).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda ana aktörlerden olan hastaneler geleneksel olarak kamu sektörü içerisinde yer almakta, yatırımlar için kamu fonlarına bağımlı olmakta ve sağlık için harcanan yatırım bütçelerini en çok onlar tüketmektedir. Fakat sağlık reformlarıyla birlikte bu anlayış değişmiştir. Hastane yatırımlarını finanse etmek için kullanılan yöntemlerden biri de kamu özel ortaklıkları olmuştur (Rechel vd. 2009: 19).

Sağlık alanında KÖO anlayışının benimsenmesinin nedeni mali bütçe kısıtları, sağlık alanına ilişkin kamu harcamalarının kısılmak istenmesi, kamu sağlık harcamalarının önceliklendirilerek başka alanlara kaydırılmak istenmesi olarak özetlenebilir. Hastanecilik alanındaki yatırım harcamalarının kamu sektöründen özel sektöre kaydırılarak yatırım sorumluluğunun transferi, yönetim anlayışı olarak özel sektörün yöntemlerinin kullanılarak verimli hizmet ve yatırım süreci elde edilmeye çalışılmaktadır (Torchia, 2015: 239)

Sağlık alanında çeşitli KÖO modelleri görülmektedir. Bunlardan bir tanesi Franchising yöntemidir. Kamu sağlık otoritesi özel bir şirketle hastaneyi yönetmesi için anlaşabilmektedir. İkinci yöntem DBFO (design, build, finance, operate) yöntemidir. Özel sektörün oluşturduğu bir konsorsiyum kamu sağlık otoritesinin talepleri doğrultusunda bir sağlık tesisini dizayn etmekte, inşa etmekte, yatırım için gerekli finansmanı üstlenmekte daha sonrasında ise tesisin yönetimini üstlenip hastaneyi işleterek karşılığında kamudan kira ödemesi almaktadır. BOO (build, own, operate) verilen yöntemde ise kamu otoritesi mülkiyeti özel sektörde kalacak şekilde sağlık tesisinin inşasını, işletilmesini özel sektöre yaptırmakta kamu sektörü özel sektörden çeşitli çeşitli destekleyici hizmetler satın alarak kira ödemesi yapmaktadır. BOLB (buy, own, lease back) yöntemi ise özel sektör tesisi kurduktan sonra kamu tarafından yönetilmekte fakat özel sektöre kira ödemesi yapılmakta kira süreci bitiminde tesis kamuya bırakılmaktadır (Torchia, 2015: 240-41).

Sağlık alanında rastlanan en sık KÖO uygulaması kamu hastanesinin bütün yatırım maliyetlerini gerçekleştirme sorumluluğu, bir ihale bedeli karşılığında özel aktörlere devredilmekte 25-30 yıl boyunca yatırımı gerçekleştiren özel aktörlerden hastane binasını kiralama ve kimi stratejik tıbbi hizmetleri satın alma garantisi verilmektedir (Belek, 2013: 80).

Sağlık hizmetlerinin giderek parçalara bölünmesi ve fiyatlandırma sistemine geçilmesi ile taşeronlaştırmaya ve kamu özel ortaklıklarına giden yol da açılmıştır (Belek, 2013: 80-81).

Uzun vadeli taşeron sözleşmeleri kamu özel ortaklıkları olarak tanımlanan yapıya dönüşmektedir. Tıpkı taşeronlaştırma gibi kamu özel ortaklıkları da sağlık hizmeti sunumunda giderek daha fazla rağbet görmekte ve çeşitli biçimlere bürünmektedir (Hermann, 2008: 155).

2.9. Unutulan Alma- Ata Bildirgesi ve Sağlık Hizmetleri Reformuna Kapsamlı Yaklaşım

Sağlığa ilk küresel yaklaşım Dünya Sağlık Meclisi'nin ezici oyuyla 1978 Alma Ata Bildirgesi ile perçinlenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü 1978 yılında Alma-Ata'da toplanan konferansta “2000 yılında Herkes İçin Sağlık” temel sağlık hizmetleri bildirgesini kaleme almıştır. Bildirgede temel sağlık hizmetlerinin kapsamı ele alınmış ve sağlık alanında çok boyutlu bir reform önerisinde bulunulmuştur (Lister ve Labonte, 2009: 181).

Konferansta sağlığın temel bir insan hakkı olduğu ve olası en yüksek sağlık düzeyinin elde edilmesi için sağlık sektörünün yanı sıra birçok ekonomik ve sosyal diğer sektörlerin de katkısının gerektiğinin, toplum sağlığı konusundaki eşitsizliklerin siyasi, ekonomik ve sosyal olarak kabul edilemez olduğunun altı çizilmiştir. Bu bağlamda hükümetlerin toplum sağlığı için sorumlulukları vardır ve birinci basamak sağlık hizmetleri sosyal adaletin gerçekleştirilmesinde anahtar roldedir. Birincil basamak sağlık hizmetleri pratik, bilimsel açıdan sağlam, sosyal ve teknolojik olarak kabul edilebilir yöntemlere dayanan temel sağlık hizmetidir. Bireyler ve aileleri tüm hayatları boyunca bu hizmetlere katılabilmelidir. Temel sağlık hizmetleri ülkenin sağlık sisteminin, toplumun ekonomik ve sosyal gelişiminin ayrılmaz bir parçasıdır. Bireylerin, ailelerin ve toplumun ulusal sağlık sistemiyle ilk temas seviyesi olup sağlık bakımını insanların yaşadığı, çalıştığı yere mümkün olduğunca yakın hale getirmeye çalışan ve devam etmekte olan bir bütünün parçası temel hizmetlerdir (Lawn vd., 2008: 918).

Temel Sağlık Hizmeti (TSH) yeterli, uygun, kabul edilebilir ve kapsamlı sağlık hizmeti sunma yöntemidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün Alma Ata'daki toplantısında sağlık toplumsal sorunlarla birlikte el alınmış kapsamlı bir bakış açısı geliştirilmiştir. Bu bağlamda temel sağlık hizmetlerinin çok boyutlu ve birbirleriyle etkileşimi olan çok sayıda bileşeni vardır. Temel sağlık hizmetleri ülkenin, toplumun sosyoekonomik, kültürel ve politik özelliklerini yansıtır; sosyal, biyomedikal ve kamu sağlığı hizmetleri ilgili uygulamalara dayanır. Topluluktaki ana sağlık problemleri ele alınarak; geliştirici, koruyucu, rehabilite ve tedavi edici sağlık hizmetleri buna göre sunulur. Ana hizmetlerin dışında mevcut ve yaygın sağlık sorunlarını engelleme ve kontrol etmeyle ilgili eğitimler; sağlıklı su ve sağlıklı yiyecek temini, anne çocuk sağlığı, aşılama, gerekli ilaçların temini noktasındaki çabaları içerir. Sağlık sektörüne ilaveten diğer sektörlerin sağlık alanına katkısına dikkat çeker. Tarım, hayvancılık, gıda, sanayi, eğitim, konut,

ulaşım ve diğerk sektörlr olmak üzere ulusal ve toplumsal kalkınmanın tüm ilgili sektörlerinin koordineli birliğinin sağlanmasını amaçlar. Herkes için kapsamlı sağlık bakımının aşamalı olarak iyileştirilmesini ve ihtiyaca göre entegre, işlevsel sevk sistemleri kurulmasını amaçlar. Rapor tüm hükümetleri diğerk sektörlerle koordineli, kapsamlı bir ulusal sağlık sisteminin bir parçası olarak birinci basamak sağlık hizmetlerini başlatıp sürdürme önerisinde bulunmuş ve ülkeleri karşılıklı iş birliğine davet etmiştir (Lawn vd.,2008: 918).

Alma-Ata deklarasyonu sağlığı toplum ve topluluk temelli dinamik bir şekilde ele almanın dönüm noktasıdır. Fakat geçen zaman içerisinde uluslararası reform niyeti gerçekleşmemiştir. Çift kutuplu dünya atmosferinde küresel kalkınma paradigması içerisinde ortaya konan bu toplumcu yaklaşım, sağlık ve sosyal politikalara neoliberal ekonomik modelin hâkim olması ile birlikte rafa kaldırılmıştır. Az gelişmiş ülkelere dayatılan yapısal uyum programları sağlık ve eğitim başta olmak üzere kamu harcamalarının kısılmasını, bütçe açıklarının kapatılmasını dayatmıştır. Yapısal uyum programları ile sağlık sektöründe maliyet kurtarma planlarının uygulanmasına, sağlık alanındaki sübvansiyonların kesilmesine ve kamu sektöründe rasyonalizasyonun sağlanması amacıyla doktor ve hemşire istihdamında sınırlamalara gidilmesine neden olmuştur. Bu politikaların sağlık sistemlerinin performansını olumsuz etkilediğine yönelik sonuçlar ve kanıtlar ortaya çıkmıştır. Halk sağlığı alanında finansmandan kaynaklanan altyapı yetersizliği oluşmuş, personel kalitesi ve sayısında azalma meydana gelmiş, yoksulların sağlık hizmetlerine ulaşımında eşitsizlikler artmıştır (Lawn vd., 2008: 920-921).

Dünya Bankası'nın 1993'teki "The World Development Report" raporunda ise sağlık ve kalkınma alanında ilişki kurulmuş birinci basamak sağlık hizmeti dilini kullanmakla birlikte daha teknik çözümlere, maliyet etkinliğe, tıbbi tedaviye odaklanılmasına neden olunmuştur. Bu bakış açısı diğerk sektörlerin ve toplumun katılımını ihmal eden sağlık hizmetlerinin dar bir yönüne odaklanan sağlık anlayışının yerleşmesinde katkıda bulunmuştur (Lawn 2008:921). Sağlık sistemi için çizilen çerçeve özel sektör tedarikçilerinin dünya yoksullarına asgari temel bakım hizmeti sunmasını savunan kamu özel iş birliğine dayalı bir sağlık sistemini içeren modeldir ve Alma-Ata'nın getirdiği kapsamlı sağlık sistemi reformu yerine seçici birinci basamak sağlık hizmetlerine odaklanılmasını ve müdahale temelli bir anlayışın yerleşmesini sağlamıştır (Lister ve Labonte, 2009: 183).

Alma-Ata ilke ve değerlerini ileri taşımakla görevlendirilmiş örgüt olan Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Bankası'nın elinde tuttuğu kaynaklar ve ideolojik ağırlığı karşısında gerileyen bir pozisyon almıştır. Banka'nın projeler ve araştırmalar için geniş bütçesi tek yanlı bir sorgulamaya ve tartışmaya sponsorluk yaparken, Dünya Sağlık Örgütü bütçesi dondurularak

örgüt Dünya Bankası ve özel sektöre giderek daha fazla ödün verdiği bir ortaklığa zorlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü, 2000 yılında yayınladığı Dünya Sağlık Raporu'nda temel sağlık hizmetlerini başarısızlık olarak nitelendirmiş, Alma-Ata bildirgesini özel finansmana değinmediği için eleştirmiştir. Dünya Sağlık Örgütü sağlığın temel bir insan hakkı olduğu yaklaşımına gölge düşürmüştür ancak 2008 yılında yayınlanan Dünya Sağlık Raporu'nda eski yaklaşıma geri dönüş yapmıştır (Lister ve Labonte, 2009:187).

Alma-Ata anlayışı sosyal adaletin inşasına işaret eden felsefî bir bakış açısını ifade etmektedir. Alma-Ata'nın vizyonu, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin yanı sıra sosyal olarak iyi olmayı, kapsamlı topluluk katılımını ve sektörler arası iş birliğini sağlayarak sağlığın ve sosyal çevrenin geliştirilmesine dayanır (Lawn vd., 2008: 921).

Gelişmekte olan ülkelerde birinci basamak sağlık hizmetlerindeki reformların başarısızlığının nedeni yaşanan ekonomik krizler ve piyasa yönelimli sağlık reformlarıdır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROJESİ VE SAĞLIK REFORMLARI

3.1. 2001’den Günümüze Neoliberal Politikalar

Türkiye, 24 Ocak 1980 İstikrar ve Yapısal Uyum Programını yürürlüğe koyarak, 1963 yılından beri beş yıllık kalkınma planlarına damgasını vurmuş olan ithal ikameci sanayileşme stratejisini terk etmiş ve yeni bir birikim modelini benimsemiştir. Söz konusu modelin iki belirleyici özelliği bulunmaktadır. Bunlardan ilki ekonominin dışa açılması, diğeri ise kamunun ekonomideki pay ve etkinliğinin azaltılmasıdır (Ongun, 2001: 55).

Türkiye’deki sermaye birikim rejiminin mantık ve yapısındaki değişim 1980’li yıllarda başlamıştır. 2000’li yıllara gelindiğinde kamu ekonomisi tümüyle tasfiye edilerek yeni birikim rejiminin nihai biçimine ulaşılmıştır. Türkiye bu uzun yolun sonunda, ulusal pazara yönelik sanayileşmeye dayalı sermaye birikimi rejiminden küresel ölçekte serbest mal ve sermaye hareketlerine dayalı bir sermaye birikimi rejimine, popüler adıyla neoliberalizme geçişini tamamlamıştır (Balkan vd., 2013: 12).

Emek aleyhtarı sonuçları nedeniyle eleştirilen neoliberal politikaların bölüşüm perspektifi açısından savunduğu temel tez; devletin küçültülmesiyle müdahale-koruma mekanizmaları aracılığıyla yaratılan ve ayrıcalıklı, varlıklı katmanlara intikal eden rantların giderek tasfiyesinin gerçekleşeceği iddiasıdır. 1980 sonrasında ortaya çıkan Türkiye’deki neoliberal politikalar çeşitli ve tekrarlayan bir şekilde bunun gerçekleşmediğinin hatta yeni ayrıcalıklı kesimler yaratma ve yolsuzlukların artması gerçekliği karşısında iflas etmiştir (Boratav, 2002: 172).

Türkiye 21. yüzyıla kapsamlı bir IMF-Dünya Bankası programıyla ve yeni bir gündemle girmiştir. Bu gündem emek-sermaye arası bölüşüm sürecini tamamen piyasa mekanizmasına teslim etmeyi, farklı bir deyişle işgücü piyasasını ve tarımı etkileyen iktisat politikası araçlarını tamamen tasfiye ederek popülizmin ekonomik tabanını ortadan kaldırmayı hedeflemekteydi. Piyasa mekanizmasının yaratabileceği bölüşüm bozukluklarına karşı ise iki önlem öngörülmekte idi. Birincisi, temel eğitim ve sağlık alanlarına ayrılan kamu kaynaklarının korunması, hatta artırılmasıdır. İnsan sermayesine yatırım olarak adlandırılan bu harcamaların uzun dönemde eşitsizlikleri hafifleteceği beklentisi vardır. Artan eşitsizliklere karşı önerilen ikinci önlem ise sosyal politikanın, esas olarak yoksullukla mücadele önlemleri ile yani piyasa ekonomisine çeşitli nedenlerle katılamayan marjinal katmanları gözeten transferlerle sınırlı tutulmasıdır (Boratav, 2002: 173).

2001 yılındaki bankacılık ve finans sektörü krizi ekonomide çok derin hissedilmiştir. Özel ve kamu kesimi bankalarında oluşan büyük açıklar nedeniyle, gecelik faizler yüzde 6000'ne kadar yükselmiştir. Yeni bir ekonomik program hazırlamak ve program için uluslararası destek sağlamak için Dünya Bankası'nda üst düzey yönetici olarak çalışan Kemal Derviş, ekonomiden sorumlu bakan olarak Türkiye'ye davet edilmiştir. Derviş önderliğinde ve IMF desteğiyle hazırlanan yeni program hem istikrar önlemlerini hem de daha uzun vadeli yapısal ve kurumsal değişiklikleri içermektedir. Uzun vadeli istikrar için bütçe dengelerinin radikal şekilde değiştirilmesi, bütçe açıkları yerine bütçe fazlalarının oluşturulmasını hedeflenmiştir (Pamuk, 2014: 285).

2001 programı, 1980'den sonra IMF ve Washington Uzlaşısı çerçevesinde hazırlanan diğer programlardan farklı olarak makro dengeleri kurarak piyasaları fiyat mekanizması işleyişine bırakmak yerine, piyasaların kendi başlarına olumsuz sonuçlar yaratabilecekleri ve bir ölçüde denetlenmesi gerektiği kabulüyle hareket etmiştir. Piyasa ile devlet arasındaki iş bölümü hiç olmazsa kurumsal olarak yeniden belirlenmiştir (Pamuk, 2014: 286).

Neoliberal politikalar dünyanın pek çok ülkesinde yoksulluğu artırmış, yoksullukla mücadele ihtiyacını ve sosyal politikaları gündeme getirmiştir. Türkiye'de de benzer gelişmeler olmuştur. 1980'lerde piyasa ağırlıklı politikalara geçildikten sonra tarımsal gelir ve ücretlerin gerilemesi ve istihdam artışlarının sınırlı kalması, 1990'larda ise iktisadi büyümenin yavaşlaması, giderek tırmanan enflasyon ve faizler, gelir dağılımının daha eşitsiz hale gelmesine ve yoksulluğun yaygınlaşmasına yol açmıştır. Hem kırsal alanda hem de kentlerde artan işsizlik 2001 kriziyle doruk noktasına ulaşmış AK Parti iktidarları konuya neoliberal, piyasa yanlısı yöntemler ile muhafazakâr hayır işleri geleneğini birleştirerek yaklaşmıştır. Sosyal güvenlik, yasalar ve kurallar çerçevesinde tüm kesimler için bir hak olarak değil, yoksullara yardım olarak görülmüştür. Kapsamlı programlar yerine seçici ve keyfi uygulamalar önem kazanmıştır (Pamuk, 2014: 292-293).

Bu dönemde kamu harcamaları içerisinde sosyal yardımların payı artmıştır. Özellikle Dünya Bankası'ndan alınan kaynakların, yoksullukla mücadele programlarıyla 2002 yılından itibaren politik anlamlarıyla birlikte başarıyla kullanıldığı görülmektedir. Bu tür kaynak transferlerinin neoliberal popülizmin bir unsuru olduğu açıktır. Kaynaklar evrensel haklar temelinde bir politika çerçevesinde kullanılmamakta çeşitli enformel mekanizmalar üzerinden dağıtılmaktadır (Karahanoğulları, 2012: 127).

Türkiye'de sosyal politikanın neoliberal paradigma içerisinde yeniden kurumsallaşma süreci Dünya Bankası'nın etkisiyle yoksullukla mücadele programları üzerinden gerçekleşmiştir. Bir yandan yoksullara yönelik sosyal koruma ve önlemleri ve çalıştırma

programları artarken, bir yandan yoksulları da formel sosyal güvenlik kurumlarına entegre etme çabaları artmıştır. Dünya Bankası'nın da önerileri doğrultusunda bu çabalar sosyal güvenlik ve sağlık sisteminin özelleştirilmesi politikalarıyla birlikte işlemektedir. Türkiye'de 1980 sonrası ekonomide yaşanan neoliberal dönüşüme bağlı olarak artan yoksullaşma Dünya Bankası gibi kurumların etkisiyle görünür hale gelmiştir (Savaşkan, 2007: 2010).

Hem neoliberal politikaların yarattığı yıkımı hem de Dünya Bankası destekli Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin (SDP) yoksulluğa bu denli önem vermesinin Türkiye özelinde Yeşil Kartlı sayısındaki dramatik artış çok çarpıcı bir şekilde açıklamaktadır. 2004 yılına kadar Yeşil Kart programı sadece yataklı tedavi masraflarını karşılar durumdaydı ve 2003 yılında program kapsamında sadece 2,5 milyon kişi kayıt altına alınmıştır. Programa ayrılan bütçe toplam sağlık harcamalarının sadece yüzde 0,33'ünü temsil ediyordu. 2004 yılında program kapsamındaki yardımlar Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinde hem ayakta tedavi hem de yataklı hasta hizmetlerini kapsayacak şekilde genişletilmiştir ve Ocak 2005 itibariyle sağlık hizmet teminat paketine ayakta tedavi hizmetleri ve reçeteli ilaçlar dahil edilmiştir. Bu, Yeşil Kart için daha yüksek bir talep yaratmış ve 2006'ya kadar 8,3 milyon kişi program kapsamına alınmıştır. Yıllar içinde teminat paketi, Genel Sağlık Sigortası (GSS) programının geri kalanıyla uyumlu hale getirmek için genişletilmiştir. 2011 itibariyle yararlanıcıların sayısı Türkiye'nin toplam nüfusunun yüzde 12,7'sine ulaşmış ve 9,1 milyon kişiyi kapsar hale gelmiştir (Dünya Bankası, 2013: 8).

3.2. Sağlıkta Dönüşüm Projesi Öncesinde Türk Sağlık Sisteminde Yaşanan Gelişmeler

Türk sağlık sisteminin liberal bir model çerçevesinde yeniden yapılandırılmasına yönelik çalışmalar 1980'lerin başından bu yana Dünya Bankası ile ortak projeler temelinde gerçekleştirilmiştir. Tam anlamıyla kapsamlı neoliberal sağlık reformu yapılamamasına rağmen, 1980'lerde ve 1990'larda liberalleşmeye doğru önemli adımların atıldığı göz ardı edilmemelidir (Ataay, 2007: 200).

1982 Anayasası ile birlikte sağlık politikalarını etkileyen ilk önemli değişiklik devletin sağlık alanında üstlendiği görevlerin yeniden tanımlanması olmuştur. Sağlık hakkına net bir şekilde şekil veren 1961 Anayasası devletin, herkesin beden ve ruh sağlığı içerisinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla sorumlu olduğunu ve yoksullar ve düşük gelirli ailelerin sağlık ihtiyaçlarını karşılayıcı önlemler alacağını vurgulamıştır. Diğer taraftan herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkını vurgulayan 1982 Anayasası devlete sadece düzenleyici rol vermiştir. Böylece devlete sorumluluklar veren sosyal bakış açısından, düzenleyici devlet anlayışına geçilmiştir (Bağımsız Sosyal Bilimciler,

2008: 222).

1980’lerde özellikle nominal ücret artışlarının enflasyon artışının gerisinde bırakarak reel ücretleri düşük tutma politikası toplumun geniş kesimlerinin ekonomik imkanlarının kötüleşmesine ve geniş toplumsal kesimlerin sağlıklarının olumsuz etkilenmesine neden olmuştur. Dönem içerisinde sermaye üzerindeki vergi yükünün azaltılması sosyal harcamalara olan kaynağın kısılması bakımından basınç yaratmıştır (Soyer, 2011: 304).

1980’lerle birlikte özel sağlık yatırımlarına teşvik verilmiş, kamuda çalışan hekimlere özel muayenehane açma olanağı sağlanmış, 1981 yılında SSK’nın aktif çalışanları ve bağımlıları için %20, SSK kapsamından kurumdan gelir ve aylık olalar ile onların bağımlılarına %10 ilaç katkı payları uygulamaya geçirilmiştir (Bağımsız Sosyal Bilimciler, 2008: 223).

1983 yılında Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık tesislerinde döner sermaye uygulaması genişletilmiş, döner sermayeli kuruluşlara, ürettikleri mal ve hizmetlerle yaptıkları alımları fiyatlandırma yetkisi verilerek sağlık kurumlarının bağımsız ve kâr amaçlı işletimler durumuna, çalışanların da işletme karından pay alan işçiler durumuna getirilmesi amaçlanmıştır (Ulutaş, 2011: 169).

Bu dönem neoliberal yaklaşımını yansıtan belge 1987 tarihli “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” olmuştur. Kanun sağlık kuruluşlarının sağlık işletmesine dönüştürülebileceğini belirtmektedir. Ayrıca kamu kurum ve kuruluşlarından çalışan hekimlerin mesai saatleri dışında kurum dahilinde özel muayene yapabilmelerinin önünü açarak kamu kaynaklarının kullanılarak şahsi kazanç sağlamanın imkânı sağlamış, sağlık işletmesi modeline geçen kuruluşlara sözleşmeli personel çalıştırma yetkisi tanımıştır. Böylece kamusal sağlık hizmetlerinin metalaşmasının, personelin giderek sözleşmeli hale getirilmesinin ve güvencesiz çalıştırmanın bir norm olarak benimsenmesinin önü açılmıştır (Bağımsız Sosyal Bilimciler, 2008: 224).

5 Nisan 1994 kararları ile birlikte hastanelerin finansmanına devlet katkısı personel giderleri ile sınırlandırılmış, devlet hastaneleri giderlerini finanse edebilmek için kaynak sıkıntısı çekmeye başlamış, sağlık ocakları üretilen hizmet karşılığında hastalardan ücret talep etmek zorunda kalmıştır. Adım adım sağlık sistemi hizmet sunum ve finansman krizine sürüklenmiştir (Soyer, 2011: 313).

Devlet hastaneleri merkezi bütçeden personel giderleri dışında kaynak temin edemez duruma düşmüştür. Yeşil Kart uygulamasına dayanan döner sermaye gelirleriyle hastaneleri finanse etmek zorunda kalınmıştır. Bir piyasa ilişkisi olan hizmet fiyatlandırması kamu sigorta fonları ve merkezi devlet bütçe katkılarının önüne geçmiş, döner sermaye uygulaması sağlık tesislerinde vazgeçilmez bir finansman yöntemine dönüşmüştür. Kamu kaynaklarına dayanan finansman modelinden piyasa ilişkilerine dayanan finansman modeline geçiş hızlanmıştır.

Bütçe imkanlarının daraltılması ve sağlık yatırımlarının kesintiye uğraması hastanelerde verilen kamusal sağlık hizmetlerinin niteliğinin aşınmasına neden olmuştur (Soyer, 2011: 315).

Türk sağlık sistemi adım adım finansal kriz ortamına sürüklenmiştir. Sağlık Bakanlığı ve SSK'nın mali kaynakları kısıtlanmış, yatırım imkânları ortadan kaldırılmış, yeterli ve nitelikli personel istihdam edemez duruma düşmüştür. Bunun toplumda karşılığı ise kamu sağlık hizmetlerine olan artan memnuniyetsizlik olmuştur. Sağlık kuruluşları kurumsal olarak çökertilme eşiğine getirilmiştir. Kamu sağlık sistemi bu şekilde kendi haline bırakılırken özel sağlık hizmetlerini bir alternatif haline getiren teşvik ve desteklemeler politika olarak benimsenmiştir. Kamu sağlık fonlarından finansmanıyla özel sağlık kuruluşlarından hizmet alma uygulamasıyla birlikte özel sağlık sektöründe büyüme yaşanmaya başlanmış, tıbbi görüntüleme, hastane ve tıp merkezleri sayısal olarak artmaya başlamış ve kamusal fonlar özel sektöre aktarılmıştır (TTB, 2005: 8). İnsanların kamu sağlık hizmetlerine ulaşamaması ya da ulaştığında istedikleri düzeyde hizmet alamaması, özel kişisel sağlık harcamasını teşvik etmiştir (Soyer, 2011: 317).

Sağlık hizmeti sunan kurumlar arasında koordinasyon eksikliği ve denetimsizliğin yanında yeterli nitelikteki personel sayısı açısından ülke içi bölgesel dağılım bozuklukları oluşmuştur. Birinci basamak sağlık sistemi yetersiz olup, koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlayıcısı olan bu yapılar büyük ölçüde yalnız bırakılmış, sağlık hizmetini sunmaya imkân vermeyen koşullar içerisinde hizmet sunmaya yitilmiştir. Birinci basamak sağlık kurumlarıyla hastaneler arasında olması gereken sevk sistemi yeterince işletilmemiş, halkın tedavi hizmetlerine olan eğilimini teşvik eden politikalar ile hastanelerde yığılmalar ortaya çıkmış kamu kaynakları son derece verimsiz kullanılmıştır (TTB, 2005: 8).

Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin yürürlüğe girmesine kadarki dönemde sağlık sistemi devlet hastaneleri, SGK hastaneleri, üniversite hastaneleri, özel hastaneler ve sağlık ocaklarından oluşan bir yapı üzerine kurulmuştur. Sağlık sistemine devlet katkıları ile birlikte üç sosyal güvenlik kuruluşu (Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur) ve Yeşil Kart'tan oluşan bir sosyal güvenlik ve sosyal yardımlaşma sisteminin işletilmesi ile finanse edilmiştir (Ataay, 2008: 199).

Türkiye'de hiçbir zaman herkesin ulaşabildiği, genel bütçeden finanse edilen bir sağlık sistemi olmamıştır. Sağlık hakkı büyük ölçüde sosyal sigorta kapsamındaki kişilere sunulmuştur. Bu Bismarck tipi sosyal güvenlik sistemi, refahı toplumdaki mevcut sınıf ve statü farkını sürdürmek hatta güçlendirmek için dağıtmayı amaçlamaktadır. Sosyal haklar istihdamdaki konuma ve kişinin prim katkısına göre sunulmaktadır ve devlet refahı topluma dağıtırken eşitleme amacıyla değildir. Bu modelin kurucusu olan Almanya'da sistem zamanla herkesi kapsar hale gelmiştir. Oysa Türkiye'de nüfusun büyük bir kısmını oluşturmalarına

rağmen kayıt dışı istihdam ve tarımda çalışanlar her zaman sistem dışı kalmıştır. Bu sağlık sistemi eşitsiz ve korporatist bir sağlık sistemidir (Terzi, 2014: 279).

Türkiye'nin eşitsiz ve ayrımcı sağlık sistemi, nüfusun ciddi bir kısmını kapsam dışında bırakmakla kalmamış, kapsam içine aldığı gruplara sunulan sağlık hizmetlerin niteliği de ayrımcı olmuştur. Emekli Sandığı ile kamu kesiminde çalışan memur ve askeri personele, SSK ile işçiden kesilen primlerle işçilere, Bağ-Kur ile belirli bir prim karşılığı esnaf, sanatkâr ve bağımsız çalışan vatandaşlara sosyal güvenlik sağlanmaya çalışılmıştır. Sağlık reformları öncesindeki bu durum sistem içerisinde ciddi eşitsizlikler içerecek şekilde sürüp gitmiştir. En iyi hizmet ve en çok sağlık harcaması Emekli Sandığı mensuplarına sırayla Bağ-Kur ve SSK'lılara yapılmıştır. Zaman içerisinde Emekli Sandığı mensuplarına yapılan sağlık harcaması SSK'lıların 4-5 katına ulaşmıştır. Emekli Sandığı mensuplarının üniversite hastanelerine doğrudan başvurabilme ayrıcalığı tanınmış ve Emekli Sandığı mensupları ilaçlarını her eczaneden alabilirken SSK'lıların böyle bir imkânı olmamıştır (Terzi, 2012: 278-279). SSK sigortalıları ise sadece SSK hastanelerini kullanılmasına izin verilirken, Bağ-Kur sigortalıları muayene, laboratuvar testleri, ayakta ve yatarak tıbbi bakım için kamu ve özel sağlayıcılardan 90 gün prim yatırma koşuluyla sağlık hizmetinden faydalanabilmişlerdir. Emekli Sandığı bu gruplar arasında en kapsamlı hizmet paketine sahip olan grup olmuş kamu ve özel sektör olmak üzere birçok hizmet sağlayıcıya rahatlıkla ulaşabilmişlerdir (OECD, 2008: 29).

Yoksulların sağlık hizmetleri alamadıkları hastanelerden geri çevrildikleri ya da rehin kaldıkları bir dönemde Yeşil Kart uygulamasına geçilmiştir. 1992 yılında kurulan bu program, resmi sağlık sigortası kapsamında olmayan ve sağlık hizmetleri için ödeme yapamayan yoksullara sağlık yardımı sağlamayı amaçlamıştır. Uygulamaya göre Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde yaşayan Türk vatandaşı olmayanlar ile herhangi bir sosyal güvenlik programına dahil olmayan ve hane halkı geliri kişi başına düşen asgari ücret sınırının üçte birinden az olanlar, Yeşil Kart programı kapsamına alınmıştır. Yeşil Kart programı ulusal bütçeden finanse edilen yapıya sahiptir (Dünya Bankası, 2013: 7).

2004 yılına kadar Yeşil Kart programı sadece acil sağlık hizmetlerini ve yataklı tedavi hizmetlerini içerecek şekilde ücretsiz olarak sağlık hizmeti sunmuştur. Yeşil Kart yetersiz, bütüncül olmayan adeta sadaka gibi sunulan bir sosyal yardım sistemi özelliğine sahiptir. Genel Sağlık Sigortası (GSS) kurulana kadar geçici bir önlem olarak tasarlanmıştır. Yeşil Kart sağlığa erişimi ihtiyaç temeline dayandırdığı için aslen neoliberal bir uygulamadır, ancak öncesindeki eşitsiz durumla mukayese edildiğinde yoksullar için çözüm olmuştur (Terzi, 2014: 283).

DPT'ye göre 2000'li yılların başında nüfusun %85'inin sosyal güvenlik ve sağlık

hizmetlerine ulaşım hakkı vardır. SSK en büyük sigorta fonu olarak nüfusun %46, 3'ünü kapsarken, Bağ-Kur %22,3'ünü, Emekli Sandığı ve devlet bütçesinden finanse edilen Yeşil Kart ise %15,4'ünü kapsam altına almaktadır. Fakat sağlık sigortası kapsamına ilişkin veriler çelişkilidir. Resmi rakamların farklılaşma nedenleri birden fazla sigorta fonuna kayıtlı kişi sayısının varlığı, sigorta fonlarına aktif ve düzenli katılımın esas alınmaması ve sigortalılara bağımlı olan nüfusun tahminen hesaplanması sigorta kapsamında olan nüfusun hesaplanandan daha düşük olacağına işaret etmektedir. 2003 yılında TÜİK'in hane halkı anketine göre herhangi sağlık sigortasına dahil olan ve sağlık hizmetleri kapsamı altında olan nüfusun oranı %64'tür (OECD, 2008: 30).

3.3. Sağlıkta Dönüşüm Projesi

Diğer birçok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de sosyal politika bağlamında en önce gündeme gelen konu sağlık sektörü reformu olmuştur. Türkiye'dekine benzer sağlık reform tasarıları Asya, Latin Amerika ve Doğu Avrupa'da pek çok ülkede gündeme gelmiştir. Bu tasarılar küresel iş bölümü çerçevesinde şekillendirilmiştir. Akademisyen uzmanlar ülkelere danışman olarak çağırılmış, hazırladıkları raporlar Dünya Bankası tarafından incelenip onaylandıktan sonra hükümetlerce benimsenip kanunlaştırılmıştır. Buradaki amaç büyüyen sağlık hizmeti talebi karşısında, bir yandan yoksulluğu azaltıp ve neoliberal rejimi daha katlanabilir kılarak sağlık hizmetlerini yaymak, bir yandan da sağlık sektörünün özellikle ilaç ve teknoloji nedeniyle sürekli yükselttiği ve devlete yük olan maliyetleri sınırlamaktır (Keyder, 2007: 23-24).

Türkiye'de 2000'li yıllarda sağlık reformu çalışmaları öncelikle 2001 ve 2004 yıllarında Dünya Bankası ile yapılan anlaşmalara dayanılarak yürütülmeye başlanmıştır. Bu sürece yön veren “Türkiye: İyileştirilmiş Erişim ve Verimlilik İçin Sağlık Sektörünün Yeniden Geliştirilmesi” başlıklı rapordur. 2003 yılında Dünya Bankası ve Türk uzmanlarından oluşan bir komisyon tarafından tamamlanan rapor, reform çalışmalarının kurumsal temelini oluşturmaktadır. Bu rapora dayanarak Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) olarak da bilinen reform modelinin çerçevesi çizilmiştir. Bu çerçevede reform projesi sadece kurumsal yapılanmayı ve kurumlar arası görev paylaşımını dönüştürmekle kalmamış, aynı zamanda kurumların işlevlerini kökten değiştirmiştir (Ataay, 2007: 200).

58. Hükümet Acil Eylem Planı, 16 Kasım 2002 tarihinde kamuoyu ile paylaşılmıştır. “Sağlıklı Toplum” başlığı altında acil eylem planı sağlık hizmeti sunumunun, finansmanın, organizasyonun dönüştürülmesi ve özel sektörün sağlık alanına katılmasını somutlanması gibi iki temel amacı vardır (Akdağ, 2008: 20).

Acil Eylem Planı'nın duyurulmasından hemen sonra 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) hazırlanmış ve kamuoyuna duyurulmuştur. SDP Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmeti sunan işlevlerinden arındırılarak düzenleyici ve kontrol edici görevlerle yeniden yapılandırılması, Genel Sağlık Sigortası (GSS) sisteminin kurularak tek bir hizmet satın alıcının teminat paketleri aracılığıyla sağlık hizmeti satın alması, sağlık ocağı modelinden aile hekimliğine geçilmesi, kamu hastanelerinin özertleştirilmesi ve işletmeleştirilmesi, personel ücretlendirilmesi ve istihdamında yeni yöntemlerin benimsenmesi, sağlık hizmetlerinin özel sektör eliyle sunulmasının özendirilmesi ve kamu özel ortaklıkları başlıklarına sahiptir (OECD, 2008: 44-45).

3.3.1. 2012- 2017 Yılları Arası Genel Sağlık Sigortası Uygulaması

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) sağlık hizmetlerinin finansmanı, sunumu, organizasyonu ve yönetimiyle ilgili kapsamlı reform hedefleri belirlemiştir. Sağlık hizmetlerinin kapsamını tüm nüfusa yaymak, ülke genelindeki sağlık hizmetlerine erişim ve kullarımdaki eşitsizlikleri azaltmak amacıyla SDP'nin temel hedeflerinden biri tüm sağlık sigortası planlarını (Yeşil Kart programı dahil) yeni oluşturulan Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından yönetilecek GSS programında birleştirerek hizmetlere erişimi arttırmak ve finansmandaki bölünmeyi ortadan kaldırmaktır (Dünya Bankası, 2013: 1).

Dünya Bankasına göre SDP'nin önemli amaçlarında biri satın alma ve hizmet sunumu görevlerinin önceki parçalı ve karışık yapıdan kurtarılması; satın alıcılar ve hizmet sunucular arasında ilişkilerin sözleşmeler aracılığıyla kurulmasıdır. İlk olarak 2005 yılında SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığı hastane sistemine aktarılmış böylece kamu sisteminde büyük bir parçalanma kaynağı olarak görülen model ortadan kaldırılmıştır. İkinci olarak 2006 yılında üç sağlık sigortası planı (SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı) tek bir alıcı olan Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile birleştirilmiştir. Üçüncü olarak 2008 yılında “Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası Yasası” kabul edilmiş SGK sistemi altında, Türkiye'nin en büyük sosyal güvenlik sistemi oluşturulmuştur. Dördüncü olarak Ocak 2010'da aktif devlet memurları SGK'ya devredilmiş ve bunu iki yıl sonra Yeşil Kart programı takip etmiştir (Dünya Bankası, 2013: 2).

Farklı sigorta fonlarının SGK bünyesi altında birleştirilmesiyle birlikte çeşitli kurallara ve düzenlemelere sahip olan hizmet paketleri tek bir teminat paketi altında toplanmış farklı sigorta fonlarının değişik şekilde hizmet sunması ve finanse etmesi ortadan kaldırılmıştır (Tatar vd., 2011: 26).

1 Ocak 2012 tarihinden itibaren sosyal güvenlik sisteminin kapsamında olmayan kişiler

için zorunlu GSS uygulamasına geçilmiştir. Buna göre GSS kapsamına alınan herkes zorunlu olarak prim ödemeye başlamıştır. Bu kapsamda kayıtlı olarak çalışanlar ve SGK'dan gelir ve aylık alanlar ile onların bağımlıları dışında kalan herkes primini kendi ödemek zorundadır (Yaşar, 2015:98). Primleri kendileri tarafından ödenmek suretiyle tüm nüfusa sağlık güvencesi sunmayı amaçlayan bu düzenlemelerle, sigortaya erişimi formel istihdam ile bağlantılı olmaktan çıkarmıştır (Yaşar, 2015: 96).

GSS uygulamasının temel belirleyeni ödeme gücüne göre sağlık hizmetlerine finansmanına katılımdır. Sistem gelir gruplarına göre kişileri sınıflar ve bu gelir gruplarına denk düşen ödemeleri sağlık hizmetlerinden faydalanılması için zorunlu kılar. Sistemde ödeme gücü olmayanların primsiz ödemeleri devlet tarafından karşılanır (Erol ve Özdemir, 2014: 13).

GSS sağlığı bir hak olarak kabul eden yaklaşım üzerine değil, sigortacılık mantığı üzerinden inşa edilmiştir. Sağlık bir kamu hizmeti değil, ticarileşmiş devlet hastaneleri ile özel sağlık kurumlarından satın alınan bir meta olarak görülmektedir (Bağımsız Sosyal Bilimciler, 2012: 106).

GSS sisteminin temel mantığı sağlık hizmetleri ile finansmanının birbirinden ayrılması, teminat paketi çerçevesinde sağlık hizmetlerini kapsamayı, sağlık hizmetlerinden faydalanabilmek için bütün vatandaşlara prim ödeme koşulu getirmesi, sağlık hizmetlerinin özel sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularından ve kamuya ait sağlık hizmetleri sunucularından satın alınmasını, sağlık hizmeti kullanımı ve ilaç giderleri için katkı payı ödenmesini ve sağlık hizmetlerinden yararlanma sırasında sevk sistemine uyulmasına dayanmaktadır (Görmüş, 2013: 187-188).

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nda emeklilik sistemi ile ve sağlık sigortası birbirinden ayrı yapılara sahiptir. GSS ile birlikte devletin finansmana belirli oranda katkısından başka, sağlık hizmetlerinin finansmanında ana kaynak olarak GSS primlerinin kullanıldığı bir anlayış esastır (TTB, 2008: 35). 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu'nun 37. maddesinde; "Sosyal sigorta fonu, genel sağlık sigortası fonu ile hiçbir şekilde birleştirilemez ve fonlar arasında kaynak aktarılamaz." ibaresi bulunmaktadır (SGK Kanunu, 2006: Madde 37).

SGK finansal ve idari otonomiye sahip yarı özerk bir kuruluştur. Kendi yönetim kurulu, başkanı ve organları vardır. Politika yapımında ise Sosyal Güvenlik ve Çalışma Bakanlığı ile koordineli şekilde çalışmaktadır (Tatar vd., 2011:75).

GSS kapsamında kapsam alanı oldukça geniş tutulan GSS'li ve bakmakla yükümlü olduklarına sunulan ve finansmanı sağlanan hizmetler şu şekildedir (SGK, 2013: 13-14):

1. Koruyucu sağlık hizmetleri

2. Hastalık durumunda teşhis ve tedavi hizmetleri
3. Annelik durumunda sağlanan sağlık hizmetleri
4. Ağız ve diş sağlığı hizmetleri
5. Sağlık hizmetlerinin sağlanması için temin edilecek ilaç ve tıbbi malzeme
6. Acil durum sağlık hizmetleri ve trafik kazaları sağlık hizmetleri

GSS sisteminin en temel finansman ayağı primlerdir. GSS primi kısa ve uzun vadeli sigorta fonlarına tabi olanlar için prime temel teşkil edecek kazancın %5'i sigortalı, %7,5 işveren katkısı olmak üzere %12,5'tir. Yalnızca genel sağlık sigortasına tabi olacaklar ile primi devlet tarafından ödeneceklerin GSS primi gelire temel teşkil edecek kazancın %12'sidir (Yaşar, 2015:98). Ayrıca Devlet SGK'nın topladığı GSS primlerinin toplamının 1/4'ü kadar katkı yapmaktadır (Yaşar, 2015: 95).

Primleri kendileri tarafından ödenecek kişilerin 1 Ocak 2012 tarihinden itibaren gelir testi uygulanmaya başlanmıştır. Bu tarihten itibaren Yeşil Kart süresi dolanlar da dahil olmak üzere gelir testine tabi tutulmaktadır. Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları tarafından gerçekleştirilen uygulama kapsamında asgari ücretin 1/3'ünden az gelir elde eden kesimlerin primleri devlet tarafından ödenecektir (Yaşar, 2015: 98).

GSS kapsamında prim ödemesini kendisi yapacak olanların prim oranları aylık geliri asgari ücretin 1/3'ünden az olanlar primleri devlet tarafından, aylık geliri asgari ücretin 1/3'ü ile asgari ücretin arasında olanlar asgari ücretin üçte birinin %12'si oranında prim öderken, aylık geliri asgari ücret ile asgari ücretin iki katı arasında olanlar asgari ücretin %12'si oranında prim ödemektedir. Aylık geliri asgari ücretin iki katından fazla olanlar asgari ücretin iki katının %12'si oranında prim ödemektedir (Yaşar, 2015: 99).

Bunun dışında GSS uygulaması bakmakla yükümlü olunan kişileri genel sağlık sigortalısı olarak belirlemiştir. Genel sağlık sigortalısının eşi, üniversite okuması halinde öğrenimi bittiği döneme kadar, lise ve benzeri okulları bitirmiş olması durumunda 18 yaşını geçmemiş evli olmayan çocuğu GSS'lidir (Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 2006: Madde 3).

GSS kapsamında gelir testi uygulanacaklar ise GSS sigortalısı ya da bakmakta sorumlu olmadığı kişiler; SGK'dan gelir ve aylık almayanlar, bakmakla sorumlu olunan kişilerin bu statüleri sona erenler; GSS statüsü sona erenler, Yeşil Kartlı olmayan kesimlerdir (Resmî Gazete, 2011: Madde 4).

Gelir testine başvurmayanların ise GSS primi kurum tarafından re'sen belirlenmekte ve asgari ücretin 2 katı üzerinden prim borcu çıkarılmaktadır (Resmî Gazete, 2011: Madde 4).

Tablo 3.1 01.01.2012-31.12.2012 Tarihleri Arası Gelir Testi Başvuru Sonuçları

(Milyon)	Gelir Testi Başvuru Kişi Sayısı	Kapsama Alınan Kişi Sayısı	Primi Devlet Tarafından Ödenen Kişi Sayısı	Primi Kendisi Tarafından Ödenecek Olan Kişi Sayısı
	14,8	11,3	7,5	3,8

Kaynak: Atasever, 2014:108

Tablo 3.1’de 2012 yılı gelir testi başvuru sonuçları gösterilmektedir. Uygulamanın yürürlüğe girmesi ile birlikte 2012 yılı boyunca toplam 14,8 milyon kişi gelir testine başvurmuş, 11,3 milyon kişi kapsam altına alınmış, 3,8 milyon kişiye primini kendi ödemesi gerektiği bildirilmiş ve prim borcu çıkarılmaya başlanmıştır.

21/11/2013 tarihinde Mersin Milletvekili Ali Öz tarafından verilen yazılı soru önergesine Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı tarafından yanıtı göre, GSS gelir testi yoluyla çıkarılan prim borcu miktarı 7.330.016.849 TL’dir, tahsil edilen prim miktarı ise 357.832.872 TL’dir (Yentürk ve Yılmaz, 2015: 14).

Süreç içerisinde GSS gelir testi uygulamasına dayanan re’sen prim borcu ve gelir testine bağlı prim borcu uygulaması toplumsal tepkilere neden olmuş ve henüz yasa ikinci yılını doldurmadan prim affı gündeme gelmiştir. 11 Eylül 2014 tarihinde 29116 Sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 6552 Sayılı Torba Yasa yasa ile GSS prim borçlarına yapılandırma affı çıkartılmıştır. Gelir testine hiç başvurmayanlar için re’sen çıkarılan prim borçları ile gelir testi sonucunda gelir gruplarına göre çıkarılmış primlerini ödemeyenlerin prim gecikme zamları ve cezaları silinmiş ve prim borçları 18 aya kadar taksitlendirilerek yapılandırılmıştır.³

GSS uygulaması özellikle genç işsizler açısından önem arz etmektedir. Halk arasında *işsiz evlat vergisi*⁴ olarak adlandırılan bu uygulama, 1 Ocak 2012 günü başlayan zorunlu GSS uygulamasına göre 18 yaşını dolduran erkek çocuğu okumuyor ve çalışmıyor ise, eğer üniversite eğitimi alıyorsa okulu bitimine kadar sağlık hizmeti almakta, bu sınırlar dâhilinde değilse gelir testini yaptırmaz ya da testi yaptırır ve devlet tarafından primleri ödenecek gelir düzeyinin üzerinde geliri çıkması halinde GSS prim borçlusu durumuna düşmekteydi.

Artan toplumsal tepkiler ve GSS uygulaması nedeniyle prim borcuyla karşılaşan kesimlerin taleplerine siyasi partiler kayıtsız kalamamış ve seçim vaatlerinde bu konuya ilişkin taleplere yer vermek zorunda kalmıştır. 10 Aralık 2015 tarihinde AK Parti tarafından yayımlanan “64. Hükümet 2016 Eylem Planı” GSS’ye ilişkin yapılacak düzenlemelerde genç işsizlerin GSS’ye ilişkin taleplerine yer verilmiştir. Bu vaatler arasında gençlerin prim

³ <https://alitezcel.com.tr/index.php?sid=yazi&id=7231> (erişim tarihi:22.03.2018).

⁴ “Genel Sağlık Sigortası Primleri Silinmeye Başladı”, *Hürriyet Gazetesi*, 08.06.2016

borçlarının sıfırlanması ve prim ödeme yaş sınırı ile ilgili talepler yer almaktadır⁵.

Bu eylem planı bağlamında TBMM tarafından kabul edilip Resmî Gazete’de yayımlanan 6663 sayılı Kanunun 26. maddesi ile 5510 sayılı Kanunun 60. Maddesi değiştirilmiştir.⁶ Eski uygulamada lise ve dengi okul mezunu 18 yaşından büyük gençler ile yüksek öğrenimdeki gençler mezuniyetten sonra GSS prim borçlusu durumuna düşmekteydi. Yeni uygulamayla birlikte lise ve dengi okullar için 20 üst yaş sınırı ve yüksek öğrenimde 25 yaş üst sınırı getirilmiş ve çeşitli süre iyileştirmeleri olmuştur. Bu uygulamadan 517 bin genç işsiz gence GSS primi ödemededen sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı getirilmiştir⁷.

AK Parti 'nin 2016 eylem planında olan “*gençlerin GSS primlerinin sıfırlanması*” vaadi 24 Mart 2016 tarihide TBMM'ye sunulan torba yasa tasarısına eklenmiş ve GSS prim borçları silinmesine ilişkin çalışmalara başlanmıştır⁸.

Dönemin Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı Süleyman Soylu’nun, 2016 yılında gelir testi uygulamasına ilişkin yazılı bir soru önergesine verdiği yanıt GSS’nin sürekli istihdam ve güvenceli işler dışındaki kesimler açısından çok kısa bir süre içerisinde uygulanamaz hale geldiğini ortaya koymuştur.

Tablo 3.2 17.03.2016 Tarihi İtibariyle Gelir Testi Uygulaması Sonuçları

Gelir Testi Yaptırmayan Kişi	Gelir Testi Yaptırmayanların Prim Borcu (TL)
5.390.455	10.962.923.719

Kaynak: <http://www2.tbmm.gov.tr/d26/7/7-1436sgc.pdf> (erişim tarihi: 20.04.2018).

Tablo 3.3 17.03.2016 Tarihi İtibariyle Gelir Testi Uygulaması ve Çeşitli Prim Borçluluk Rakamları

18	18	25	25	25
Yaşından Büyük Düzenli Geliri Olmayan Tescilli Yapılan Kişi Sayısı	Yaşından Büyük Tescil Edilen Geliri Olmayan Prim Borçlu Sayısı	Yaşından Büyük Olup Düzenli Geliri Olmayan Tescilli Yapılan Kişi	Yaşından Büyük Olup Düzenli Geliri Olmayan Prim Borçlusu	yaşından Küçük Prim Borçlu Sayısı
7.672.455	6.891.084	5.113.062	4.556.397	2.334.687

Kaynak: <http://www2.tbmm.gov.tr/d26/7/7-1436sgc.pdf> (erişim tarihi: 20.04.2018).

Tablo 3.2 ve Tablo 3.3 gelir testine ilişkin çeşitli uygulama sonuçlarını vermektedir. Resmî açıklamaya göre 2016 yılı itibariyle 5.390.455 kişi gelir testi yaptırmamıştır. Gelir testi yaptırmayanların toplam borcu 10.962.923.719. TL’dir. 18 yaşından büyük olan gelir tescilli

⁵ <http://www.akparti.org.tr/upload/documents/64.hukumet-eylem-planı-kitap.pdf> (erişim tarihi:20.04.2018).

⁶ <https://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k6663.html> (erişim tarihi: 05.03.2018)

⁷ “30 Haziran’da Sağlık Hizmeti Bitiyor”, *Habertürk Gazetesi*, 25.03.2016

⁸ “30 Haziran’da Sağlık Hizmeti Bitiyor”, *Habertürk Gazetesi*, 25.03.2016

re'sen ve kişi beyanına göre yapılan kişi sayısı 7.672.455 kişidir. Tescil edilenlerin yüzde 89'u yani 6.891.084 kişisi prim borçlusudur. Prim borçluları içerisinde 18 yaşından büyük 25 yaşından küçük düzenli geliri olamayan ve GSS'li olarak tescil edilen kişi sayısı 2.559.393 kişidir ve bunların yüzde 92'si yani 2.334.687 kişisi prim borçlusudur. Bu verilerden de anlaşılacağı üzere gelir testi uygulaması toplum tarafından kabul görmemiş 5,5 milyon kişi gelir testi yaptırmamıştır. Gelir testi yaptırmayan ve yaptıranları birlikte ele aldığımızda GSS'li olarak tescil edilenlerin toplamda yüzde 89'u prim borçlarını ödeyememiştir.

Bu gelişmelere paralel olarak 2016 yılında yeniden prim affı ve yapılandırma gündeme gelmiş dönemin hükümetinin hazırladığı yasa tasarısıyla 11 milyar liraya ulaşan borcun 25 yaşın altındaki prim borçlularının yaklaşık 4,7 milyar liralık borcunun silinmesi planlamıştır. 25 yaş üstü 4,6 milyon kişiye ait 6,3 milyar liralık borç ise af ve yapılandırma gelmemiş mevcut borçların katlanarak artması devam etmiştir. Her prim affı çalışmasında gündeme gelen fakat politik nedenlerden dolayı uygulanmayan GSS prim borcu olanların sağık hizmetlerinden yararlanamaması olasılığı tekrardan gündeme gelmiştir. Prim affından yararlanamayan 4,6 milyon kişi 30 Haziran 2016 tarihinden sonra sağık hizmeti alamayacaktır⁹.

GSS uygulaması 5 yıl gibi kısa süre içerisinde toplum kesimleri tarafından tepkiyle karşılanan bir uygulama halini almıştır. Gerek re'sen prim uygulaması gerekse gelir testi en çok tartışılan konulardan olmuştur. GSS'nin uygulamaya girmesinden 2 yıl sonra prim affı ve mevcut borçların yapılandırılması gündeme gelmiş, izleyen yıllarda öğrenciler ve gençlerle ilgili iyileştirmeler sağılanmaya çalışılmış fakat gelir testine dayalı olarak prim toplama ve gelir üzerinden alınan primlerle sağık hizmetlerini finanse etme amacı bir türlü gerçekleşmemiştir. Sonuçta 1 Nisan 2017 tarihinde yapılan değişiklikle birlikte gelir testi yaptırma zorunluluğı kaldırılmıştır. Yapılan değişiklikle gelir testine temel oluşturan gelir gruplarının sayısı 4'den 2'ye indirilmiş prim oranı %12'den %3'e düşürülmüştür. Gelir testi asgari ücretin 1/3'den az olanların primleri devlet tarafından karşılanırken asgari ücretin 1/3'ünden fazla olanlar ise asgari ücret üzerinden %3'lük GSS primi ödemesi zorunluluğı getirilmiştir. Gelir testi yaptırma zorunluluğı kaldırılmış, %3'lük primi ödemek istemeyen asgari ücretin 1/3'ünden az geliri olanların başvurularına göre gelir testi yapılmaya başlanmıştır (Resmî Gazete, 2017: Madde 20).

Uygulamayla birlikte GSS'nin gelire dayanarak prim toplama amacı son bulmuştur denilebilir. Hem prime konu olan gelir düzeyi olan asgari ücretin 1/3 miktarının düşüklüğü hem de %3'lük prim oranı gelire dayalı prim toplamının mümkün olmadığının kanıtıdır.

⁹“30 Haziran'da Sağık Hizmeti Bitiyor”, *Habertürk Gazetesi*, 25.03.2016

3.3.2. Genel Sağlık Sigortası'nın Geleceği: Statü Eşitsizliğinden Gelir Eşitsizliğine

Neoliberal politikalar sosyal politika alanında devlet, piyasa ve ailenin rolleri yeniden tanımlanmıştır. Refahın sağlanmasında devletin rolü sınırlandırılmış, bireysel sorumluluk ilkesi egemen kılınarak ihtiyaçların karşılanmasında piyasa ve aile merkezi bir konuma yerleştirilmiştir. Sosyal güvenlik reformu ile birlikte statü temelli eşitsizlikler sistem içerisinde ikincilleşerek de olsa varlığını sürdürse de piyasadan elde edilen gelir ve satın alma gücü sağlık hizmetlerine erişimin temel belirleyeni haline gelmiştir (Dertli, 2015: 274).

Sağlık hizmetleri finansmanı için kaynak oluşturma yöntemi hem sigortaya hem de sağlık hizmetlerine erişimi etkilemektedir. Türkiye’de 1950’li yıllarda işçi statüsünde çalışanlar için gündeme gelen zorunlu sağlık sigortası zamanla yaygınlaştırılmış, 1 Ocak 2012 tarihinden itibaren zorunlu GSS uygulamasına geçilerek tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlanması yolunda önemli bir adım atılmıştır. Ancak teorik düzeyde atılan bu adım fiili bir sonuç oluşturabilmesi için prim ödeme yükümlüsü olan bütün kişilerin düzenli prim ödemesi yapabilmesi gerekir. Bağımsız çalışanların büyük bir çoğunluğunun tarihsel olarak prim borçlusu olduğu göz önünde tutulursa bu yöntemin ne kadar uygulanabilir olduğu tartışmalıdır (Yaşar, 2015: 107).

GSS’nin en problemli alanı prim ödeme gücü olmayanların devlet tarafından belirlenmesi aşamasında ortaya çıkmaktadır. Devlet asgari ücretin 1/3’den az gelir elde edenler söz konusu olduğunda devreye girmektedir. Türkiye şartları açısından yoksulluk sınırı asgari ücretin 1/3’ü olarak belirlenmiştir. Bu sınırın TUİK’in ve konuyla ilgili kurumların yayınladığı yoksulluk sınırı verileriyle ilişkisi yoktur (Erol ve Özdemir, 2014: 13).

Asgari ücretin altında ama üçte birinden fazla geliri olanlara, sosyal güvenliğin zorunlu olmaktan çıkarılarak ihtiyari yapılmasından yararlanıp kısa ve uzun vadeli sigorta primi ödemeyen küçük esnaf, tarımda çalışan yoksul işçi ve çiftçi, evde çalışan veya ev hizmetlisi kadın prime esas kazancı üzerinden sağlık primi ödemektedir. Sosyal güvenlik hakkından vazgeçecek kadar yoksul olan kesimlerin sağlık sigortası primini ödemek zorunda kalmaları eşitlik ve adalet duygusunu zedeleyen bir durumdur. Bu kesimlere sağlanan sağlık hizmetinin artan oranlı gelir vergisi sistemi ile sağlanan vergilerle finanse edilmesi yerine sağlık primlerine tabi tutulmaları, yoksuldan zengine kaynak aktarımı anlamına gelmektedir (Bağımsız Sosyal Bilimciler, 2012:108).

Tablo 3.4 2002-2017 Yılları Arası SGK Prim Gelirleri, Emekli Aylığı ve Sağlık Ödemeleri

Yıllar	Devlet Katkısı Hariç Prim	Emekliği Aylığı Ödemeleri	Sağlık Ödemeleri	Emekli Aylığı ve Sağlık Ödemeleri	Prim Ödemelerinin Emekli Aylığı ve Sağlık Ödemelerini Karşılama Oranı (%)	SGK'ya Yapılan Toplam Bütçe Transferi Oranı (%)
2002	14.821.913	16.687.400	7.629.027	24.316.427	61	39
2010	66.912.858	78.957.499	32.508.883	111.466.382	60	40
2011	89.560.568	91.615.378	36.500.378	128.115.756	69,9	30,1
2012	99.359.243	105.293.799	44.110.561	149.404.360	66,5	33,5
2013	118.728.578	119.161.662	49.888.693	169.050.355	70,2	29,8
2014	135.238.559	134.391.514	54.551.175	188.942.688	71,6	28,4
2015	159.480.052	151.990.402	59.410.943	211.401.345	75,4	24,6
2016	134.881.731	137.457.946	51.601.898	189.059.844	71,3	28,7

Kaynak: SGK, 2016:21.

Toplanan GSS primlerine dair ayrı ve ayrıntılı veri yayınlanmamaktadır. Bununla birlikte Tablo 3.4'te SGK'nın sosyal sigortalar primleriyle ve GSS primlerini birlikte ele alındığı toplulaştırılmış verileri bulunmaktadır. Sosyal güvenlik sisteminin bir parçası olan GSS'yi anlamak açısından SGK'nın bütünleştirilmiş tabloları içinde GSS primlerinin de olduğu veriler konuya ilişkin bilgi vermektedir. Türkiye'de sosyal güvenlik sisteminde yapılan reformlara rağmen bütçe transferlerinin arttığı görülmektedir. SGK'ya yapılan bütçe transferleri içerisinde en düşük kalem ödeme gücü olmayanların GSS primleridir (SGK, 2016: 21).

Tablo 3.5 SGK Toplam Primlerin Giderleri Karşılama Oranları (2002-2017)

Yıllar	Toplam Prim Gelirlerinin Sağlık Giderini Karşılama Oranı (%)	Sağlık Giderlerinin Toplam Giderler Arasındaki Oranı (%)
2002	194	27
2009	189	27
2010	205	26
2011	245	25
2012	225	27
2013	238	27
2014	247	26
2015	268	25
2016	271	24
2017	267	24

Kaynak: Açıkgoz, 2018:13

Tablo 3.5'e göre yıllar itibariyle toplanan tüm primlerin sağlık harcamalarını karşılama

oranı ortalama yüzde 25 civarındadır. Sosyal güvelik sistemi sağlık harcamalarını finanse edebilecek yapıya sahiptir.

Tablo 3.6 2013 yılı GSS Fonu Gelir ve Gider Tablosu (TL)

GSS Gelirleri		GSS Giderleri	
4 A GSS Prim	26.409.686.882	Tedavi ve Sağlık Malzemesi Gider	31.027.917.602
4B GSS Prim	2.586.643.449	İlaç Gideri	16.019.979.591
4C GSS Prim	9.463.867.965		
Katılım Payları	2.276.349.444		
GSS Primi Kendi Ödeyen	392.039.805		
GSS Primi Devletçe Ödenen	8.281.504.866		
GSS Devlet Katkısı	10.700.051.115		
İadeler	(-)680.394.685		
GSS Fonu Toplam Gelir	59.879.748.862	GSS Fonu Toplam Gider	47.047.897.193

Kaynak: Sayıştay, 2014:18-19

Toplanan GSS primleri ile ilgili ayrıntılı ve düzenli bilgi yayınlanmamakla birlikte SGK'nın 2013 yılı Sayıştay raporuna göre GSS fonu sağlık için toplanan primler sağlık harcamalarını finanse edebilecek durumdadır. Tablo 3.6'ya göre GSS Fonu 2013 yılı itibariyle 12.831.851.667 TL fazla vermektedir. Fona devlet, primlerini kendi ödeyenlerin ve katılım payı katkıları olmaksızın sağlık hizmetlerinin finansmanı rahatlıkla sağlanmaktadır GSS fonları nitelikli ve kapsamlı sağlık hizmeti sunmak için uygun yapıdadır. Hem sağlık harcamalarını azaltacak hem de toplumun sağlığını bozulmadan koruyacak nitelikteki koruyucu sağlık hizmetleri için yeteri miktarda fon bulunmaktadır.

Tablo 3.7 Sosyal Güvenlik Kurumunun Gelir ve Gider Dengesi (Milyon TL)

Yıllar	Gelirler	Giderler	Açık (-)	Toplam Gelirin Gideri Karşılama Oranı (%)
2003	27.916	41.336	13.419	67,5
2009	78.072	106.775	28.702	73,1
2010	95.273	121.997	26.724	78,1
2011	124.479	140.714	16.234	88,5
2012	142.928	160.223	17.294	89,2

2013	163.013	182.688	19.675	89,2
2014	184.328	204.400	20.071	90,2
2015	220.102	231.546	11.443	95,1
2016	189.681	206.275	16.594	92,0

Kaynak: SGK, 2016:20

Tablo 3.4 yıllar itibariyle SGK gelir ve gider dengesini vermektedir. SDP ile sosyal güvenlik sisteminin açıklarını mümkün olduğunca model içerisinde karşılayarak kamu bütçesine olan yükün düşürülmesi amaçlanmıştır. Fakat bu amaç gerçekleşmemiş bütçe kaynaklı transferler devam etmiş ve sosyal güvenlik sistemi açık vermeyi sürdürmüştür. Sosyal güvenlik sisteminin açıklarının kapatılması GSS ile toplanan primlerden yoluyla olmuştur. Sayıştay'ın 2016 yılı SGK raporuna göre GSS fonu fazla vermektedir. Gelir testi uygulamasının başarısız olmasına rağmen fon yine de fazla vermiş 16,4 milyar TL sosyal güvenlik sisteminin finansmanı açıkları için kullanılmıştır. Sayıştay'ın 2013'yılı raporunda da 12,8 milyar TL fazla veren GSS fonu sağlık harcamalarını finanse ettiği gibi yasaya aykırı şekilde dahi olsa sosyal güvenlik sistemini finanse etmiştir (TTB, 2018 : 6-7).

Tablo 3.8 Türkiye 2010-2017 Yılları Arası TÜİK İşgücü İstatistikleri

Yıllar	İşsizlik Oranı (%)	İşgücüne Katılım Oranı (%)
2010	11,9	48,8
2011	9,8	49,9
2012	9,2	50
2013	9,7	50,8
2014	9,9	50,5
2015	10,3	51,3
2016	10,9	52
2017	10,9	52,8

Kaynak: TÜİK, 2018

Tablo 3.9 Türkiye 2010-2017 Yılları Arası Kayıt Dışı İstihdamın Toplam İstihdam İçindeki Payı

Yıllar	Kayıt Dışı İstihdam Oranı
2010	43,25
2011	42,05
2012	39,02
2013	36,75
2014	34,97
2015	33,57
2016	33,49
2017	33,97

Kaynak: http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/calisan/kayitdisi_istihdam/kayitdisi_istihdam_oranlari/kayitdisi_istihdam_orani (erişim tarihi: 12.03.2018).

Tablo 3.10 2018 Yılı OECD İşsizlik ve İşgücüne Katılım Oranları (%)

İşsizlik Oranı	İşgücüne Katılım Oranı
5,5	68

Kaynak: <https://data.oecd.org/unemp/unemployment-rate.htm> (erişim tarihi: 20.04.2018).

Tablo 3.8 ve Tablo 3.9’a göre Türkiye’de yıllar içerisinde değişmeyen yapısal işsizlik, iş gücüne katılım ve kayıt dışı istihdam problemleri vardır. Tablo 3.10’daki OECD ülkeleriyle kıyaslandığında Türkiye’de işsizlik oranı yüksek ve işgücüne katılım oranları düşüktür.

Türkiye’de sosyal güvenlik sistemi reformu yapılırken iş gücüne katılım oranının düşüklüğü, eksik istihdam, kayıt dışı istihdam oranlarının yüksekliği, işsizlikteki artış gibi istihdamdan kaynaklanan önemli sorunların yanı sıra, gelir dağılımı bozukluğu ve yoksulluk sorunları sosyal sigortacılık yöntemi ile sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğini sağlamak ve tüm nüfusa sağlık güvencesini sağlamanın önünde önemli engeller oluşturmaktadır. Çünkü 5510 sayılı kanunla GSS finansmanının önemli ölçüde istihdama bağlı faaliyetlerden elde edilen kazanç ve ücretlerden üzerinden alınan prim gelirlerinden sağlanacağı ortaya çıkmaktadır. İstihdam sorunları bir taraftan sağlık güvencesinin tüm nüfusa yaygınlaştırılmasını engellerken, diğer taraftan sistemin aktif sigortalı sayısını düşürerek, bağımlı sayısını arttırmakta ve sağlık hizmetlerinin finansmanını zayıflatmaktadır (Görmüş, 2013: 198).

GSS’de primlerin istihdama bağlı faaliyetlerden elde edilen kazanç ve ücretlere göre belirlenmesi, sistemde adaletsizlik sorunlarına yol açmaktadır. Oysa primlerin bireyin toplam kazanç ve iratları esas alınarak, bireyin gerçek geliri üzerinden alınması daha adaletli bir yöntemdir. Böylece finansmanda hem yatay hem de dikey adalet sağlanacak hem de gelir dağılımında adaletin sağlanmasında olumlu katkıda bulunacaktır. Ayrıca vatandaşlar devlete hem prim hem de vergi ödüyorsa devlet katkısı SGK’nın ay içerisinde elde ettiği toplam GSS primi baz alınarak değil, devletin GSS için uygulanan %12, 5’lik oranın belirli bir oranında üçüncü taraf olarak finansmana aktif olarak katılması şeklinde yeniden düzenlenmesi sistemin açıklarının kapatılması için daha kabul edilebilir bir yöntemdir. Aynı bakış açısı emeklilik sistemi için de geçerlidir. Böylece sigortalıların prim yükünün hafifletilmesi ve kayıtlı istihdamın özendirilmesinin diğer önlemlerle birlikte, sigorta kapsamının genişletilmesi yönünde önemli katkısı olabilir (Görmüş 2013: 198).

Tablo 3.11 2010-2016 Yılları Arası GSS Kapsamı

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
GSS Tescil	9.395.185	8.865.470	11.357.306	12.351.352	11.385.011	10.180.009	9.135.128
Toplam							

Primleri Kendi Tarafından Ödenen			3.798.485	4.699.867	4.043.415	2.787.922	2.706.837
Primleri Devlet Tarafından Ödenen			9.395.185	8.865.470	7.558.821	7.651.485	7.341.596

Kaynak: SGK, 2016:23-24

Tablo 3.11'e göre 2016 yılı primini kendi ödeyenlerin sayısı 2.706.837 kişiyken primleri devlet tarafından ödenen kişi sayısı 7.341.596 kişidir. Yıllar içerisinde devletin primlerini ödediği kişi sayısı azalmıştır. 2017 yılı itibariyle uygulamaya giren yeni gelir testi uygulamasıyla birlikte asgari ücretin 1/3'den az geliri olan 7.531.051 kişinin primi devlet tarafından karşılanmaktadır. Asgari ücretin 1/3'den fazla geliri olan ve 2017 yılına göre 53 TL prim ödemesi yapacak kişi sayısı ise 1.835.175 kişidir (Açıkgöz, 2018:21). Uygulamanın geçirdiği dönüşüm göz önüne alındığında 2010 yılı ile 2017 yılları arasında 2 milyon kişi ya düzenli işe kavuşmuş ya da gelir testi gibi nedenlerden dolayı kendi primini ödemek zorunda kalmış ya da prim borçlusu olarak sisteme dahil olmuştur. Gelir testi uygulaması Yeşil Kartlı kesimlerin bir kesimini bir şekilde GSS primi ödemek zorunda bırakmıştır.

GSS uygulaması özellikle düzenli işi olmayan kesimlere getirdiği prim uygulamasıyla sosyal güvenlik sisteminin açıklarını finanse etmeyi amaçlar bir görüntü sergilemektedir. Zira işçi, memur ve bağımsız çalışanlar dışındaki kesimlerin sağlık hizmetlerinden yararlanımı için alınan GSS primi sadece hastalık sigortası işlevi görmekte emeklilik hakkı sağlamamaktadır. Bu hali ile model kayıt dışı çalışanların, yoksulların, işsizlerin prim ödemeleriyle sosyal güvenlik sisteminin açıklarını finanse etme işlevi görmekte fakat bunla birlikte emeklilik hakkını sağlamamaktadır.

GSS son haliyle toplumdaki herkes için zorunludur. Kayıt altındaki istihdamda yer alan kesimler ve bakmakta yükümlü olduğu kişiler sistemin doğal üyesi olarak görülmektedir. Kayıtlı istihdam koşullarında olmayanlar için ise gelir üzerinden alınan primlerle sunulan sağlık hizmetlerini finanse etmek esastır. SDP öncesi istihdamdaki statüye dayalı olarak sunulan sağlık hizmetine son verilmiş, Emekli Sandığı, SSK ve Bağkur ve Yeşil Kartlı kesimler geniş bir hizmet paketi ve hizmet sunucular arasında ciddi fark olmaksızın sağlık hizmetlerinden faydalanabilir hale gelmiştir. Fakat SDP programı ile birlikte istihdam koşullarındaki statüye göre hizmet sunumu son bulurken yerini gelir farklılığına dayalı olarak sağlık hizmetlerinden yararlanama esas kılınmıştır.

Her ne kadar süreç içerisinde uygulanmasa da modelin kurgusunda GSS primlerini ödemeyenlerin sağlık hizmetlerinden yararlanamaması ilkesi mevcuttur. Sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanmak bir vatandaşlık hakkı olarak değil sadece yoksulluğu azaltıcı bir devlet sübvansiyonu olarak görülmektedir. Buna rağmen süreç içerisindeki Yeşil Kartlı sayısındaki azalma bu politik tercihten de yavaş yavaş uzaklaşıldığı izlenimini vermektedir.

Sağlık sisteminin finansmana devletin doğrudan katılımı yoksul kesimler söz konusu olduğunda gerçekleşmektedir ve yoksulluk sınırı asgari ücretin 1/3'ü gibi düşük bir gelir düzeyi olarak belirlenmiştir. TÜİK ve konuyla ilgili kurumların verilerinin esas alınması durumunda devlet tarafından primi ödenecek kişi sayısının artması muhtemeldir. Diğer yandan sağlık hizmetlerinin finansmanında GSS uygulaması temel olarak işçi ve işveren prim ödemelerine bağlı bir finansman modelidir. Yapısal işsizliğin, kayıt dışı ekonominin olduğu Türkiye gibi ülkelerde yüksek miktarda prim toplama hedefi gerçekleşmemiş, gelir testi uygulaması gelir dağılımı eşitsizliğinin derin olduğu Türkiye gibi bir ülkede uygulanmaz hale gelmiştir.

GSS ile emeklilik hakkı veren sosyal sigorta yasal olarak ayrı fonlardır. Biri emeklilik ve sosyal güvenlik hakkı sağlarken diğeri sağlık hakkı sağlamaktadır ve bu fonlar yasal olarak ayrıdır, birleştirilemez. Tüm prim toplama problemlerine rağmen GSS ile toplanan prim gelirlerinin sağlık harcamalarını finanse ettiği görülmekte hatta 2013 ve 2016 Sayıştay SGK denetim raporlarına göre eldeki birikmiş fazla fonun SGK'nın konsolide açığı için kullanıldığı ortaya çıkmaktadır.

Gelir testi uygulama zorluklarından dolayı son bulmuş, düşük ve sabit oranlı bir tutar belirlenmiştir. Bu düşük miktarı ödemek istemeyenler için gelir testi şarttır. Bu açıdan bakıldığında düzenli işi ve geliri olmayanlar için düşük miktarda dahi olsa bu uygulama bir tür hastalık vergisidir. Süreç içerisinde bu düşük orandan dolayı devletin sağlık hizmetleri finansmanını üstlendiği kesimlerde nicelik olarak azalma olması ihtimali yüksektir.

GSS uygulaması 2012 ile 2017 yılları arasındaki 5 yıllık süreç içerisinde SDP programı öncesindeki sürekli ve güvenceli işe sahip kesimlerden prim toplayabildiği eski haline geri dönmüştür. Dünya Bankası izleri taşıyan ve gelir elde etme durumuna göre toplumu yoksullar ve yoksul olamayanlar olarak sınıflandıran, sağlık alanındaki devlet sorumluluğunu yoksulluğu azaltmaya indirgeyen anlayış sağlıklı bir vatandaşlık olarak görmemenin ürünüdür. Evrensel kapsayıcı politikaların en önemli ayağı olan finansal zorluk çekmeden sağlık hizmetlerini sağlama amacı bu bağlamda SDP ile gerçekleşmemiştir.

3.3.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ile Finansmanının Ayrıştırılması: Özel Sektörden Hizmet Satın Alınması ve Özel Sektörün Sağlık Sektöründe Aktör Haline Gelmesi

GSS sisteminin en önemli özelliği, sağlık hizmetlerinin tedariki mantığı çerçevesinde, finansman ve sağlık hizmeti üretiminin kesin bir şekilde ayırması ve sistemin bu temelde kurulmasıdır. GSS sistemi ile SSK sistemi arasındaki temel fark buradan kaynaklanmaktadır. SSK, sağlık harcamalarını azaltmak için kendi hastanelerini kurmuş ve ilaç harcamalarını denetim altına almak için kendi ilaç fabrikaları sahipliğinde kendi eczanesinden ilaçları sunmuştur. SGK modelinde ise sağlık hizmetinin üretilmesi değil, sağlık hizmetini özel ve kamu unsurlarından sağlanması amaçlanmaktadır. Böylece hizmet sunucular arasında rekabetin sağlanarak maliyetin kontrol ve denetim altında tutulacağı ve daha kaliteli hizmet anlayışı geliştirileceği savunulmaktadır (Hamzoğlu ve Yavuz, 2006:281).

OECD'ye göre SDP'nin en önemli hedefi, sağlık sisteminin satın alma ve tedarik işlevlerindeki önceki parçalı yapı ve çoğulcu yapıdan arındırılarak alıcılar ve tedarikçiler arasında tek tip kurumsal ve hesap verebilir ilişkilerin oluşturulmasıdır. Bu doğrultuda ilk adım SSK'nın Sağlık Bakanlığı'na hizmet sunumundan vazgeçtiği 2005 yılında atılmıştır. 2007 yılında tüm sağlık sigortası fonlarına ilişkin talepleri işlemek için MEDULA adlı bir talep yönetimi sistemi kurulmuştur. Sağlık Uygulamaları Tebliği (SUT) ile SGK, sözleşme kapsamında olan tüm kamu ve özel sağlık tesislerinin MEDULA sistemi aracılığıyla satın alma görevine başlamıştır (OECD, 2008: 47).

Bu bağlamda SDP aracılığıyla gerçekleştirilen piyasa yanlı reformların temel amacı, sağlık piyasasını kurumsallaştırmaktır. Piyasa oluşturma en stratejik hamlesi satın alıcılarla sunucular arasında sözleşme ilişkisinin kurulmasıdır. SGK sağlık hizmetlerini satın alacak tek bir kurum olarak yapılandırıldıktan sonra, sağlık hizmeti sunan kuruluşlar bu ilişkiye hizmet sunan kurumlar olarak eklenmektedir. Böylelikle hizmet sunan birimler ile finanse eden yapılar kurumsal olarak ayrıştırılır, hiyerarşik komuta zinciri kırılır ve piyasa oluşumunun en kritik aşaması gerçekleştirilmiş olur. Kamu sektöründeki dayanışma anlayışı yerini sözleşme ilişkisine bırakarak toplumsal dayanışma ilkesinden sağlık hizmetlerinin alınıp satıldığı meta olarak sağlık ilkesine geçiş sağlanmaktadır (Soyer, 2009: 182).

Sağlığın kar ve sermaye birikimine dayalı üretimi, metalaşması, bir sektör olarak endüstrileşmesi devletler tarafından sınırlandırılmış sağlığın daha çok bir insan hakkı ve sosyal hak olduğu kabulüyle kamusal sorumluluk ön plana çıkmıştır. Türkiye'de Dünya Bankası destekli SDP'nin önemli bir ayağını özel hastanelerin kurulması, sağlık yatırımlarının özel sektör eliyle gerçekleştirilmesi oluşturmaktadır (Sönmez, 2011:70- 71).

Özel sağlık hizmetleri Türkiye'de 1980'lerden önce özellikle hastaneler olmak üzere bir

varlık göstermemiştir. Özel sektör faaliyetlerinin çoğunluğu ayakta bakım hizmetleri ve 50'den az yatağı olan küçük kliniklerden oluşmaktaydı. 1980'ler boyunca özel sektöre sübvansiyon sağlama politikalarının gereği olarak özel hastanelerin ve kliniklerin sayısında bir genişleme sağlanmış, daha önceki dönemdeki özel tesislerin aksine bu klinikler ve hastaneler daha geniş bir kapasiteye sahip hale gelmiş ve kapsamlı bir sağlık hizmeti sunabilir hale dönüşmüştür. 2000'li yılların başlarında 200'lü rakamlara ulaşan özel hastaneler, genellikle büyük şehirlerde yoğunlaşma eğilimi göstermiştir. Sosyal güvenlik kurumlarının özel sağlık hizmetleri sunan özel hastanelerle sözleşmelerle hizmet satın alması bu döneme rastlamaktadır (OECD, 2008:35). SDP ile özel sektör kaynaklarının kullanılarak verimliliğin artırılması ve devlet hastanelerinin oluşacak rekabet ortamında kaliteli hizmet sunumunu gerçekleştirmesi amaçlanmaktadır. Özel sektörün kamu sigorta fonu ile finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerini sunması devlet hastanelerinin iş yükünü azaltılmasına katkı vermesi düşünülmektedir (Akdağ, 2012: 199).

Türkiye'de sağlıkta özelleştirme sağlık hizmetlerinin özel sektöre piyasada tüketicilere sunulmasından çok, kamu kaynaklarının özel sağlık sektörüne aktarılması mekanizmasına dayanmaktadır. Toplam sağlık harcamaları ağırlıklı olarak sosyal güvenlik kuruluşunca yapılmakta, kamu sağlık harcamalarındaki artışa özel sektöre kaynak aktarımı eşlik etmektedir (Bağımsız Sosyal Bilimciler, 2012: 107).

2003 yılında çıkarılan yasayla ilk önce devlet memurlarının, 2006 yılında çıkarılan başka bir yasa ile birlikte sosyal güvenlik sistemine dahil olan tüm vatandaşların özel sağlık hizmeti sunucularından faydalanmasının önünü açılmıştır (Lamba vd., 2014:60). Her ne kadar 2010 yılında eski haline dönmesine rağmen özel sektörü özendirilmesi için 2003 yılında özel sektöre yapılan sevklerde katkı payının kaldırılması özel sektör yatırımlarını artmasında etkisi olmuştur (İkiz, 2016: 910).

SGK özel sağlık hizmeti sunan kuruluşlardan kişi başı ve hizmet başı ödemelerle sağlık hizmeti satın almaktadır (Atasever, 2014: 32).

Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği'ne (TOBB) göre Türk sağlık sisteminin geçirdiği reform sonrasında, sağlık güvencesi sağlayan GSS ve hastaların özel hastaneler ile kamu hastaneleri arasındaki tercih izni özel sektör için sürdürülebilir bir talebi garantiye almıştır. 2009 yılına kadar gerçekleşen tek bir satın alıcı olarak SGK'nın kurumsallaşması, yeni sağlık bütçe kanunu olan SUT'un kabulü ve provizyon ve reçete yöntemi olan MEDULA'nın uygulamaya konması önemli bir adım olmuştur. Sonrasında SGK kapsamındaki hastalar için tedaviye ulaşımında özel sektörün alternatif hale gelerek hasta tercihinin özel ve kamu arasında serbest bırakılması ile özel sektörün kalıcı bir aktör olarak sağlık sistemine katılımı

sağlanmıştır. Yine TOBB'un belirttiğine göre 2010 yılı itibariyle özel sektör açısından reformlar tamamlanmış sayılmaktadır (TOBB, 2017: 18).

Tablo 3.12 Yıllara Göre Hastane Sayıları

	2002	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Değişim%
Sağlık Bakanlığı	774	843	840	832	854	866	865	865	11
Özel Hastane	271	489	503	541	550	556	562	562	107
Üniversite	50	62	65	65	69	69	70	70	40

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017:101

Tablo 3.12'ye göre yıllara göre hastane sayılarına ilişkin Sağlık Bakanlığı'nın istatistikleri özel sektörün büyüme trendi açısından önemli bilgileri ortaya koymaktadır. Son veriler ile SDP öncesi dönem karşılaştırıldığında hastane sayılarında kamu açısından kayda değer bir büyüme gözlemlenmemektedir. Dönem içerisinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastaneleri ile üniversite hastane sayılarında ılımlı bir artış söz konusu iken özel hastane sayısında yaklaşık olarak yüzde 110'luk bir büyüme gözlemlenmektedir. Bu artışın nedeni SDP ile birlikte sözleşmelerle özel sektörden hizmet satın alınması ve hasta tercihinin özel sektörü içerecek şekilde genişlemesidir.

Tablo 3.13 Yıllara Göre Hastane Yatak Sayısı

	2002	2012	2013	2014	2015	2016	Değişim(%)
Sağlık Bakanlığı	107.394	122.322	121.629	123.690	122.331	132.921	23
Özel	12.387	35.767	37.983	40.509	43.645	47.143	280
Üniversite	26.341	35.150	36.956	36.670	38.361	37.707	43

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017:101

Tablo 3.14 Yıllara Göre Hastane Müracaat Sayısı

	2002	2012	2013	2014	2015	2016
Sağlık Bakanlığı	109.793.128	260.974.401	277.485.135	292.100.331	306.825.524	340.080.539
Özel	5.697.170	66.582.098	71.341.411	72.333.383	77.217.044	71.147.878
Üniversite	8.823.361	27.080.436	29.985.697	32.143.930	34.539.363	36.420.413

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017:149).

Tablo 3.13 ve Tablo 3.14'e göre yıllara göre hastane yatak sayısı ve müracaat sayısındaki artış SDP programının özel sektörü sağlık sisteminde önemli aktör haline getirmesi açısından ileri sürülen iddiaları teyit etmektedir. Hastane sayısındaki artışa paralel olarak özel sektör hastane yatak sayısı SDP öncesi yıl olan 2002'ye 2016 yılı itibariyle yüzde 280'lik bir büyüme yaşamıştır. Özel sektöre müracaat sayısı, SDP öncesi dönem 5.697.170 iken 2016 yılı itibariyle 71.147.878 sayısına ulaşmıştır.

Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastane sayısı %11'lik bir artış gösterirken aynı dönem içerisinde hastane müracaat sayısı 109 milyondan 340 milyona yükselmiştir. Bu mevcut hastane kapasitesi korunarak iş yükünün arttığına işaret etmektedir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017:101).

Tablo 3.15 Özel Sektör Yatak Doluluk Oranı (%)

2002	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
32,0	50,8	53,6	51,5	50,5	56,1	59,6	60,3

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017:158

Tablo 3.15'e göre SDP ile birlikte özel hastanelerin yatak doluluk oranı 2002 yılında yüzde 32 iken 2016 yılı itibariyle yüzde 60,3'e yükselmiştir.

Özel sağlık sektöründeki bu devasa büyümenin nedeni ise SGK'nın özel sağlık hizmeti sunucuları arasında hizmet satın alım sözleşmesi imzalamasıdır. Bu sözleşmeler ya tüm branşlarla sözleşme, yani özel sağlık hizmeti sunucularının ruhsatında ağız ve diş sağlığı da dahil olmaz üzere yer alan tüm branşlar ya da kısmi sözleşmelerle ile acil branşlarını kapsamaktadır (Topcuk, 2011:35).

Tablo 3.16 SGK Tedavi Harcamaları (Milyar, TL)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018 Tahmini
Özel Hastane SGK Ödemesi	5.327	6.493	7.308	7.839	8.194	8.612	8.757	9.757	10.579
SGK Toplam Tedavi Harcaması	18.469	21.848	29.206	33.508	36.295	39.557	45.594	51.260	53.855

Kaynak: Açıkgöz, 2018:11

Tablo 3.17 SGK Toplam Tedavi Harcamaları İçerisinde Özel Sektör Ödeme Oranı

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Özel Hastane Tedavi Harcaması Oran (%)	28	30	25	23	23	21	20	20

Kaynak: Açıkgez, 2018:11

Tablo 3.16 ve Tablo 3.17'ye göre özel sağlık hizmetlerinde meydana gelen tüm bu genişlemenin finansman ayağında ise SGK yer almaktadır. SGK'nın harcama kalemleri açısından bakılacak olursa SGK özel sektöre tedavi edici harcama ödemesi olarak tüm tedavi edici sağlık harcamalarının yüzde 20'si ile yüzde 25 bandı arasında değişen oranda yıllar içinde ödeme yapmıştır.

Özel hastanelerin çoğunluğu SGK ile sözleşmeli olarak çalışmaktadır. Özel hastanelerin gelirlerinde SUT tarifeleri önemli bir rol oynamaktadır. Bunu hastalardan alınan fark ödemeleri ardından cepten ödemeler ve yurtdışı hasta gelirleri takip etmektedir¹⁰. Özel hastanelerin en önemli gelir getirici faaliyetleri SUT üzerinden SGK ile yaptıkları anlaşmalar yoluyla sağlık hizmeti kullanan vatandaşlardan aldıkları ilave ücretlerdir paylarıdır. Özel hastanelerin faaliyet gelirlerinin yüzde 80'i bu yolla sağlanmaktadır (Türkiye İş Bankası, 2017: 35). Ayrıca 2008 yılında %30 olan katkı payı üst sınırı 2013 yılında %200'e kadar yükseltilmiştir. Katkı paylarında üst sınırın yükseltilmesi özel sektör karlılığını olumlu yönde etkilemektedir (Türkiye İş Bankası, 2015: 37).

SDP ile birlikte bir yatırım alanı haline sağlık sektöründe, artan rekabet ile birlikte diğer sektörlerde görülen birleşmeler ve şirket satın almalar, ölçek ekonomisinin getirilerinden faydalanma, yabancı yatırımcıların ilgisi görülmeye başlanmıştır. Türkiye İş Bankası'nın 2015 yılında özel sağlık sektörüne ilişkin araştırmasında şu tespitlere yer verilmektedir (Türkiye İş Bankası, 2015: 25-26):

1. Sağlık hizmetlerine olan yurt içi talep artmaktadır. İstanbul sağlık yatırımlarının en yüksek ildir. Diğer illere olan yatırım miktarı artış eğilimindedir.
2. Ölçek olarak büyük hastane zincirleri nüfus ve gelir oranının yüksek olduğu yerlerde yoğunlaşmaktadır.
3. Yatırımlar büyük sağlık grupları tarafından yapılmaktadır.
4. Küçük hastaneler büyük hastane gruplarıyla rekabet edememekte ve bu grupların küçük hastanelerle konsolidasyonu beklenmektedir.

¹⁰www.saglikyonetimi2018.org/Webkontrol/uploads/Fck/MEHMET_ALTUG.pdf (erişim tarihi: 03.03.2018).

5. Türkiye sağlık sektörü karlı bir yatırım alanına dönüşmüştür. Yabancı yatırımcıların sektöre ilgisi yüksektir.
6. Sağlık turizmi sektör açısından karlı bir gelir alanı yaratmaktadır. Bu alana ilişkin yatırımlar ilgi görmektedir.
7. SDP programının uygulamaya koyduğu GSS uygulaması özel sağlık hizmetlerine ulaşım oranını artırmıştır.
8. Özel sigortalı sayısı artmış bu ise özel sağlık hizmetine olan talebi olumlu etkilemiştir.

TOBB'un 2017 yılı Aralık ayında yaptığı bir araştırmaya göre özel sağlık hizmeti sektörü, 2009 yılından bu yana yılda %13 büyümektedir ve toplam sağlık harcamalarında yaklaşık %25-27'lik bir piyasa büyüklüğünü elde etmiştir. Sektördeki en komplike ameliyatlardan yaklaşık %53'ünü yapmaktadır ve yoğun bakım yataklarının %43'üne sahiptir (TOBB, 2017:4).

Büyük hastane grupları coğrafi büyüme ya da satın alma yoluyla sektöre yatırım yapmaktadır (TOBB, 2017: 4). Özel hastaneler arasında büyük hastane zincirleri %13'lük büyüklüğe sahiptir. Diğer özel hastanelere kıyasla ortalama yatak kapasitesi 2 kattan yüksek olan büyük hastane gruplarında en büyük 5 özel hastane grubunun yatak sayısı toplam özel yatak sayısının %28'ini oluşturmaktadır (TOBB, 2017: 17). Türkiye çapında özel sağlık hizmeti sunucularının yüzde 29'u İstanbul'da faaliyet göstermektedir. Özel sağlık sektörü karlılığın artırılması için SUT fiyatlarının güncellenmesini talep etmektedir (Türkiye İş Bankası, 2018: 36).

SDP ile birlikte özel sağlık hizmeti sunucuları sağlık sisteminde önemli ve kalıcı bir aktör haline dönüşmüştür. Kamu hastanelerindeki büyüme özel hastanelerin büyüme oranının çok gerilerinde kalmıştır. Bu gelişmenin arkasında Dünya Bankası izleri taşıyan SDP'nin evrensel kapsayıcılığı sağlık hizmetlerine ulaşımında özel sektörü içerecek şekilde genişletmesinin büyük etkisi bulunmaktadır. Dönem içerisinde artan sağlık hizmeti talebinin bir kısmı özel sektör tarafından karşılanmıştır.

3.3.4. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Katılım Payı Uygulaması: Sosyal Güvenlik Sisteminin Finansman Açığının Kapatılması

Türk sağlık sisteminde sağlık hizmetlerinden yararlanmak için prim yükümlülüğünü yerine getirmiş olmak yeterli değildir. Aynı zamanda ayakta tedavi ile reçete edilen ilaçlar için hastaların ceplerinden harcama yapılması zorunlu hale gelmiştir (Bağımsız Sosyal Bilimciler, 2012: 110).

Türkiye'de hem doğrudan hem de dolaylı maliyet paylaşımı ve ödemeye katılım

uygulanması vardır. Maliyet paylaşım politikaları ile ilgili açık bir şekilde belirtilmiş hedefler bulunmamakla birlikte, ana etmenler gereksiz talebi azaltmak, maliyetleri kontrol etmek ve sorumlu tüketimi teşvik etmek olarak bilinmektedir. Doğrudan maliyet paylaşımı reçeteler, tıbbi cihazlar vb. için yapılan ödemeler olarak gerçekleşir, dolaylı maliyet paylaşımı ise özel hastaneye gidildiğinde ödenen ilave ücretlerdir. Ödemeye katılım ise kamu, özel hastanelere ayakta tedavi için gidildiğinde maaştan kesilen ücretlerdir (Tatar vd., 2011: 58-59).

Katılım payı sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için *GSS'li veya bağımlıları tarafından ödenecek tutar* olarak tanımlanmıştır (5510 SSGSS, 2006:26). SGK tarafından çıkarılan 29.09.2008 tarihli ve 27012 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan “2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği” ile GSS kapsamında olanlardan 01 Ekim 2008 tarihiyle birlikte katılım payı alınması zorunludur. GSS kapsamındaki vatandaşların sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için katkı payı ödenmesini zorunlu kılmaktadır (5510 SSGSS, 2006: Madde 26). Bunun dışında SGK ile sözleşmeli vakıf ve özel sağlık tesislerinde hastaların hizmet kullanımı sırasında, öğretim görevlisi muayenesinde ilave ücret alınmaktadır ve bunlar kuruma fatura edilememekte ve hasta tarafından ödenmektedir (5510 SSGSS, 2006: 73).

Tablo 3.18 Sağlıkta Katılım Payları ve İlave Ücretler

Katılım Payı veya İlave Ücret Alınacak Hizmetler	Ödenecek Miktarlar ve Oranlar
Reçete bedeli	Ayakta tedavi hizmetleri için kurumdan gelir alanlarla ve bağımlıları için %10, diğerleri için %20
İlaç katılım payı	Her bir reçete için; 3 kutuya kadar 3 TL, 3 kutuya ilave her kutu ilaç için 1 TL
Muayene katkı payı 1	İkinci basamak sağlık kuruluşları 6TL
Muayene katkı payı 2	Üçüncü basamak sağlık kuruluşları için 7TL
Muayene katkı payı 3	Sağlık Bakanlığı ve üniversite ortak eğitim araştırma hastanelerinde 7 TL
Muayene katkı payı 4	Üçüncü basamak sağlık tesislerinde 8TL
Muayene katkı payı 5	Özel hastanelerde 18 TL
10 gün içerisinde aynı branşta tekrar muayene	Ek 5TL
Yardımcı üreme katılım payı	Birinci denemde %30, ikinci denemede %25
Tıbbi malzeme katılım payı	SGK'dan gelir ve aylık alanlar ve bağımlıları %10, diğer kişiler için %10
Özel hastane günübirlik tedavide yatak ilave ücret	Gündüz yatak tarifi 3 katına kadar
Özel hastane yatak ilave ücreti	Standart yatak işlem ücretinin 1,5 katına kadar. Tek yataklı odalarda 3 katına kadar ilave ücret
Vakıf üniversitesi ve özel sağlık hizmeti ilave ücret	SGK fiyatının 2 katına kadar

İstisnai sağlık hizmeti	SUT listesi fiyatlarının 3 katına kadar
Üniversite hastanesinde öğretim üyesi muayene	Poliklinik hizmetlerde SGK fiyatının en fazla 2 katı, diğer hizmetlerde 1 katı. İlave ücret asgari ücretin 2 katını geçemez.
Acil servis yeşil alan	Ücret alınmaktadır fakat genel bir miktar yoktur
Aile hekimi muayene	Aile Hekimi muayenesi ücretsizdir, reçete bedeli ve ilaç katılım payı alınmaktadır.

Kaynak: SUT, 2018

TTB Başkanı Raşit Tükel'e göre yurttaşların sağlık hizmetlerine ulaşması için çeşitli kalemlerde toplam 14 ayrı kalemden katkı payı ödemesi yapmaktadır. Sağlık hizmeti kullanan GSS kapsamındaki yurttaşlar cebiden ödeme yapmaktadır¹¹.

Katılım payı uygulamasında primleri devlet tarafından ödenen Yeşil Kartlılara, sığınmacılar, 65 yaşını doldurmuş kimsesiz maaşı alan kesimlere etkin bir muafiyet öngörülmemiş sadece katılım paylarının başvurmaları halinde sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıflarınca geri ödeneceği belirtilmiştir (SUT, 2018: Madde 1.8). Gerek Yeşil Kartlı gerekse diğer kesimlerin bu bilgiden haberdar olması bunu değerlendirmesi ve sağlık hizmeti sırasında cebinden ödediği katılım payını geri alması Türkiye koşullarında mümkün gözükmemektedir. Olması gereken en azından bu kesimlerin katılım payından muaf tutulmasıdır.

TUİK verilerine göre katılım, katkı ve ilave ücretlere ilişkin ayrı bir veri bulunmamaktadır. Bunun yanında TUİK'in cepten harcamalar adını verdiği sağlık hizmetlerine hane halklarının ödedikleri cepten harcama verileri bulunmaktadır.

Tablo 3.19 2002-2016 Yılları Arası Sağlık Harcamaları İstatistikleri (Milyar, TL)

	2002	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Cepten Harcamalar	3.725	8.142	10.062	10.590	11.750	14.156	16.819	17.315	19.562
Toplam Sağlık Harcamasına Oranı (%)	%19,8	%14,1	%16,3	%15,4	%15,8	%16,8	%18,8	%16,6	%16,3

Kaynak: TUİK Sağlık Harcamaları İstatistikleri

Tablo 3.19'a göre SDP ile birlikte cepten yapılan sağlık harcamalarında ciddi bir düşüş

¹¹ <http://www.tipdunyasi.dr.tr/2018/03/14-marta-giderken-saglikta-donusum-programi-coktu/> (erişim tarihi: 22.03.2018).

yaşanmamıştır. Bunda en büyük etken katılım paylarının ve özel hastanelerde vatandaştan tahsil edilen ilave ücretlerin sağlık sisteminin ayrılmaz bir parçası hale gelmesidir.

Bu veriler ışığında sağlık hizmetlerinin finansmanında primlerden sonraki ana kaynak kullanıcı katkılarıdır. Sağlık sisteminin finansmanı temel olarak bir ön ödeme sistemi olan primler ve hizmet kullanımı sırasında ödenen kullanıcı katkılarına dayanmaktadır. GSS modelinde devlet katkısı toplanan primlerin 1/4 'ü kadar ve yoksulluğu azaltıcı bir önlem olarak asgari ücretin 1/3'den az gelir elde edenlerin primlerinin ödenmesi söz konusu olduğunda gerçekleşmektedir.

Sayıştay'ın 2013 SGK raporuna göre sadece katılım payı olarak tahsil edilen tutar 2.276.349.444 TL'dir ve aynı dönem boyunca fon 12.831.851.667 TL fazla vermiştir. Buna rağmen toplanan prim gelirlerinin yüzde 5'ine denk gelen bu tutar sağlık hizmetlerine ulaşımında vatandaşlardan tahsil edilmiştir (Sayıştay, 2014: 18-19).

Kullanıcı katkıları hane halklarının ve bireylerin GSS prim ödemeleri dışında sağlık hizmetlerinden yararlanmanın koşulu olarak ceplerinden ödemek zorunda kaldıkları ve bundan dolayı mali yük altına girdikleri bir uygulama şekillidir. Kullanıcı katkısı uygulaması sağlık hizmetlerine olan gereksiz talebin önüne geçilmesi ve kamu harcamaları için ek kaynak yaratılması bağlamında teorize edilen bir uygulamadır. Bununla birlikte 2016 yılı SGK Sayıştay Raporu şu tespiti yapmaktadır:

Genel sağlık sigortası fonuna ilişkin gelir ve giderlerine baktığımızda 2016 yılında toplam 82.602.632.187,67 TL tutarında gelir elde edilirken; toplam 66.128.995.542,99 TL tutarında gider gerçekleşmiştir. 2016 yılı dikkate alındığında Genel Sağlık Sigortası gelirleri, giderlerinden toplam 16.473.636.644,68 TL tutarında fazla gerçekleşmiştir. Söz konusu tutarın genel sağlık sigortası fonunda kalması gerekirken Sosyal Sigorta Fonu giderleri için kullanıldığı görülmüştür (Sayıştay, 2017:45).

GSS fonunun fon açığı bulunmamaktadır, tam tersine fon fazla vermektedir. Prim katkıları GSS fonunu finanse edebilecek yapıya sahiptir. Tüm bu verilerle birlikte 14 adet kullanıcı katkısının sağlık hizmetleri kullanan kesimlere ekstra mali yük olduğu, sağlık harcamalarının özelleşmesine neden olduğu ortaya çıkmaktadır.

3.3.5. Özel Sektörden Hizmet Alımının Dolaylı Sonucu: Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası

Sağlık hizmetlerinde artan cepten ödemeler için ortaya atılan çözüm önerisi Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası (TDSS) olmuştur. Bir özel sigorta türü olan TDSS, neoliberal çözüm önerileriyle örtüşen ve finansal güvenceyi artan oranda özelleştirmeyi amaçlayan önemli adımlardan biridir (Yaşar, 2015: 115).

Türk sağlık sisteminde TDSS, SDP'nin yarattığı atmosfer ile birlikte gündem maddesi haline gelmiştir. TDSS'ye yönelik ilk çalışmalar "2012/25 sayılı Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası Uygulamaları" başlıklı genelge ile yapılmıştır¹². TDSS için Türkiye'de hukuki altyapı ise 2013 yılında hazırlanmıştır. 23.10.2013'te Resmi Gazete'deki TDSS'yi düzenleyen "Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği" uygulamayı yürürlüğe sokmuştur (Delilote, 2015: 76).

Genelgeye göre SGK tarafından karşılan giderlere ek oluşan ilave ücretler ile SGK tarafından karşılanmayan Türkiye'deki sağlık giderleri sağlık sigortası planlarına dahil edilebilmektedir. Böylece SGK hem finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerini daha kolay kapsam dışına çıkarabilecek hem de GSS sistemi ile her geçen gün artırılan ilave ücretler, otelecilik ücreti gibi hastalardan doğrudan talep edilen tutarlar TDSS'ye konu yapılabilecektir (Yaşar, 2015: 115).

Türkiye'de katılım paylarının TDSS'ye konu edilememektedir. 5510 sayılı SSGSS kanununun 98. maddesi katılım paylarının özel sigorta planlarına konu edilmesini yasaklamıştır (5510 SSGSS, 2006: Madde 98). Türk sağlık sistemi teorik olarak kapsam altına aldığı nüfus oranı yüzde 99'dur. Kapsam dışında nüfus bırakılmamış ve bu tür sigortaların hedef kitlesi olan kapsam dışı nüfus oluşmamıştır (Delilote, 2015:70). Bununla birlikte GSS'nin kapsadığı hizmetler de çok geniş tutulmuş ve kapsam dışında bu tür sigorta planlarına dahil edilecek hizmet sayısı çok değildir (Delilote, 2015: 76).

Katılım paylarını konu edilememesiyle birlikte düşünüldüğünde TDSS GSS'linin SGK ile anlaşmalı özel sağlık sunucularında ortaya çıkacak ve SGK tarafından karşılanan kısmın üzerindeki miktarın, yani özel sağlık kuruluşlarınca talep edilen ilave ücretin, TDSS ile karşılanarak hastanın finansal yükten kurtarılması amaçlanmaktadır. Özetle TDSS özel hastanelerde, muayene, tahlil, tetkik, yatış ve ameliyatlar gibi hastane hizmetlerinden çıkacak fark ödemelerini karşılamaktadır¹³.

TOBB'a göre TDSS'nin uygulama alanı kazanması, SGK ile anlaşmalı özel sağlık tesislerine için ek talep yaratılmasını sağlayacaktır. Bununla birlikte TDSS'nin yaygınlık kazanması ilave ücret miktarlarının yükseltilmesine yardım edecektir. TDSS 2014-2017 yılları arasında %152 büyümüş ve 405 bin kişiye ulaşmıştır (TOBB, 2017: 5).

TDSS kullanıcı katkılarının sağlık sistemine yerleştirilmesinin sonucudur. TDSS'nin şu aşamada kamu sağlık sistemi üzerinde kayda değer bir etkisi bulunmamaktadır. Fakat bu sigortanın büyümesi ve etkinlik kazanmasıyla birlikte kamu sağlık sistemi tarafından sağlanan hizmetlerin teminat paketinden çıkarılması mümkün hale gelecektir. Bununla birlikte özel

¹² [tps://khgm.saglik.gov.tr/Dosyalar/f0ef3ac2b8ea4751981e364f52af71e7.pdf](https://khgm.saglik.gov.tr/Dosyalar/f0ef3ac2b8ea4751981e364f52af71e7.pdf) (erişim tarihi: 20.05.2018).

¹³ "Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Nedir, Kimler Yararlanabilir?" *Dünya Gazetesi*, 18.01.2017

sektör sağlık hizmeti sunucularının SDP ile birlikte önemli bir aktör haline gelmesi özel sigortanın gelişmesine imkân sağlamış, özel sigortanın gelişmesi ise finansmanı kamusal fonlardan sağlanan özel sağlık hizmetlerine talebin artması sağlayacak bir uygulamaya dönüşmüş, bu ise ilave ücretlerin artırılması açısından basınç yaratmıştır.

3.3.6. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması: Aile Hekimliği Uygulaması

Sağlık hizmeti kapsamını belirleyen, ülkenin gelişme düzeyi ve devletin kaynak azlığı kadar, sosyal politika kurumlarının toplumsal siyasi tarih içerisinde nasıl şekillendiğidir. Bu bağlamda 1960’lardaki sosyalleştirme projesi adı verilen nitelikli, yaygın, ücretsiz ve birinci basamak sağlık hizmetlerini temel alan hizmet sunumu anlayışı başarısız olmuştur. Sosyalleştirme projesi İngiltere ve bazı Avrupa ülkelerinde geçerli olan, sosyal hakları insanların çalıştıkları işteki konumuna göre değil vatandaşlık konumuna göre tanımlayan, herkesi kapsayan ve vergilerle oluşan genel bütçeye dayalı Beveridge Modeli sosyal güvenlik sistemini Türkiye’de kurma girişimidir. “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu” doğu ve batı, kır ve kent arasında ciddi eşitsizlikler mevcuttur tespitinden yola çıkarak bu eşitsizlikleri ortadan kaldırmak ve ülke kalkınmasını hızlandırmak amacıyla üzere tasarlanmıştır (Terzi, 2013: 281).

Sağlık hizmetlerinde sosyalleştirilmesi 1960 sonrası ekonomi politikalarında devletçiliğin ön plana çıktığı kalkınma programlarının bir unsuru olarak düşünülmüştür. Tüm dünyada sağlık planlaması ve kamusal sağlık hizmetlerinin kurumsallaşması yönünde önemli adımların atıldığı bir dönem olan 1960’lı yıllarda, Türkiye’de de sağlığın temel insan haklarından biri olduğu anayasa ile güvence altına alınmıştır. 1961 tarihli “224 sayılı Sağlık Hizmetleri Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa” ile sağlık sistemine ilişkin evrensel kapsayıcı bir bakış açısı benimsenmiştir (Ulutaş, 2011: 158).

Sosyalleştirme uygulamalarının temel yaklaşımı koruyucu ve tedavi sağlık hizmetlerini toplum hekimliği anlayışıyla, sağlık ocağı merkezli, çok disiplinli, bütünlükçü bir şekilde sunmaktır. Ücretsiz olarak sunulan sağlık hizmetlerini en ulaşılmaz coğrafyalara kadar yaymayı, nüfusa göre örgütlenmeyi, sosyal çevreyle birlikte hastalık ve sağlığı değerlendirmeyi amaç edinmiştir (Ulutaş, 2011: 160-161).

Sosyalleştirme yasası hazırlıklarının yapıldığı tarihten itibaren politik olarak desteklenmemiş engellere maruz kalmıştır. Sosyalleştirme gereği olan alt yapı yatırımları yapılmamış, gerekli personel ve teknik destek sağlanmadan sosyalleştirme uygulaması yaygınlaştırılmıştır. Yasanın kendisine ruh veren sevk sistemi uygulanmamış, sağlık ocakları

toplum gözünde ilaç yazan niteliksiz sağlık kuruluşları olarak görülmüştür. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin olarak sunulamaması hastanelerde yığılmalara yol açmış sağlık sisteminin verimliliğini düşmesine neden olmuştur. Sosyalleştirme ile 5000-10.000 kişiye bir sağlık ocağı planlanmasına rağmen hiçbir zaman tabana yayılan bir örgütlenme gerçekleşmemiştir¹⁴.

Emekli Sandığı mensupları ve SSK'lılar sağlık ocağına uğramadan, doğrudan hastanelerden hizmet almıştır. Sağlık ocakları yoksullara ve sağlık güvencesi olamayanlara sınırlı hizmet veren kurumlara dönüştürülmüştür. Uzman, laboratuvar ve teknik ekipman içeren kent tipi sağlık ocağı versiyonları geliştirilememiş, formel sektörde çalışan işçiler ve memurlar sosyalleştirme sistemini desteklememiştir. Pek çok sağlık ocağı açılmasına rağmen sosyalleştirme tüm gerekleriyle bir devlet politikası olarak benimsenmemiştir. 1970'li yıllar boyunca, tüm nüfusu kapsayan bir GSS kurulmaya çalışılsa da asla başarılamamış, sonuçta Emekli Sandığı, SSK veya Bağ-Kur kapsamında yer almayan kayıt dışı sektör ve tarım çalışanları, sağlık hizmetlerine yeterince erişememiştir. Sağlık ocaklarında birinci basamak hizmetleri, aşılama, doğum öncesi ve sonrası bakım ücretsiz sunulmuş, ikinci basamak sağlık hizmetlerine kapsam dışındaki yoksul nüfusun ulaşmasında büyük zorluklar çekmiştir. Bu yılların temel özelliği bölgesel ve toplumsal statüye dayalı eşitsizlik, ciddi altyapı sorunları ve yoksullara yetersiz ve kalitesiz sağlık hizmeti olarak özetlenebilir. Türkiye'de hâkim olan kayıt dışı istihdamı ve tarımda çalışanları dışlayan Bismarckçi hiyerarşik korporatist sistem, evrensel bir sağlık sisteminin gelişmesini engellemiştir. Birbiriyle çelişen iki farklı sağlık sistemi bir arada tutulmaya çalışılmış ve kazanan korporatist sistem olmuştur (Terzi, 2014: 281-282).

09 Aralık 2004 tarihinde “5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” yürürlüğe girmiş ve 5 yılı aşan bir sürede 13.12.2010 tarihi itibarıyla tüm Türkiye’de aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir (Atasever, 2014:139). Böylelikle 1960’larda başlayan sosyalleştirme projesi son bulmuştur.

Aile hekimliği sisteminin bir parçası olarak aile sağlığı birimleri ve toplum sağlığı merkezleri eski sistemin yerini almıştır. İkisinin birlikte ücretsiz olarak başışıklama, 15-49 yaş arası kadınların, hamile kadınların ve yeni annelerin takibi, bebek ve çocuk sağlığı hizmeti, okul sağlık hizmetleri, halk sağlığı gibi ücretsiz, koruyucu ve toplum sağlığı hizmetleri sunması amaçlanmaktadır (Tatar vd., 2011: 122).

Aile sağlığı birimlerinde, bir veya daha fazla aile hekiminin ve yanında çalıştıracakları sağlık elemanlarının sunduğu birinci basamak sağlık hizmetleridir. Aile hekimliği modeli

¹⁴ <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0301/9.html> (erişim tarihi :05.04.2018).

birinci basamak sağlık hizmetlerinin, sağlık harcamalarını azaltacağını düşünülerek tasarlanmıştır. Sağlık Bakanlığı ile sözleşme ile çalışan aile hekimi yanında çalıştıracağı sağlık elemanını kendi istihdam etmektedir (Tatar vd., 2011:121).

Tablo 3.20 Yıllara Göre Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları (2002-2016)

	2002	2012	2013	2014	2015	2016
Sağlık Ocağı	5.055	-	-	-	-	-
Aile Hekimliği Birimi		20.811	21.175	21.384	21.696	24.428
Aile Sağlığı Merkezi		6.660	6.756	6.829	6.902	7.636
Toplum Sağlığı Merkezi		957	971	970	970	970

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017: 127

Tablo 3.20'ye göre Türkiye'de 2016 itibariyle birinci basamak aile hekimi sayısı 24.228 iken aile sağlığı merkezi 7636'dır. Dönem içerisinde aile hekimi birimi ve toplum sağlığı merkezi sayısında artış yaşanmıştır.

Sağlık ocaklarında hekim, ebe, hemşire, sağlık memuru, çevre sağlığı teknisyeni, laborant gibi çalışanlardan oluşan ve bir ekip hizmeti olarak verilen koruyucu sağlık hizmetleri, aile hekimliği uygulamasında 1000 ile 4000 arası nüfusa birey odaklı, rekabet ilkesine dayalı olarak bir aile hekimi ve bir aile sağlığı elemanı tarafından sunulmaktadır (Görmüş, 2013:134). Sosyalleştirme kanunu çerçevesinde, sağlık ocaklarında bireye ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri dar bölge çok yönlü hizmet ilkesine göre bütünleştirilmiş şekilde sunulmakta iken, aile hekimliği modelinde bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve ayaktan tedavi hizmetleri aile hekimi tarafından, çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise toplum sağlığı merkezleri tarafından sunulmaktadır. Bu durum, koruyucu sağlık hizmetlerindeki bütüncül bakış açısının kaybolmasına yol açmıştır (Görmüş, 2013: 178).

Birinci basamak sağlık hizmetleri, aile hekimliği biriminin kiracı olduğu, kamu binalarını devletten kiraladığı, kamu binası yoksa özel binaların kiralanması yönteminin benimsendiği işletmecilik modelinin esas olduğu bir anlayışa sahiptir¹⁵.

Hekim seçme hakkı tanıyan bu sistemde, aile hekimleri bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini rekabete dayalı bir şekilde yürütmekte ve aile hekiminin muayenehane hekimliği ve işletme becerisi ön plana çıkmaktadır. Aile hekiminin ücretlendirilmesi performansa dayalı

¹⁵ www.ttb.org.tr/yayin_goster.php?Guid=f089bc1a-1adc-11e8-af60-25b4195f91bb (erişim tarihi: 12.03.2018).

ödeme yöntemlerinden kişi başı ödeme yöntemidir. Bu nedenle, aile hekimleri arasında rekabet ve müşteri memnuniyeti anlayışıyla kendisine kayıtlı olan kişilerin her türlü isteğini yerine getirmek gibi etik dışı sorunlar ortaya çıkmaktadır. Aile hekimliği modelinde hekim seçme özgürlüğü bulunmaktadır. Ancak hekim seçme özgürlüğünün karşısından hekimin de hasta seçme özgürlüğü bulunmaktadır (Görmüş,2013: 181-182)

Kalkınma Bakanlığı “Sağlık Hizmetlerinin Etkinliğinin Artırılması ve Mali Sürdürülebilirlik” 2015 tarihli raporda etkin koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlık sisteminde tedavi edici harcamaların düşmesini sağlayacağı ve kişilerin hastalanmadan yaşam kalitelerini artırabileceğine yönelik tespitler yapılmaktadır. Bununla birlikte koruyucu sağlık hizmetlerine yeterli kaynağın aktarılmadığı ve görev tanımlarında belirsizlik olduğunun altını çizmektedir. Bu belirsizlik nedeniyle koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların tam olarak bilinemediği ve bu alana ilişkin politika geliştirilmesinin imkanının kısıtlandığı tespiti yapılmaktadır. Koruyucu hizmetlerin kim tarafından ve nasıl sunulacağı ve hangi hizmetler olacağı noktasında kafa karışıklığı söz konusudur (Kalkınma Bakanlığı, 2015: 77-78).

Aile hekimliği modeli aileyi, tüm sosyoekonomik değişkenleriyle bir bütün içerisinde değerlendirme kapasitesi taşımamaktadır. Bireylerin sağlığını, yaşadığı coğrafya, beslenme ve barınma özellikleri, yaşadığı çevre ve bu çevrenin sorunları doğrudan etkilemektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin koruyucu hizmetler açısından önemi düşünüldüğünde sunulacak hizmetin bu özellikleri de kapsayacak bir yapıya sahip olması önem taşımaktadır ancak aile hekimliği uygulamasında bu önemslenmemiştir (TTB, 2007: 45).

SDP ile birlikte etkili sevk sisteminin hastanelerdeki gereksiz yığılmayı azaltarak hem tedavi hizmetlerinde kaliteyi artıracak hem de sağlık harcamalarındaki israfı azaltacağı belirtilmektedir. 5510 sayılı SSGSS’nin 70. maddesinde hastaların sevk zinciri kurallarına uygun hareket etmeleri zorunlu tutulurken, 2007 yılı itibariyle yürürlüğe giren SUT ile sevk zinciri ortadan kaldırılmıştır (Görmüş, 2013: 179).

TTB’ye göre aile hekimliği uygulamasıyla hekimliği uygulamasında etkin toplum katılımı öngörülmemektedir; toplum katılımı birinci basamak sağlık hizmetlerinden aile hekimini kişinin seçimine bırakan bir anlayışa sahiptir. Kişileri kendi sağlıklarından sorumlu tutarak başvurmaya dayalı koruyucu ve önleyici sağlık hizmeti sunulması mümkün değildir. Kamusal sorumluluk kamudan kişiye aktarılmıştır. Türkiye gerçeği üzerinden düşünüldüğünde kişinin birinci basamak sağlık hizmetlerini değerlendirecek ve buna ilişkin karar verecek gücü yoktur. Aile hekimliği uygulaması birinci basamak sağlık hizmetinin çok disiplinli hizmet anlayışını ortadan kaldırmıştır. Bulaşıcı hastalıklar, mental hastalıklar ve bağışıklama gibi süren programlar aksama ihtimali yüksektir. Sağlık ocaklarının toplumun içinde yaşadığı koşulları

göz önüne alarak gerçekleştirdiği hastalık ve çevresel koşullarla ilgili veri akışı aile hekimliğinin kurgusu düşünüldüğünde etkin bir şekilde gerçekleşemeyecektir (TTB, 2007: 48-50).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu’nun “2016 Faaliyet Raporu” aile hekimliği ile ilgili bazı değerlendirmelerde bulunmaktadır. Özellikle performans sisteminin olumsuz yanlarına vurgu yapılmaktadır. Çalışan personelin motivasyonun sadece finansal teşviklerle artırmaya yönelik uygulamaların olması, bunun yanında etkin motivasyon mekanizmalarının kurulamaması, birinci basamakta sunulan sağlık hizmetlerine toplumun güveni ve katılımının olmaması, aile hekimi başına düşen kişi sayısı ve verilen hizmetlerin fazlalığı ile oluşan iş yükü ile etkin bir koruyucu hekimlik uygulaması yapılamaması, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri arasında koordinasyonun ve bilgi ve veri aktarımının yeterli şekilde gerçekleşmemesi gibi dikkat çekici tespitler yapılmaktadır¹⁶.

Tablo 3.21 Aile Hekimi Müracaat Sayısı (2011-2016)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Aile Hekimine Müracaat Sayısı	240.298.753	221.672.029	212.318.024	214.120.750	208.538.951	205.549.931

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017:143

Tablo 3.21’e göre 2011 yılında 240 milyon olan aile hekimine başvurusu sayısı 2016 yılı itibariyle yaklaşık 205 milyon kişi olarak gerçekleşmiştir. Dönem içerisinde aile hekimine başvuru sayısı azalmıştır. Hastane müracaatlarındaki artışla birlikte değerlendirildiğinde toplumun aile hekimine başvuru sayısındaki azalma dikkat çekicidir.

TTB’ye göre 2011 yılında toplam müracaatın %40’ını oluşturan birinci basamağa müracaat sayısı, aile hekimliği biriminin sayısındaki artışa rağmen 2016 yılında %31’e düşmüştür. Aile hekimliği uygulamasıyla birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanımının toplum tarafından benimsenerek artması bir yana azaldığı görülmektedir¹⁷.

TTB’ye göre aile hekimliği uygulaması ile birlikte tedavi edici sağlık hizmetleri ön plana çıkarılmış koruyucu sağlık hizmetleri ikinci plana yitilmiştir. Aile hekimliği uygulaması yurttaşların kayıt olması durumunda işleyen bir modeldir. Kayıt sisteminin zorunlu olmadığı bu modelde sağlık hizmetlerine düzenli erişimde problemler çıkmaktadır. Aile hekimliği

¹⁶ www.ttb.org.tr/yayin_goster.php?Guid=f089bcla-ladc-11e8-af60-25b4195f91bb (erişim tarihi: 12.03. 2018).

¹⁷ www.ttb.org.tr/yayin_goster.php?Guid=f089bcla-ladc-11e8-af60-25b4195f91bb (erişim tarihi: 12.03.2018).

uygulamasıyla koruyucu sağlık hizmetlerinden uzaklaşmış hekimler polikliniklerde sadece reçete yazar bir pozisyona hapsolmuştur. Hastalara hekim seçme özgürlüğünün herhangi bölge sınırı olmaksızın uygulanması hizmet bütünlüğü, hizmete ulaşım ve hizmetin planlaması açısından problemler yaratmıştır. Aile hekimliği ile birinci basamak sağlık hizmetleri parçalanarak bireysel ve toplumsal sağlık hizmetleri ayrıştırılmıştır. Müşteri memnuniyetinin esas olduğu performansa dayalı ve güvencesiz çalışma sistemi birinci basamak sağlık hizmetlerine egemen olmuştur¹⁸.

SDP ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine başvuru sayısını azaltmak, sağlık problemlerinin birinci basamakta çözümünün sağlanması ve böylelikle sağlık harcamalarının azaltılmasını amaçlamıştır. Aile hekimliği modelinin toplum tarafından benimsenmemesi ve birinci basamak sağlık hizmetleri modeline aile hekimliğinin uygun olmaması bu amacın gerçekleşmemesine neden olmuştur.

3.3.7. Sağlıkta Kamu Özel İş Birlikleri

Hastane ve diğer sağlık tesisleri ile ilgili olarak Kamu Özel İş birliği (KÖİ) uygulaması, 2005 yılında “3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” ile hukuki alt yapıya kavuşturulmuştur. KÖİ yöntemi ile yapılan tesislerin hızlandırılması amacıyla 2013 yılında “Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” çıkartılmıştır (Atasever, 2014: 204).

Sağlık alanında KÖİ modelinin işleyişi şu özelliklere sahiptir (Sözer, 2014: 231-237):

- Hazineye ait arazi KÖİ çerçevesinde anlaşmaya varılan özel firmaya ihalesiz şekilde tahsis edilmektedir.
- Tahsis edilen arazi üzerine sağlık tesisi yapımı ve üst hakkı tesis edilmektedir.
- Sözleşmeler 30 yılı geçemeyecek şekilde kamu tarafından belirlenmektedir.
- Sözleşmeler kamu hukuku değil özel hukuk kapsamındadır.
- Sözleşmeler sağlık tesisinin tasarımı, uygulama projesi, yapımı, yenilenmesi ve araştırma, geliştirme, danışmanlık, ileri teknoloji kullanımı gerektiren işlerini kapsayacak maddeler içermektedir.
- Nitelikli mal ve hizmetlerin tedariki özel sektör tarafından sağlanabilmekte ve sözleşmeye konu olabilmektedir. Bunlar medikal cihazlar ve diğer donanın tedarikini içerecek şekilde genişlemektedir.

¹⁸ www.ttb.org.tr/yayin_goster.php?Guid=f089bc1a-1adc-11e8-af60-25b4195f91bb (erişim tarihi: 12.03.2018).

- Tesisin bakım ve onarımı yine yüklenici firma tarafından yapılmaktadır.
- Tesisteki ticari alanlarını işletmek yine firma tarafından yapılmaktadır.
- Tıbbi destek, görüntüleme ve laboratuvar gibi sağlık hizmetleri özel sektör tarafından sunulabilmektedir.
- Çekirdek tıbbi hizmet dışında tüm hizmet alımları örneğin temizlik, güvenlik, sterilizasyon, bilgi işlem gibi yardımcı hizmetler blok halinde özel sektöre devredilmektedir.
- Yatırım finansmanı özel sektör tarafından gerçekleştirilen sağlık tesisi Sağlık Bakanlığı'na teslim edilmektedir.
- Sözleşmedeki kira bedeline istinaden, sözleşme süresince devlet özel sektöre kira ödemektedir.
- Kira bedeli döner sermaye ve devlet bütçesinden yapılmaktadır. Kira garantisi vardır
- Sözleşmenin bitiminde sağlık tesisi kullanılabilir ve bakım yapılmış şekilde Sağlık Bakanlığı'na devredilmektedir.

Sağlık alanında KÖİ'nin işleyişi genel olarak özetlenecek olursa, devletin sadece tıbbi hizmet sunumunda görev aldığı KÖİ modelinde, sağlık tesislerinin inşası, tıbbi destek hizmetleri de dahil olmak üzere yardımcı hizmetlerin hizmet sunumu ve ticari alanların işletilmesi özel sektöre blok halinde devredilmektedir (Karasu, 2011: 217).

Tablo 3.22 Proje Aşamasındaki KÖİ Hastaneleri

Hastaneler	Yatak Sayısı
Samsun Şehir Hastanesi	900
Denizli Şehir Hastanesi	1000
Diyarbakır Şehir Hastanesi	750
Aydın Şehir Hastanesi	950
Antalya Şehir Hastanesi	1000
Ordu Şehir Hastanesi	900
İzmir(Tınaztepe) Şehir Hastanesi	1200
Trabzon Şehir Hastanesi	1150
Sakarya Şehir Hastanesi	1000
Rize Şehir Hastanesi	1000
İstanbul Şehir Hastanesi	4200

Kaynak: Demircan, 2017:146

Tablo 3.23 Sağlık Alanında Sözleşmesi İmzalanan KÖİ Projeleri

Proje	Yatak Sayısı	Açılış Tarihi	Proje	Yatak Sayısı	Açılış tarihi
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	3660	2018	Adana Şehir Hastanesi	1550	Açıldı
Ankara Etlik Şehir Hastanesi	3566	2019	Elazığ Şehir Hastanesi	1040	2018
Kayseri Şehir Hastanesi	1584	2018	Gaziantep Şehir Hastanesi	1875	2020
İstanbul İkitelli (Başakşehir) Şehir Hastanesi	2682	2020	Manisa Şehir Hastanesi	560	2018
Yozgat Şehir Hastanesi	475	Açıldı	Mersin Şehir Hastanesi	1250	Açıldı
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu & Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Kampüsü	-	-	İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi	1700	2020
Konya Şehir Hastanesi	838	2019	Isparta Şehir Hastanesi	755	Açıldı
Kütahya Şehir Hastanesi	600	2019	Kocaeli Şehir Hastanesi	600	2020
FTR & YGAP & PH Paketi	2400	2019	Bursa Şehir Hastanesi	1355	2019
Eskişehir Şehir Hastanesi	1081	2018	Tekirdağ Şehir Hastanesi	480	2019
Şanlıurfa Şehir Hastanesi	1700	2020			

Kaynak: Demircan, 2017:145

Tablo 3.22 ve Tablo 3.23'e göre KÖİ ile yürütülen proje sayısı 32'dir ve 14 milyon 159 bin metre kare alan üzerine 42.199 yatak kapasitesine ulaşılması hedeflenmektedir (Demircan, 2017:146). Kalkınma Bakanlığı veri tabanına göre kamuya ödenecek işletme hakkı devri bedeli ile yatırım tutarının toplamından oluşan sözleşmesi imzalanmış sağlık alanındaki 21 KÖİ'lere özel sektör tarafından yapılan yatırım miktarı 11 milyar 707 milyon dolardır¹⁹.

Kalkınma Bakanlığı'na göre KÖİ ile özel sektörün yatırım ve işletme tekniklerinden faydalanarak kamu yatırımlarının maliyetini düşürmek ve harcamaların etkinliğini sağlamak

¹⁹ <https://koi.kalkinma.gov.tr> (erişim tarihi:20.05.2018).

amaçlanmaktadır. Bununla birlikte büyük çaptaki bu projelere yeterli finansman kaynağı bulunabilmesi için borç üstlenimi ve talep garantisi verilmektedir. Türkiye’deki KÖİ projeleriyle birlikte kamu yatırımlarında ölçek büyümesi yaşanmaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2017: 56).

Kalkınma Bakanlığı 2015 verilerine göre ise sağlık alanındaki 17 KÖİ hastanesine ödenecek kira miktarı 27 milyar dolardır (Kalkınma Bakanlığı, 2016:28). Prof. Dr. Uğur Emek’in 2016 yılındaki hesaplamalarına göre ise; 2016 yılı ortası itibariyle 20 şehir hastanesinin yatırım bedeli 10,2 milyar avro ve Sağlık Bakanlığı’nın bu hastaneler için ödeyeceği kira ve hizmet bedeli ise yıllık 2,280 milyar avrodur. 25 yıl boyunca ödenecek kira bedeli toplam 57 milyar avroya ulaşmaktadır. Kira ödemeleri ise finansmanın sağlandığı para cinsinden oluşan enflasyon oranında her yıl yenilenmektedir²⁰.

TTB’nin 2018 yılındaki “Şehir Hastaneleri Raporu” ise 18 projenin ödemelerinin toplam 60 milyar doları bulabileceğini ancak maliyetlerin tam olarak kestirmenin çok zor olduğunu belirtmiş ve döviz kurundaki değişimin öngörülememesiyle birlikte toplamda 32 projenin maliyetinin bu tutarın çok üzerinde olacağını vurgulanmıştır²¹.

KÖİ hastanelerinin maliyeti ve kira bedeliyle ilgili belirsizlikler mevcuttur. Mevcut projelerinin finansmanının ve kira ödemelerinin yabancı para cinsinden olması ve döviz kurlarındaki hareketlilik proje maliyetlerine ilişkin belirsizlikler yaratmaktadır. Bununla birlikte KÖİ ilgili ayrıntılı bilgiler yayınlanmamaktadır.

Kalkınma Bakanlığı KÖİ ile ilgili 2017 tarihli “Kamu Özel İş birliği Raporu 2016” raporunda bu projelerin olası risklerinden bahsetmektedir. Bakanlığa göre projelerin geleneksel kamu yöntemi mi, yoksa KÖİ modeliyle mi yapılacağının harcama ve maliyetler açısından kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesine ihtiyaç olduğu vurgusu yapmaktadır. Finansal piyasalarda kriz gerçeğinin ileri dönemlerde projeler için gerekli olan uzun vadeli kaynak akışında sıkıntı yaratabileceğinin, KÖİ ile yapılan projelerin yatırım ve harcama stok büyüklüğünün yüksek olduğunun altı çizilmektedir. Proje gerçekleştirilmesinde gecikmeler olabileceği, borç üstlenim ve talep garantisi gibi uygulamaların izleyen yıllarda kamu bütçesine yük getireceği için yükümlülüklerin iyi değerlendirilmesi gerektiği uyarısında bulunmaktadır. Özel sektörün bankalardan sağladığı kaynaklar dışında ek fonlar için devletin çalışma yapması gerektiğinin altı çizilmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2017: 56-57).

²⁰ <http://uemek.blogspot.com.tr/2016/10/kamu-ozel-isbirligi-koi-sozlesmelerinde.html> (erişim tarihi: 20.05.2018).

²¹ http://www.ttb.org.tr/kollar/sehirhastaneleri/haber_goster.php?Guid=e6728994-0fd5-11e8-bafd-0c9ef2e49d68 (erişim tarihi: 14.04.2018).

3.3.7.1. Kamu Özel İş birliği ile Sağlık Yatırımlarında Ölçek Büyümesi: Sağlık Alanında Özel Sektörün Artan Gücü

Mevcut şehir hastaneleri üzerinden değerlendirildiğinde sağlık alanında ölçek büyümesi yaşandığı görülmektedir. Hem yatırım hem de mevcut tesislerin kapasitesi açısından ölçek büyümesinin boyutları ortaya çıkmaktadır. Ankara Etlik Entegre Sağlık Kampüsü'nü bu açıdan değerlendirdiğimizde proje 930.723 metre kare üzerinde inşa edilmektedir. Ankara Etlik Entegre Sağlık Kampüsü kapasite açısından Ortopedi ve Nörolojik Bilimler Hastanesi, Rehabilitasyon Hastanesi, Onkoloji Hastanesi, Kadın Doğum Hastanesi, Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Hastanesi, Bölge Hastanesi, Çocuk Hastanesi, Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi olmak üzere dokuz ayrı branşta toplam 3.566 yataklı bir entegre sağlık kampüsü projesidir. Proje içerisinde Sağlık Bilimleri Üniversitesi, ticari alanlar, kongre merkezleri, Ar-Ge merkezi ve ileri teknoloji merkezi yer almaktadır. 2011 yılında tarihinde uygulama sözleşmesi imzalanmış, 2015 yılında finansmanı gerçekleştirilmiştir. Kampüse yapılan yatırım süresi 3,5 yıl, işletme süresi 25 yıldır. Projeye 2015 yılı fiyatlarıyla 1.105.616.253 dolar yatırım yapılmaktadır. Yatırım miktarı yüksek olan tüm diğer projeler de nerdeyse bu kapasiteye uygun şekilde planlanmıştır (Kalkınma Bakanlığı, 2016: 37).

Tablo 3.24 2015 Yılı İtibariyle İhalesi Tamamlanmış ve Yatırım Tutarı Belli Olmuş Sağlık Alanındaki KÖİ Yatırım Tutarları

Projeler	Yatırım Tutarı/ ABD Doları- Milyon Dolar (2015 Yılı Fiyatları)
Kayseri Entegre Sağlık Kampüsü	403
Etlik Entegre Sağlık Kampüsü	1. 105
Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü	1. 086
İkitelli Entegre Sağlık Kampüsü	1. 232
Elazığ Entegre Sağlık Kampüsü	308. 756
Yozgat Sağlık Yerleşkesi Projesi	155.574
Manisa Eğitim Araştırma Hastanesi	182. 720
Adana Entegre Sağlık Kampüsü Projesi	680 .452
Mersin Entegre Sağlık Kampüsü"ü Projesi	339. 974

Gaziantep Entegre Sağlık Kampüsü Projesi	840. 186
Ulusal Halk Sağlığı Kurumu ile Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu	776. 940
FTR, Psikiyatri ve YGAP Hastaneleri Projesi	658. 097
Isparta Sağlık Yerleşkesi Projesi	263. 982
İzmir Bayraklı Entegre Sağlık Kampüsü	758. 333
Kocaeli Entegre Sağlık Kampüsü Projesi	504. 728
Konya Karatay Entegre Sağlık Kampüsü	255. 028
Bursa Entegre Sağlık Kampüsü	315. 967

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, 2016:31

Tablo 3.24’te görüldüğü gibi 2015 yılı itibariyle sözleşmesi imzalanmış KÖİ hastanelerinin yatırım tutarı çok yüksektir.

Sağlık alanındaki KÖİ uygulamalarının en önemli özelliği geleneksel ihalelere göre bu projelerin yatırımlarının çok büyük meblağlarda gerçekleşmesidir. Mevcut durumda hastaneler dış kaynak kullanımıyla ilgili mal ve hizmet alımı için ayrı ihaleler yapmakta, bu ihaleler geleneksel olarak düşük meblağlarda seyretmektedir. Geleneksel ihaleler kısa süreli ve yerli küçük sermayenin iştirak ettiği görece küçük ölçekli ihalelerdir. İhalelerdeki yükümlülüklerin yerine getirilmemesi ve kamu yararının gerçekleşmemesi durumunda sözleşmelerin iptal edilerek başka bir ihale sürecinin işletildiği bir mekanizmaya sahiptir. KÖİ uygulamalarında ise aynı ihale kapsamında çok sayıda mal tedariki, hizmet sunumu ve yapım işlemi için tek bir yüklenicinin olduğu, ölçeğin büyüdüğü ve ihale sürecinin orta vadeyi aşarak 25 yıl gibi uzun bir sürece yayıldığı yöntem benimsenmektedir. Bu büyüklükteki ihalelere ancak büyük sermaye yapıları iştirak etmektedir (Karasu, 2011: 184).

KÖİ projelerinde hastane yönetimi karşısında tek ve organize olmuş bir örgüt bulunmaktadır. Çok sayıda hizmetin görülmesi, hastanelerin işletilmesi, bakımının yapılması gibi işleri aynı anda yapan, bu işleri uzun vadeli şekilde üstlenen büyük sermaye grupları hastane örgütünün içerisine yerleşmekte ve uzun vadeli sözleşmelerden, yaptığı işin büyüklüğünden kaynaklı olarak hastane yönetimi karşısında avantajlar elde etmektedir. Bu ilişki hastane yönetimlerinin gücünü sınırlandırmakta, kamu sağlık sistemi içerisinde özel sektöre aşırı bağımlı bir ilişki yaratmaktadır (Karasu, 2011: 205).

KÖİ ile birlikte sağlık alanındaki yatırımlarda ölçek büyümesi sağlandığı görülmektedir. 1980 sonrasında Kamu İşletmeciliği yaklaşımıyla küçük, parçalara ayrılmış birimlerin etkin olacağı savunulurken KÖİ birlikte bu dev yapılar ortaya çıkmaktadır. Bir yandan küçük, parçalara ayrılmış birimler savunulurken diğer yandan ölçek büyütülmesi, sermayenin yoğunlaşması ve hizmet ve ticari alan işletmeciliğindeki tekelleşme ihtiyacı ile açıklanabilmektedir (Karasu, 2011: 195).

Şehir hastaneleri üzerinde çok sayıda çalışması olan Pala'ya göre "Sağlık Bakanlığı 2017 Yılı Bütçe Sunumu ve Bilkent Şehir Hastane Örneği Paranın Değeri Analiz Yaklaşımı" sunumundan yola çıkarak ideal hastane ölçeği, maliyetleri ve büyüklüğü hakkında bilgiler vermektedir. Pala, hastane yatak sayısının KÖİ projelerinde toplamda hastane başına 1.417 olduğunu, bunun verimlilik üzerine etkisinin olacağına, ABD'de yapılan bir çalışmaya işaretle ortalama büyüklükteki hastanelerin 126-250 yatak kapasitesine sahip olması gerektiğine işaret etmektedir. Ortalama büyüklükteki hastanelerin daha verimli olduğu, daha kolay işletilebildiği ve hizmet sunumunda daha pratik olduğunu vurgulamaktadır²².

3.3.7.2. Kamu Özel İş birliği Projelerinde Risk ve Maliyetlerinin Kamu Gücüne Yıkılması

KÖİ ile devletin piyasadan borçlanma ya da vergi gelirleriyle hastane altyapı yatırımlarını yapması yerine özel sektörün kaynaklarını kullanarak harcamalarda tasarruf edilmesi amaç edinilmişse de uygulamada epeyce çelişkili bir süreç ortaya çıkmaktadır. 2014 yılında "Hazine Müsteşarlığı Tarafından Gerçekleştirilecek Borç Üstlenimi Hakkında Yönetmelik" ile KÖİ projelerinin finansmanda özel sektör yükümlülüklerine hazine garantisi gelmiştir. Yurt dışından finansman olması koşuluyla 500 milyon TL üzerindeki KÖİ projelerindeki finansman yükümlülüklerinde meydana gelecek aksamalarda proje finansmanı için kullanılan ana para ve diğer mali yükümlülükler hazine müsteşarlığınca ödenecektir. Yönetmeliğe eklenen geçici madde ile yönetmelik öncesi imzalanan projeler de borç üstlenime dahil edilmiş, yönetmeliğin yürürlüğe girdiği tarih itibarıyla geçmişte imzalanan KÖİ projeleri 500 milyon TL sınırına takılmadan borç üstlenim garantisi kapsamına alınmıştır. Böylelikle 2014 yılı ve öncesi sağlık alanındaki tüm KÖİ projeleri borç üstlenim garantisinden yararlanabilmektedir²³.

Borç üstlenim garantisi devletlerin şartlı yükümlülüklerindendir. Şartlı yükümlülükler mali risk taşıyan, vatandaşlar ve devlet tarafından tam olarak nasıl bir risk altında olunduğunu kavranmasının zor olduğu, risklerin orta ve uzun vadede gerçekleştiği yükümlülüklerdir (Turan,

²²<https://bianet.org/bianet/siyaset/183006-sehir-hastanelerinin-yuksek-maliyeti-gizleniyor> (erişim tarihi :12.04.2018).

²³<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/04/20140419-12.htm> (erişim tarihi: 15.04.2018).

2014: 6). KÖİ nedeniyle oluşan uyuşmazlıklar için ise mahkeme süreçlerinde uluslararası tahkim yolu açıktır (Kalkınma Bakanlığı, 2017: 16).

Eski Hazine Müsteşarı Mahfi Eğilmez bir ülkenin ekonomisindeki risklerle Hazine garantilerinin doğru orantılı olduğunun altını çizmektedir. Mahfi Eğilmez şu çarpıcı ifadede bulunmaktadır²⁴; “İngilizce’de *financial innovation* denilen bu tür finansal buluşların nerdeyse Osmanlı’nın son 200 yıllık döneminde denenmiş ve sonuç Düyun-u Umumiye’ ye gidiş olmuştur.”.

Şehir hastanelerinin devlete maliyetiyle ilgili de tartışmalar söz konusudur. Prof. Dr. Uğur Emek’in Sağlık Bakanlığı “2017 Yılı Bütçe Sunumu: Paranın Değeri Analiz Yaklaşımı: Bilkent Şehir Hastane Örneği” raporundan yola çıkarak yaptığı çalışma şehir hastanelerinin maliyeti ve kira bedeli ile ilgili çarpıcı bilgiler vermektedir. Sunum raporunda geleneksel kamu yöntemi ile yapılması durumunda Bilkent Şehir Hastanesi’nin 1,3 milyar TL daha yüksek maliyetle kamu tarafından inşa edeceği savunulmuştur. Emek, bu tespite karşı çıkarak ihale süreci sonrasında gerçekleşen fiyat ve faiz artışları, inşaat birim maliyetleri ve bu tesisin DİBS ve kamu borçlanması yöntemi kullanılarak finanse edilmesi durumunda²⁵ maliyetler açısından ciddi bir farkın ortaya çıkacağını ortaya koymuştur. Bununla birlikte rapordaki bariz maddi ve teknik hataların düzeltilmesiyle geleneksel kamu yatırım yönteminin KÖİ yöntemine göre %24 daha pahalı olduğu iddiasını gerçekçi olmadığını, sadece sunum raporunda yapılan maddi hataların düzeltilmesiyle geleneksel yöntemin %4,5 daha az maliyetli, teknik hataların düzeltilmesiyle de geleneksel kamu yatırım yönteminin %61 daha ucuz hale geldiğini ortaya koymuştur. Bilkent Şehir Hastanesi’nin geleneksel kamu yatırım yöntemiyle inşa edilmesi durumunda 2017 rakamlarıyla 4,671 milyar TL ve KÖİ yöntemiyle inşa edilmesi durumunda ise 7,535 milyar TL’ye mal olduğu ortaya çıkmaktadır. Sonuç olarak Bilkent Şehir Hastanesi 2,865 milyar TL daha maliyetli şekilde özel sektör tarafından inşa edilmektedir²⁶. Bilkent Şehir Hastanesi için 11.9.2017 günü kuru itibarıyla 25 yıl boyunca yıllık 1 milyar TL’nin üzerinde ödeme yapacaktır²⁷. Maliyet ve kira bedeli açısından düşünüldüğünde aradaki maliyet farkı çok yüksektir.

Tüm bilgiler ışığı altında sağlık alanındaki KÖİ ilişkin şu tespitler yapılabilir:

- Şehir hastaneleri ile birlikte kamunun kiracı olduğu özel sektörün yatırımcı ve işletmeci olduğu bir ilişki ortaya çıkmaktadır.

²⁴ <http://www.mahfiegilmez.com/2014/04/yap-islet-devret-ve-hazine-garantisi.html> (erişim tarihi: 17.03.2018).

²⁵ <http://uemek.blogspot.com.tr/2017/01/entegre-saglk-kampuslerinde-sehir.html> (erişim tarihi: 05.04.2018).

²⁶ <http://uemek.blogspot.com.tr/2017/01/bilkent-sehir-hastanesinin-gercek.html> (erişim tarihi: 05.04.2018).

²⁷ <http://uemek.blogspot.com.tr/2017/09/hastanelerde-olcek-ve-kurulus-yeri.html> (erişim tarihi :05.04.2018).

- Kira ilişkisine dayanan bu model kamu ile özel sektör arasında uzun süreli sözleşmelere dayanmaktadır. Ortalama sözleşme süresi 25 yıldır.
- Şehir hastaneleri ile birlikte yatırım ve hizmet sunumunda ölçek büyümesi gerçekleşmiştir.
- Sağlık alanında KÖİ projelerinde özel sektörün finansman riskine karşı hazine garantisi bulunmaktadır. Bu projelerin orta ve uzun vadeli finansman riski kamunun üzerindedir.
- KÖİ ile yapılan şehir hastanelerinin yatırım maliyeti ile devlete maliyeti arasında ciddi farklar vardır.
- Kira ödemelerinin devlet bütçesine orta ve uzun vadede nasıl bir etki edeceği bilinmemektedir.
- KÖİ ile birlikte kamusal mal ve hizmet üretim alanı olan hastanelerin işletmesi özel sektöre devredilmiştir.
- Geleneksel devlet yatırımı şekli ile KÖİ yatırım şekli arasında hangisinin daha uygun olduğu noktasında tartışmalar mevcuttur.

3.3.8. Sağlık Hizmetlerinde Entegre Yapının Parçalanması: Sağlık Bakanlığı'nın Hizmet Sunumundan Çekilmesi

2 Kasım 2011 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren "Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısını Düzenleyen 633 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname" ile Sağlık Bakanlığı icracı olmaktan çıkarılmış, düzenleyici denetleyici bakanlık haline getirilmiştir (Terzi, 2013:292).

KHK adında da anlaşılabacağı gibi Sağlık Bakanlığı yapısını tümüyle değiştirmiştir. 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı'nın yapısı, organizasyon ve görevleri tümüyle yeni bir zemine oturtulmuş ve bu arada da hastanecilik sisteminin yapısı piyasaya uyumlu biçimde yeniden şekillendirmiştir (Belek, 2013:206).

Eski merkezi ve hiyerarşik olarak bakanlık modelinde toplanmış hizmetler küçük birimlere paylaştırılarak Bağlı Kuruluşlar, Sağlık Politikaları Kurulu ve Hizmet Birimleri şeklinde ayrı yapılara dönüştürülmüştür (Lamba vd., 2014: 67).

Yönetişim anlayışıyla Sağlık Politikaları Kurulu, başka sektörlerden ilgili kesimlerin aktif katılımına dayanan, bakanlığın sağlık sistemini yönetmesi ve politika belirleme ile ilgili temel görevlerini yerine getirmek üzere oluşturulmuştur birimdir (Lamba vd., 2014: 67).

Bağlı Kuruluşlar sağlık hizmetinin sunulmasına yönelik kurum şeklinde yapılandırılmıştır. Bağlı kuruluşların merkez teşkilatları şu şekildedir (663 KHK, 2011: Madde

26-29):

1. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
2. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
3. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
4. Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü

663 KHK ile Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak, temel sağlık hizmetlerini yürütmekle; Türkiye İlaç Tıbbi ve Cihaz Kurumu bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak ilaç, tıbbi ve cihaz politikalarını yürütmekle; Türkiye Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü Türk boğazları, hudut ve sahilleri ile ilgili uluslararası sözleşme ve mevzuat hükümlerinden kaynaklanan yükümlülükleri yerine getirmekle; Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu bakanlık hedef ve politikalarına uygun olarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini sunmak üzere hastanelerin, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin ve benzeri sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, faaliyetlerinin izlenmesi ve değerlendirilmesi ve denetlenmesi, bu hastanelerde her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sağlamakla yükümlüdür (Görmüş, 2013: 201-202).

3.3.9. Kamu Hastane Birlikleri: İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri

2003'ten beri uygulanan SDP'nin yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmeti oluşturmak için öngördüğü alt başlıklardan biri de kamu hastanelerinin idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerine dönüştürmektir. Aslında kamu hastanelerini idari ve mali olarak özerk hale getirilmesi için ilk adım, 1987 tarihli "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" ile atılmıştır. Ancak Anayasa Mahkemesi'nin bu kanunun bazı hükümlerini iptal etmesi üzerine, sağlık işletmesi modeline geçiş süreci uzamıştır. Sağlık reformu kapsamından yeniden gündeme getirilen ve ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kamu hastanelerinin kamu tüzel kişiliğine sahip, idari ve mali açıdan özerk kamu hastane birlikleri çatısı altında toplamayı ve birlikleri Sağlık Bakanlığı'nın ilgili kurumu haline getirmeyi amaçlayan Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarısı, 2010 Mart ayında TBMM plan ve bütçe komisyonunda kabul edilmiştir. 663 KHK ile birlikte yeterince kamuoyu ile paylaşılmadan ve tartışılmadan yürürlüğe girmiştir (Görmüş, 2013: 2014)

Uzun yıllar boyunca Türkiye gündeminde olan kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi ve özelleştirilmesine uzanacak girişim 2011 yılında gerçekleşen düzenlemeyle birlikte 1 yıl içinde idari ve mali açıdan özerk işletmeler haline getirilerek gerçekleştirilmiştir (Bağımsız Sosyal Bilimciler, 2015: 245).

Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak hiyerarşik kamu düzeni içerisinde merkezi olarak

yönetilen hastaneler idari ve mali özerk işletmeler olarak yeniden yapılandırılmış, yerinden işletilen genel sekreterlik uygulamasıyla Kamu Hastane Birlikleri teşkilat yapısına dahil olmuştur. Kamu hastane birlikleri ile hastanenin kendi kaynakları üzerindeki sorumluluklarını artırarak kaynakların etkin ve verimli şekilde kullanılması, Sağlık Bakanlığı'nca belirlenecek olan performans göstergelerine uygun kaliteli sağlık hizmeti sunması amaçlanmıştır (Sülkü, 2011:12). İdari ve mali olarak özerk hale gelmiş hastaneler rekabet ortamının olduğu sağlık piyasasında, Bakanlığın sadece düzenleyici ve planlayıcı olduğu modelde faaliyet gösterecektir²⁸.

SDP öncesinde Türkiye'deki kamu hastaneleri, geleneksel kamu sektörü kurumları olarak sınırlı finansal ve yönetim özerkliğine sahiptir. Yöneticilerin işe alma veya geçici olarak istihdam sağlama otoriteleri yoktu ve diğer kararlarda olduğu gibi tüm personel kararları Sağlık Bakanlığı ve SSK Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yapılmaktaydı (OECD, 2008: 34).

663 sayılı KHK ile bağı kuruluşlara görev alanları ile ilgili, her türlü hizmetin sunulması, personelin atanması, nakil, özlük, ücret, emeklilik ve benzeri işlemlerinin yürütülmesi, her türlü satın alma, kiralama, bakım ve onarım, arşiv, idari ve malî hizmetlerin yürütülmesi konusunda da görev ve yetki verilmektedir. Düzenleme ile bağı kuruluşların idari ve mali yönden özerklikleri arttırılmaya çalışılırken, personel yönetimi konusunda da genel sekretere geniş yetkiler tanınmaktadır (Lamba vd., 2014: 70).

3.3.9.1. İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri: Sağlık Hizmetlerinde Dış Kaynak Kullanımı ve Taşeronlaşma

SDP ile birlikte özel sektörün sağlık hizmetlerinde rolü artmıştır. SDP ile kamu hastanelerinde verimliliği artırarak çekirdek sağlık hizmetlerine yoğunlaşabilmek adına çok sayıda hastane içi hizmeti özel sektörden hizmet alımıyla sağlanması yöntemini benimsenmiştir. Kamu hastanelerinin özel sektörün teknolojik yeniliklerinden faydalanarak kaliteli sağlık sunacağı varsayımıyla özel sağlık sektöründen teşhis ve tanı hizmetleri satın alınması artırmıştır (Sülkü, 2011:15-16).

Sağlık alanında devlet ve SGK global bütçe katkısıyla döner sermaye modeli uygulanmaktadır. Oluşan bütçeyle memur ve sözleşmeli çalışanların maaşları ve mevzuatça belirtilen ek ödemeler, işçi ücretleri, sağlık hizmeti üretiminde kullanılan tıbbi malzemeler, hizmet satın alımları, tamirat, bakım işlemleri, elektrik, su vb. cari tüketim harcamaları döner

²⁸ www.ttb.org.tr/kutuphane/khb_brosur.pdf (erişim tarihi:23.03.2018).

sermaye gelirleri tarafından karşılanmaktadır (Sağlık Sen, 2016: 34-35).

Türkiye’de kamu sektöründe döner sermayeli işletme sayısı 2835 iken Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı’na bağlı döner sermaye işletme sayısı toplam 1032’dir. Kamu sistemi içerisinde en çok döner sermayeli işletme sayısı sağlık sektöründedir²⁹.

SDP ile birlikte hizmet alımı giderlerinde yani dış kaynak kullanımda artış yaşanmıştır. Sağlık alanında kullanılan dış kaynakların başlığı temizlik, güvenlik, yemek, veri hazırlama, laboratuvar, görüntülemelerdir. Diğer birçok hizmet de dış kaynak kullanılarak temin edilmektedir. Bunlar çamaşırhane giderleri, tıbbi atık, fizik tedavi rehabilitasyon, teknik destek, geçici sağlık personeli istihdamı, radyoterapi, çevre düzenleme, protez, ortez gibi çok sayıda kalem bulunmaktadır. Bu hizmetler çekirdek sağlık hizmetini üretirken kullanılan destekleyici hizmetlerdir (Sağlık Sen, 2016: 93).

Tablo 3.25 2017 Yılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Giderleri (Milyon TL)

Gider Kalemi	2010	Yüzde Dağılımı	2017	Yüzde Dağılımı
Yatırım Giderleri	700	4,8	242	1
Tıbbi Malzeme	2.523	17	6.365	18
Hizmet Alımı	3.147	22	9.738	27
Personel Giderleri	5.783	40	15.220	42
Kanuni Yükümlülükler	1.055	7	2.682	7
Diğer İşletme Giderleri	1.156	8	2.023	6
Toplam	14.401	100	36.270	100

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2017: 73

Tablo 3.25’te Sağlık Bakanlığı’nın ve diğer bağlı kurumların dış kaynak kullanımının miktarı ve dağılımsal oranları bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı ve ona bağlı tüm kuruluşların giderleri arasında hizmet alım giderleri yıllar itibariyle artış trendi içerisindedir. 2017 yılı itibariyle tüm giderler içerisinde yüzde 27’lik bir paya sahiptir. En büyük kalem olan personel giderlerini hesaplamadan çıkardığımızda giderlerin büyük kısmı dış kaynak kullanımı olan hizmet alım giderlerinden oluşmaktadır.

²⁹ <https://dmis.muhasabat.gov.tr/doner-sermaye-istatistikleri.php> (erişim tarihi:20.05.2018).

Tablo 3.26 2016 Yılı Bilgisayarlı Görüntüleme Verileri

2016	Türkiye	OECD Ortalaması (22)
MR Cihazı Görüntüleme	14.992	5.125
BT	12.993	6.890
1000 Kişiye Düşen MR	157	67

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017: 170

Bu dış kaynak kullanımı süreci kendisiyle birlikte piyasa ilişkilerinin kamusal alana taşınmamasında neden olmaktadır. Tablo 3.26 Türkiye- OECD ülkeleri karşılaştırmalı MR, Bilgisayarlı Tomografi (BT) ve 1000 kişiye düşen MR sayısı miktarlarını göstermektedir. Sağlık Bakanlığı 2016 istatistiklerine göre OECD ülkeleri içerisinde MR cihazı başına düşen görüntüleme 14.992 çekim ile birinci, cihaz başına düşen Bilgisayarlı Tomografi (BT) sayısı 12.993 ile ikinci, 1000 kişiye düşen MR görüntüleme sayısında 157 ile birinci sıradadır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017: 170 -172).

Görüntüleme işlemleri taşeron firmalar tarafından gerçekleştirilmektedir. 2017 rakamlarıyla her MR çekimi için taşeron firmaya 25-30 TL arasında ödeme yapılmaktadır. SGK her MR çekimi için hastaneye 72 TL, tomografi çekimi içinse 60 TL ödeme yapmaktadır. Aradaki fark hastaneye gelir sağlamaktadır. Görüntüleme işlemleri için ihaleye çıkılırken ihale ihtiyaca göre değil bir önceki yıl baz alınarak taşeron firmaya çekim garantisi verilmekte, çekim sayısının tamamlanması önem kazanmaktadır. Bu sonuç hastane işletmeciliği modelinin aşırı tedavi ve teşhis yaratmasının en belirgin örneklerindedir³⁰.

Hizmet alımları personel çalıştırmaya dayalı ve personel olmaksızın hizmet alımı olarak ayrılabilir. Personele dayalı hizmet alımının yöntem olarak benimsenmesiyle birlikte kamu sistemi içerisinde özel istihdam koşullarına dayalı emek süreci ortaya çıkmıştır. Özel şirketler tarafından kendi personelleriyle hastane içinde üretilen mal ve hizmetler, kamu istihdam kuralları dışında sunulmaya başlanmıştır.

Bu yöntem temizlik, bilgi sistem, güvenlik hizmetleri, yemek pişirme ve dağıtım, bakım ve onarım, hasta ziyaretçi yönlendirme, çamaşırhane, bahçe bakım, arşivleme, sterilizasyon, şoförlük, tercümanlık, görüntüleme, laboratuvar, fizik tedavi, teknik destek, hastane otomasyon, veri girişi gibi çok sayıda hizmetin üretilmesinde kullanılmaktadır (Sağlık Sen, 2016: 94).

Bu personel yasal olarak işçi statüsündedir fakat kamu istihdam koşul ve haklarından yoksundur. Bir nevi taşeron işçidir.

³⁰“Çekim Kotasına Ulaşmak İçin 24 Saat Açık” *Habertürk Gazetesi*, 17.11.2017

Tablo 3.27 Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Hizmet Alım Giderleri (2010-2017) (Milyar TL)

Yıl	Hizmet Alım Gideri
2010	3.174
2011	3.607
2012	4.052
2013	3.693
2014	5.129
2015	6.085
2016	7.999
2017	9.738

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2017: 73

Tablo 3.27’de Sağlık Bakanlığı ve ona bağlı kuruluşların hizmet alım gider tutarları bulunmaktadır. 2010-2017 yılları arasında hizmet alım giderleri artmıştır. Buna bağlı olarak hizmet alımına dayalı personel istihdamında artış yaşanmaktadır.

2016 verilerine göre Sağlık Bakanlığı kadrolu çalışan sayısı 278. 560, sözleşmeli çalışan sayısı ise 18.170 kişidir³¹. Hizmet alımıyla oluşan personel sayısına ilişkin veriler düzenli bir şekilde yayınlanmamaktadır. 2015 yılında yazılı bir soru önergesine Sağlık Bakanlığı’nın verdiği cevaba göre hizmet alımı vasıtasıyla çalıştırılan personel sayısı resmi olarak 131 bin kişidir³². 2016 rakamlarıyla karşılaştırıldığında Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde toplam istihdamın yaklaşık olarak yüzde 40’ı taşeron işçi statüsündedir.

Özel sektörden hizmet satın alınması hem hizmet sunumunu hem de kamudaki istihdam koşullarını piyasa koşullarını içerecek şekilde dönüştürmüştür. Çekirdek sağlık hizmeti sunumu dışındaki tüm hizmetler hastane içerisinde, özel sektör tarafından üretilir hale gelmiştir.

3.3.9.2. Özerkleşme ve İşletmeleştirme Modelinin Çökmesi: Merkezileşme

SDP ile hastane yöneticileri kendi karar ve hizmet kalitesinden sorumlu tutularak verimliliğin artırılması amaçlanmıştır. Sağlık Bakanlığı’na göre SDP’nin amacına ulaşması ancak yerinden yönetim ilkesi ile mümkündür (Akdağ, 2012: 200).

663 sayılı KHK ile birlikte Hastane Birlikleri’nin illerdeki CEO’su anlamına gelen genel sekreterler ve 10.300 sözleşmeli yöneticinin kadro ataması yapılmıştır. Bu yönetici sınıfı sağlık sistemine ciddi bir mali yük getirmiştir (Terzi, 2013: 292).

663 KHK ile kamu hastane birlikleri Sağlık Bakanlığı bünyesindeki ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri veren kamu hastanelerinin mali açıdan özerkleştirerek, merkezde

³¹ https://khgm.saglik.gov.tr/Bulten/2016_PerformansProgrami/mobile/index.html#p=24 (erişimtarihi:05.04.2018)

³² www.tbmm.gov.tr/d24/7/7-52887sgc.pdf (erişim tarihi: 05.03.2018).

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı, yüksek ücretli performansa dayalı özel sözleşmeli personel statüsündeki yöneticiler tarafından yönetilen birer sağlık işletmesine dönüştürmüştür. Bu yeni organizasyon yapısında sağlık işletmeleri kâr amaçlı çalışacak ve hastane harcamalarının büyük bir kısmı döner sermayelerden sağlanacaktır (Görmüş, 2014: 209).

Tablo 3.28 Sağlık Bakanlığına Bağlı Döner İşletmeleri Sermaye Gelir Gider Tablosu, (000)

	2011	2012	2013	2014	2015
Gelir	17.635.318	19.993.491	22.666.344	25.022.855	27.495.402
Gider	18.617.836	21.076.401	23.681.687	25.573.376	29.050.108
Açık (-)	982.518	1.082.910	1.015.343	550.521	1.554.703

Kaynak: Sağlık Sen, 2016:90

Tablo 3.29 Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Döner Sermaye İşletmelerinin Borçluluk Oranı

	2011	2012	2013	2014	2015
Borç/Gelir (%)	13	15	10	11	12

Kaynak: Sağlık Sen, 2016:125

Tablo 3.28 ve 3.29'da Sağlık Bakanlığı'na bağlı döner sermaye işletmelerinin gelir ve giderleri ilgili 2011-2015 yılları arasındaki değişim bilgileri vermektedir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı döner sermayeli işletmelerde yapısal açık olduğu ve yüksek borçluluk altında olduğu ortaya çıkmıştır.

Kamu hastanelerine ilişkin Sayıştay 2016 denetim raporunda, Sağlık Bakanlığı döner sermaye işletmelerinin mali kriz yaşadığı, borçluluk oranının çok yüksek olduğu ve faaliyetlerinde dolayı zarar ettikleri, fiili olarak ortada bir döner sermayesi olmadığı vurgulanmıştır. Sayıştay raporunda, Sağlık Bakanlığı'na bağlı olan hastanelerde döner sermaye bütçesi uygulamasının kaldırılarak merkezi yönetim bütçesine dayalı finansman dönülmesi önerilmektedir³³.

SDP'nin kaynakların etkili ve verimli kullanılacağını iddia ederek yerinden yönetilen hastanelerin sağlık sistemi için olmaz koşulu ile getirdiği özerk Kamu Hastane Birlikleri uygulaması 6 yıl sürebilmiştir. Uygulama Ağustos 2017'de yayımlanan 694 sayılı KHK ile yürürlükten kaldırılmıştır. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Genel Müdürlüğüne dönüştürülmüş yapı tekrar Bakanlık merkez teşkilatına bağlanarak eski yapıya dönmüştür³⁴.

TTB başkanı Raşit Tükel'e göre özerk Kamu Hastane Birlikleri modelinin çöküşü

³³ www.ttb.org.tr/kutuphane/khb_brosur.pdf (erişim tarihi: 23.03.2018).

³⁴ www.ttb.org.tr/kutuphane/khb_brosur.pdf (erişim tarihi :23.03.2018).

SDP'nin başarısızlıklarından biridir. Yapılan son değişiklikle birlikte sistemin temelinde önemli bir değişiklik olmamış sağlık tesislerinin yönetimi tekrardan Bakanlık merkez teşkilatına verilmiştir fakat piyasacı ve rekabete dayalı, performans sisteminin sürdüğü ve işletmecilik modelinin halen devam ettiği hastanecilik anlayışı sürmektedir.³⁵

Prof. Dr. Kayıhan Pala'ya göre ise idari ve mali özerklik modeli askıya alınmıştır. Bir anlamda hastanelerin özerkleşmesi anlayışından geriye adım olarak değerlendirilen yeni yapılanmayla birlikte bağlı kuruluşların genel müdürlüğe dönüştürülmesi Dünya Bankası destekli neoliberal sağlık reformlarıyla uyuşmamaktadır. Fakat SDP'nin diğer neoliberal politika uygulamalarından bir geriye dönüş söz konusu değildir³⁶

SDP'nin özerk hastane yönetimi ve planlayıcı, düzenleyici ve denetleyici Sağlık Bakanlığı modeli çökmüştür.

3.3.10. Performansa Dayalı Ek Ödeme ve Sağlık Hizmeti Sunumunda Dönüşüm

Türkiye'de sağlık emek gücünün maaşları devlet memuru olduğu için 1989 yılına kadar sadece genel bütçeden karşılanmıştır. 1989 yılında çıkarılan "Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun" düzenlemesine dayanılarak döner sermayeden ek ödeme dağıtmaya başlanmıştır. 2004 yılı itibarıyla Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde performansa dayalı ek ödemeye geçilmiştir (Görmüş, 2013:232).

SDP'nin bir sonucu olan performansa dayalı ödeme sistemi kamu hastanelerinde çalışan hekimlerin temel maaşlarına ek olarak aldıkları ödemedir. Performansa dayalı ödeme sisteminin amacı iş motivasyonunu artırmak, kamu hastanelerinde verimliliği sağlamak olarak savunulmaktadır. Bu uygulamayla birlikte hastanelerin gelirlerinin yüzde 40'ına yakını performansa dayalı ödeme olarak dağıtılmaktadır. Sağlık Bakanlığı 5 alanda performans göstergesi belirlemektedir. Bunlar muayenehaneye ulaşım, hastane alt yapısı ve süreciyle ilgili göstergeler, kurumsal kapasite kullanımı (yatak devir hızı, ortalama yatış süresi), hasta memnuniyeti ve hastane servis göstergeleri (ameliyat ve sezaryen oranları vb.) olarak ayrılmaktadır (OECD, 2014:130).

Bu göstergelere dayanarak her çalışan için performans skorları belirlenmektedir. Örneğin hekimler için performans, yaptıkları her bir prosedüre bağlıdır. Temelde hekimlerin maaşlarına ek olarak gelen performans kısmı klinik aktivitelere dayanmaktadır. Buradaki temel felsefe hastanenin bir bütün olarak daha fazla aktivitede bulunmasını sağlamaktır. SDP ile

³⁵ <http://www.tipdunyasi.dr.tr/2017/10/basarisizligin-belgesi/> (erişim tarihi: 22.03.2018).

³⁶ <http://www.tipdunyasi.dr.tr/2017/10/basarisizligin-belgesi/> (erişim tarihi: 22.03.2018).

birlikte hekimlerin maaşlarının yüzde 52'si performansa dayalı ödenirken yüzde 48'i düzenli maaştan oluşmaktadır (OECD, 2014: 131).

SDP ile yürürlüğe giren performansa dayalı ek ödeme aslında maaşa ek olarak verilen hizmet başı ödeme şeklidir. Elde edilen gelirle yapılan iş arasında ilişki kurulmuş kamu sektöründeki yapılan iş miktarından bağımsız gelir etme anlayışından parça başı hizmet anlayışına geçilmiştir. Ne kadar çok iş yapılırsa o kadar gelir elde edilmektedir. Ek ödemenin bu haliyle bir performans değerlendirme yöntemi olarak değil, hizmet başı ödeme yaklaşımına göre yapıldığı açıktır (Pala, 2014: 418).

Performansa dayalı ek ödeme sağlık çalışanlarının temel ücretlerinin sınırlandırılmasına ve değişken olan performansa dayalı hizmet başı ücretin öne çıkmasına neden olmuştur. Performansa dayalı ödeme her sağlık çalışanı için uygulanmamakta kamuda maaş artı performansa dayalı ödeme alanlarla ile sadece maaş alanlar olarak iki farklı kategoride ücret politikası uygulanmaktadır. Sabit ücret alanların çoğunluğu sağlık sistemi içerisinde taşeron olarak çalışanlardır (Zencir, 2012:54). Performansa dayalı ödeme sistemi hekimlerin gelirlerini artırırken iş yükünü de artırmıştır. Fakat hekim dışı sağlık personeli için iş yükü artarken ücretlerde kayda değer bir artış yaşanmamıştır (Görmüş, 2013: 223).

Uygulamaya konulmasından itibaren performansa dayalı ödeme sistemi gereksiz sağlık hizmeti talebi yaratılmasına, sağlık hizmeti ve tıp teknolojisinin kullanımını artmasına neden olmuştur. Hizmet başı ödeme yöntemi olan bu uygulama daha fazla hasta muayene, daha fazla ilaç yazımı, daha fazla ameliyatın yapımını, daha fazla tetkik yapılmasını doğası gereği desteklemiştir (Görmüş, 2013: 232).

Performansa dayalı model hasta hekim arasındaki ilişkiyi gelir artırma ilişkisine dönüştürmüştür. Hekiminin öncelikli motivasyonu, hastanın iyileştirilmesi amacından çıkarılmış daha çok hasta bakarak, daha çok ameliyat yaparak gelir elde etme haline getirilmiştir. Hastalar gereksiz tetkik ve müdahalelere açık hale getirilmiştir. Hekimlerin genel durumu kötü ya da tedavisi riskli ve zor hastalardan kaçınmasına, bunun yerine daha kolay performans geliri elde edecekleri hasta ve hastalıkların tedavisine yönelmesine neden olmuştur. Bu bağlamda hasta doktor ilişkisi bozulmuştur (Terzi, 2013: 291).

Performansa dayalı ödeme şekillerinin sağlık ekosistemine çeşitli etkileri bulunmaktadır. TTB'ye göre performansa dayalı ödeme klinik otonomiye ortadan kaldırmakta, emekliliğe temel olan ücretin düşük olmasına neden olmakta, çalışanlar arasında rekabete yol açarak kamusal sağlık hizmetinin niteliğini aşındırıp mesleki etik değerlerin erozyonuna sebep olmaktadır. Performans puanlama sistemlerinin eşitsizlikler içerdiğine ve hakkaniyetsiz olduğuna vurgu yapan TTB, performans sistemiyle sağlık hizmetlerinin kullanılmasında artış

olmasına rağmen nitelikli sağlık hizmeti üretilmesi için gerekli olan zamanın hastaya ayrılmasının imkanının kalmadığını, yapılan işlemlerin sayısının artmasına neden olan performans sisteminin sağlık hizmetlerinin gereksiz üretilmesinde önemli bir etken olduğuna dikkat çekmektedir. Özellikle sevk sisteminin işletilmemesinin performans sistemiyle birleşip birinci basamakta daha az maliyetli şekilde tedavi edilecek sağlık sorunlarının ikinci ve üçüncü basamağa taşındığını bunun ise kısıktırılmış sağlık hizmeti talebini artırdığına vurgu yapmaktadır (TTB, 2012: 124-125).

TTB'ye göre finansal teşvik yöntemlerini tek başına performansa indirgemek hatalı bir bakış açısıdır. Temel ücret, emeklilik, sosyal haklar gibi mekanizmalar da performansı artırıcı özelliklere sahiptir (TTB, 2012: 125).

SDP ile birlikte hekimlerin sınıf statüsü de değişmektedir. Çok az sayıda hekim dışında ezici çoğunluk işçileşmektedir. İşçileşme, hekimlerin gelirlerinin azalması değil, emek sürecindeki denetimlerini, mesleki özerkliklerini kaybetmeleri ve işgücü piyasalarında güvenceli pozisyonlarını yitirmeleri şeklinde gerçekleşmektedir. Piyasacı sağlık hizmetleri modelinde hekim kamuda ya da özel sektörde, fabrikadaki üretim bandında çalışan işçilere dönüşmekte ve hastalar bu süreçte üzerinden para kazanılacak müşteri pozisyonuna indirgenmektedir. Hekimler gelir durumu açısından aralarında büyük farklar olan gruplara bölünmektedir; pratisyen hekimler, aile hekimleri, kamuda çalışan uzman hekimler, özel sektörde çalışan uzman hekimler, tam ve yarı zamanlı çalışan uzman hekimler birbirlerinden farklı gelir elde etmektedir (Terzi, 2013:308).

Sayıştay 2016 raporlarına göre SGK ile anlaşması olan özel sağlık tesislerinde 1.066 doktorun primleri asgari ücret üzerinden bildirildiği tespit edilmiştir (Sayıştay, 2017: 54).

2002 yılında tıp fakültesi sayısı 42 iken 2018 yılı itibarıyla 66 kamu üniversitesi ve 24 vakıf üniversitesi olmak üzere toplamda 90' a ulaşmıştır. 2003 yılında 4941 mezun veren bu fakülteler 2017 yılı itibarıyla yılda 13.683 mezun vermeye başlamıştır³⁷. Ulusal ve uluslararası tıp eğitimi standartlarını dikkate almadan hekim sayısını, yeterlilik kalitesini garanti altına almadan büyük bir hızla artırmak, SDP'nin ucuz işgücü oluşturma politikasıyla ilgilidir (Terzi, 2013: 309).

SDP programı ile sağlık çalışanlarının özelde ise doktorların hizmet sunum şeklini kamucu perspektiften kopararak piyasa koşullarına uyumu hale getirmiş bu ise hasta ile doktor ilişkisini, sağlık hizmeti sunma yöntemini ve çalışma koşullarını dönüştürmüştür.

³⁷<http://www.hekimpostasi.org.tr/2017/08/20/tip-fakultesi-kontenjani-13-bin-683-oldu/> (erişim tarihi: 18.03.2018).

3.3.11. Hastanelerin Finansmanında Dönüşüm ve Sağlık Harcamalarında Artış

SDP öncesinde Sağlık Bakanlığı hastaneleri iki kaynaktan finanse edilmekteydi. Bunlar harcama kalemleri bütçeler ve döner sermaye gelirleridir. Maliye Bakanlığı tarafından finanse edilen harcama kalemleri bütçeler temel personel maaşları, diğer cari harcamalar ve yatırım harcamalarından oluşmaktaydı. Personel maaşları, harcama kalemleri bütçe tahsislerinin %80'ni oluşturmakta ve hastane yöneticileri harcama kalemleri bütçelerini kullanmada sınırlı esnekliğe sahipti. Döner sermayeler ise Bağ -Kur, Emekli-Sandığı ve Yeşil Kart sahipleri ve sağlık güvencesi olmayan özel hastalara verilen hizmetlerle finanse edilmekteydi. Genel olarak döner sermaye bütçeleri üzerinde hastane yönetimlerine daha fazla esneklik sağlamışsa da uygulamada Sağlık Bakanlığı hastaneleri söz konusu olduğunda, döner sermayeyi kullanan hastane yöneticileri harcamalar üzerinde karar verme yetkisine sahip olamamışlar ve Sağlık Bakanlığı bütçe uygulama tebliğ kararlarına tabi olmuşlardır (OECD, 2008: 33).

SDP'nin başında ödeme mekanizmaları açısından çok az sayıda değişiklik olmuştur. Farklı sağlık sigortası fonlarının yaptıkları ödemeler geriye dönük olarak hizmet başına ücret şeklinde gerçekleşmekteydi. 2007 yılında Sağlık Bütçe Yasası (SUT) altında SGK ayakta ve yatan hastalar için tek tip fiyat listesi belirlemiştir. Tüm sağlık sigortası fonları tarafından aynı fiyatın uygulanması kamu ve özel hastaneler arasında fark olmaksızın paranın hastayı takip edeceği ödeme sistemine doğru ilerlemenin ilk adımı olmuştur (OECD, 2008: 48).

SDP ile birlikte hem ileriye dönük hem de geriye dönük ödeme mekanizmaları kullanılmaya başlanmıştır. Sağlık kuruluşlarının genel bütçeden adlıkları kaynaklar ve SGK, özel sağlık fonlarının ödemeleriyle oluşan döner sermaye bulunmaktadır. Devlet bütçesi ağırlıklı olarak personel maaşlarını ödemek için kullanılır; diğer tüm kalemler hastane tarafından üretilen gelirle (SGK ve özel sağlık sigortası) ile finanse edilmektedir (Tatar vd., 2011: 66).

Sağlık finansmanı alanındaki yapılan reformlardan bir diğeri Sağlık Bakanlığının kamu harcamalarından aldığı payın 2006 yılından itibaren global bütçe adı verilen yöntemle tespit edilmeye başlanmasıdır (Atasever, 2014: 124). Kamu hastanelerinin yaklaşık yüzde 50'si global bütçe uygulamasıyla finanse edilmektedir. Merkezi yönetim bütçesinin temel personel maaşlarını finanse ettiği hesaba katılırsa global bütçe sağlık hizmetlerinin finansmanında ana kaynaklardan birdir. Sağlık Bakanlığı'na tahsis edilen global bütçe Bakanlık tarafından ilgili kurumlara tahsis edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2017: 74).

SGK ile üniversite hastaneleri ve özel kuruluşlar arasındaki finansman ilişkisi daha geleneksel bir satın alma modeli bağlamında yürümektedir. Buna göre SGK her üniversite ve özel hastane ile teminat paketi kapsamında yer alan hizmetlerin sunumuna yönelik sözleşmeler

yapmaktadır (Atasever, 2014: 114).

Üniversite hastaneleri bu bağlamda çift bütçeye sahiptir. İlk finansman akışı, Sağlık Bakanlığı hastaneleriyle aynı prosedürleri izleyerek devlet bütçesinden gelmektedir. Üniversite hastaneleri de geri ödeme kurumlarından ve hastalardan elde ettikleri döner sermaye gelirlerine sahiptir. Hem Sağlık Bakanlığı hem de üniversite hastaneleri için devlet bütçesi sağlık personeli harcamalar için kullanılmakta diğer harcamalar döner sermayeler tarafından giderek daha fazla karşılanmaktadır (Tatar, 2011: 65).

Tablo 3.30 SGK Sağlık Harcamaları (2010-2017) (Milyon TL)

	2010	2011	2012	2013	2014	2014	2016	2017
Devlet Hastanesi	9.584	11.255	16.746	19.718	21.585	23.858	28.407	31.242
Üniversite Hastanesi	3.558	4.100	5.152	5.950	6.516	7.087	8.133	10.264
Özel Hastane	5.327	6.493	7.308	7.839	8.194	8.612	8.757	9.757
SGK Toplam Tedavi Harcaması	18.469	21.848	29.206	33.508	36.295	39.557	45.594	51.260
SGK Toplam Sağlık Harcaması	32.556	36.542	44.151	49.938	54.603	59.411	68.048	77.687

Kaynak: Açıkgöz, 2018:11

SDP ile Türk sağlık sistemi hem sunum hem de finansman açısından köklü bir değişim yaşamıştır. Tüm reform uygulamaları sağlık harcamalarını da etkilemiştir. Tablo 3.30'a göre SGK'nın toplam sağlık harcamaları içinde tedavi harcamalarının tutarı GSS uygulamasının yürürlüğe girdiği yıllar itibariyle yüzde 50'den 2016 yılı itibariyle 70'ine yükselmiştir. Tedavi edici sağlık harcamaları büyüme trendindedir.

Tablo 3.31 TÜİK Sağlık Harcamalarına İlişkin Veriler (2002-2016)

	2002	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Toplam Sağlık Harcaması Milyon TL	18.774	57.911	61.678	68.607	74.189	84.390	94.750	104.568	119.756
Hastanelere Yapılan harcama Milyon TL	6.077	23.241	24.933	28.543	36.088	41.785	46.429	51.083	60.141
Hastane Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı%	32	40	40	41	52	49	49	48	50

Toplam Sağlık Harcaması İçerisinde Kamu Payı % Oran	70	80	78	85	79	78	77	78	78
Toplam SGK Sağlık Harcaması Milyon TL	7.488	28.227	30.696	34.937	41.630	46.993	51.356	55.908	64.163
Kamu Sağlık Harcamalarında SGK Payı Oran Yüzde	56	60	62	63	70	70	69	76	69
Kamu Sağlık Harcamaları İçinde Merkezi Devlet Sağlık Harcaması Milyon TL	5.283	17.946	17.209	19.086	16.493	18.425	21.282	25.286	28.731
Kamu Sağlık Harcaması İçerisinde Merkezi Devlet Yüzde Oran	40	38	35	34	28	27	29	20	30

Kaynak: TÜİK, 2018

Tablo 3.31 TÜİK'in sağlık harcamalarına ilişkin verilerini sunmaktadır. SDP sonrasındaki süreçte toplam sağlık harcamaları artmıştır. GSMH'den sağlık harcamalarına ayrılan kısımda ise ılımlı bir azalış meydana gelmiştir. SDP ile birlikte toplam sağlık harcamaları içindeki hastane harcaması artmış ve 2016 yılı itibariyle toplam sağlık harcamalarının yüzde 50'si olarak gerçekleşmiştir. Sağlık harcamaları içindeki kamu sağlık harcamaları ılımlı bir artışla 2016 yılı itibariyle yüzde 78 olmuştur. Toplam sağlık harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının oranı yüksektir. SDP ile tek bir hizmet alıcı olarak SGK ve onun politika uzantısı olan GSS uygulamasıyla kamu sağlık harcamaları içerisinde SGK payı artmış, merkezi devlet sağlık harcamaları azalmıştır. GSS reformunun amacı sağlık hizmetlerinin finansmanının olabildiğince primlere dayanarak gerçekleştirilmesidir. Bu hedefe paralel olarak merkezi devlet sağlık harcamaları azalmıştır.

TTB'ye göre sağlık harcamalarındaki artış niceliğin niteliğin önüne geçmesinin sonucudur. Sağlık harcamaları artmış fakat sağlık alanındaki eşitsizliklerde bir değişim olmamıştır. Kamu hastanelerine aktarılan merkezi devlet payı azalmış, SGK'nın finanse ettiği döner sermaye işletmeciliğine dayanan gelirler artmıştır. Kamu hastanelerindeki merkezi devlet payı azaltılırken döner sermaye temelli SGK gelirlerinin payı artmıştır. Hastaneler ihtiyaçlarını sağlık işletme modeli olan döner sermaye gelirlerinden sağlar hale gelmiş, bu ise sağlık harcamalarında artışın nedenlerinden biri oluşturmuştur. GSS ile birlikte sağlık hizmetlerinin finansman yükü vatandaşların üzerine yıkılmış, tedavi edici hastalıkları önceleyen bir model ortaya konmuştur. (TTB, 2018: 11-12).

SONUÇ

20. yüzyılın ortasına bir dizi toplumsal ve ekonomik nedenden kaynaklı ortaya çıkan sağlık sistemleri sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlamış ve standart bir şekilde topluma sağlık hizmeti sunmuştur. Sosyal sigorta veya genel vergi gelirleri üzerinden finanse edilen sağlık sistemleri özel sağlık piyasalarının yerini almıştır. Tarihin bu evresiyle birlikte sağlık hizmetleri kamusal alana çekilmiş sağlık hizmetlerinde kamusal sorumluluk evrensel hale gelmiştir. 1970'lerle Keynesyen müdahaleci devlet döneminin sonuna gelinmesiyle birlikte kamu hizmetlerinin serbest piyasada alınıp satılabilen metalara dönüştürme eğilimi gün yüzüne çıkmıştır. Sağlık sistemlerinin değiştirilmesi ve dönüştürülmesi salt teknik değişikliklerden ziyade toplumsal ve siyasal mücadelerin sonucudur. Sağlık sistemlerinde tarif edilen ve maliyet patlamasıyla karakterize olan sağlık sistemleri krizine çare olarak sunulan küresel sağlık reform paketinin de bu dönemde gündeme gelmesi tesadüfi değildir. 1980'lerin başından itibaren merkez ülkelere çevre ülkelere doğru yayılan bir dizi ideolojik ve politik piyasa değerlerine yaslanan neoliberal sağlık politikaları kamu sağlık hizmetlerini yeniden metalaştırma ve sağlık hizmetlerini sermaye için birikim alanı olarak belirleme amacı gütmektedir.

Bu açıdan tez'de neoliberal sağlık reformlarının Türk sağlık sistemine etkilerini anlayabilmek adına ilk üç bölümde sağlık hizmetlerinin kamusal niteliği ve sağlık reformlarının arkasındaki teorik nedenler açıklanmış ve bununla bağlantılı olarak sağlık reform uygulamaları tartışılmıştır. Sağlık hizmetlerinin kamusal alana çekilmesi ve kamusal sorumluluk çerçevesinde sunulması tesadüfi, teorik laf kalabalıklığının gerekçesi, salt tarihsel bir dönemin zorunluluğu değildir. Sağlık hizmetleri diğer piyasa mal ve hizmetleriyle ya da devletin bir zamanlar ürettiği ve üretimini tamamen piyasaya terk ettiği mal ve hizmetlerle benzer özellikler göstermemektedir. Sağlık hizmetleri için kamu sorumluluğunu gerektiren asimetrik bilgi, dışsallıklar, tüketici egemenliğinin kurulamaması, sağlık hizmetleri piyasasının hiçbir zaman kendi başına işleyemeyeceği gibi piyasa aksaklıkları geçerliliğini halen korumaktadır. Çalışma sırasında literatür araştırmaları da göstermiştir ki önerilen sağlık reformları sağlık hizmetlerinin tamamen piyasaya bırakılmasını örneğin başlangıçtan itibaren özel sağlık sistemine sahip olan ABD özel sağlık sistemi modeline geçişi savunmamaktadır. Halbuki neoliberal sağlık reformlarının önerdiği piyasa ve onun çözümleri en uygun kaynak dağılımını sağlıyorsa kaçınılmaz olarak mantıki çözümün ABD tipi sağlık sistemine geçiş olması gerekir.

Fakat bununla birlikte piyasa retoriği eksiksiz işletilmektedir. Bu bağlamda mevcut sağlık sistemlerinin verimsiz olduğu, sağlık harcamalarının toplumsal kalkınma üzerinde yük

olduğu, özel sektör ve piyasa yöntemlerinin sağlık hizmetlerinde verimliliği artırdığı, hastanın aktif tüketici olarak güçlendirilmesinin kaliteli sağlık hizmeti sunumuna katkı sağlayacağı, kamu sağlık hizmetlerinin görülme ve sunumunun dönüştürülmesinin verimliliğe yol açacağı gibi bir dizi iddia neoliberal sağlık reformu savunucularının arkasına sığındığı gerekçelerdir. Neoliberal dönemle birlikte sağlık hizmetlerindeki tarihsel ve teorik gerçeklik reddedilerek ideolojik temelde özel bir mal olarak tanımlanmıştır. Bu tanımlamadan yola çıkarak sağlık sistemlerinde devletin, toplumun ve bireyin konumu yeniden tanımlanmış ve sağlık sistemlerindeki kamusal egemenlik geriletilmiştir. Kar, sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği, maliyet, harcamaların kısılması, verimlilik, fayda, tüketici seçimi ve kişisel sorumluluk gibi serbest piyasa değerleri ön plana çıkartılmıştır. Elbette kamusal sağlık sistemlerini değiştirmeyi ve dönüştürmeyi amaçlayan neoliberal sağlık reformları kendiliğinden işleyen öznesiz bir sürecin, teorik ve nesnel gerçeklerin yansıması değil neoliberal dönemde şekillendirilen zihinsel yapıların sonucudur. Neoliberal dönemin devleti sağlık alanındaki sorumluluğunu azaltmak istemekte, Dünya Bankası ve IMF gibi uluslararası kuruluşlar sağlık alanını özel sermayenin yatırım yapabileceği bir ortam olarak yeniden düzenlemek istemekte, özel hizmet sunucuları kamu fonlarıyla sağlık hizmeti üretip satmak istemekte, ulusal ve uluslararası şirketler kamu sağlık sistemlerinde daha fazla yarar elde etmek istemektedir. Bu bağlamda sağlık reformlarının ana amacı kamusal sağlık sistemlerinin tamamen ortadan kaldırılması değil sağlık hizmetlerinde kamusal egemenliğin parçalanarak her bir aktörün kendisine en uygun amacı gerçekleştirebildiği ortamın yaratılmasıdır.

Bu açıdan sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı ayrıştırılmakta modele özel ve kamu sağlık hizmeti sunucuları eklenerek devletin gözetimi ve denetimi altında sağlık hizmetleri iç piyasası oluşturulmaya çalışılmaktadır. Bunun mantıki sonucu olarak kamusal fonlarla finanse edilen özel sağlık hizmeti sunucuları modelde etkinlik kazanmaktadır. Sağlık hizmetleri iç piyasasının yaratılmasındaki bir sonraki mantıki adım sağlık hizmeti sunan kamu ve özel sektör hizmet sunucuları arasında hasta tercihine izin verilmesidir. Böylelikle özel sağlık sektörü için sürdürülebilir sağlık hizmet talebi garanti altına alınmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin metalaşmasına en büyük katkıyı yapan ise neoliberal küreselleşmenin serbest ticaretle karakterize olan yapısıdır. Neoliberal dönemle birlikte serbest ticaretin önündeki uluslararası sınırlandırmalar ortadan kaldırılmış bunun sağlık alanına yansıması ise sağlık hizmetlerinin artan derecede ticarete konu olması olmuştur. Ulusal sağlık sistemlerinden fayda sağlamak isteyen sadece yerli özel sermaye değildir; özellikle sağlık sistemlerini liberalize eden gelişmekte olan ülkeler uluslararası sermaye için karlı yatırım alanlarıdır.

Neoliberal sağlık reformlarıyla birlikte sağlık sistemlerinde sözleşme ilişkilerinin yerleştirilmesi klinik ve klinik olmayan sağlık hizmetlerinin hastane dışından temin edilmesinin önünü açmış bu ise kamusal sağlık hizmetlerinin sunum şeklini dönüştürmüştür. Çok sayıda hizmet ve bu hizmet bağlı olarak istihdam edilen sağlık emek gücü dış kaynak kullanılarak temin edilmeye başlamış ve piyasa ilişkilerinin kamu sektörüne taşınmasına neden olmuştur. Özel sektör kaynaklarının kullanılmasının verimliliği artıracadı varsayımına dayanan bu reform uygulaması özel sektörün sağlık hizmeti üretimindeki rolünü artırmış, kamusal alanda taşeron ilişkilerin hâkim olmasına neden olmuştur.

IMF ve Dünya Bankası gibi uluslararası kuruluşlar 1980'lerle birlikte uygulamaya konan neoliberal politikalarının yrtclerindendir. Neoliberal politikalar gelir dağılımının bozulmasına, yoksulluğa ve gelir dağılımında eşitsizliklere neden olmuştur. 1990'larla birlikte bu uluslararası kuruluşların büyüme, verimlilik ve piyasa yanlı politika nerileri eleştiriye uğramış ve sağlık hizmetlerine ilişkin bakış açısı yoksulluğu azaltıcı bir önlem olarak sağlık hizmetlerine ulaşımın artırılması şeklinde dönüşmüştür. Bu kuruluşların sağlık sistemlerine ilişkin reform nerisi sağlık hizmetlerine ulaşımda evrensel kapsayıcılığın sağlanmasıdır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemleri sorunludur; yeteri kadar hizmet üretilmemektedir ve sağlık sistemlerinin kapasitelerinin artırılması gerekmektedir. Bu amaca ulaşmak için sunulan yöntemse sağlık hizmetleri i piyasasının yaratılmasıdır. Sonuç olarak özel sağlık hizmeti sunucularının sağlık sistemlerindeki rolü genişletilmek istenmektedir.

Sağlık hizmetlerinin metalaşmasını sağlayan bir diğer reform uygulamasıysa sağlık emek gücünün hizmet etiğiyle hareket eden bir ekip olmaktan çıkıp kar üretmeye odaklı bir ekibe dönüştürülmesidir. Performansa dayalı ödeme ile sağlık çalışanlarının verimliliğinin artırılması amaçlanmış sağlık çalışanların hizmet sunma şekli gelir artırıcı faaliyet ekseninde dönüştürülmüştür.

Sağlık sistemlerinde kurumsal yapının aşındırılarak sermaye karşısında daha güçsüz bir kamu sağlık sistemi yaratılmak istenmesinde gündemin ilk sırasına sağlık sistemlerinin desantralizasyonu yerleştirilmektedir. Desantralizasyon zelleştirmenin, piyasayı güçlendirmenin, hizmet üretimi ile finansmanın birbirinden ayırmanın yolu olarak sağlık sistemlerinin merkezi karar vermek yetki ve sorumluluğunun daha alt birimlere devri anlamına gelmektedir. Böylelikle kamu sağlık sisteminin kurumsal egemenliği parçalanmakta sermaye karşısında daha güçsüz, piyasa ilişkilerine eklemlenmiş bir kamu sağlık sistemi yaratılmak istenmektedir.

Sağlık reformları makro anlamda sağlık sistemini yeniden yapılandırırken mikro ölçekte kamu hastane yapılarının şirketleştirme ve zerkleştirmeyle piyasaya uyumlu aktörler haline

getirmeye çalışmaktadır. Hastane özerkleşmesi ve şirketleşmesinin temel mantığı ise kamu gücünün bu alana müdahalesini sınırlandırmak kendi kendini yöneten, piyasa ilişkilerine daha duyarlı hastane yapılarının oluşturulmasıdır.

Sağlık hizmetlerinin sunum yönteminin özel sektör tekniklerini kullanarak sağlanmaya başlaması kamu ile özel sektör arasındaki ayrımın bulanıklaşmasına neden olmuştur. Kamusal niteliği aşınan sağlık hizmetlerine karar verme sorumluluğunu özel sektör ve sivil toplum kuruluşlarıyla paylaşılması için başvuru olan yöntem ise sağlıkta yönetim olmuştur. Böylelikle sağlık hizmetlerinin organizasyonu, hastanelerin işleyişi ve hastane içi süreçlerde karar verme sorumluluğu özel sektörle paylaşılacak istenmektedir.

Hizmet sunum ve finansmanın ayrıştırılması, sağlık hizmeti sunan hastanelerin bir piyasa aktörü olarak özerkleştirilerek ve ticarileştirilerek yeniden yapılandırılması sağlık hizmeti geri ödeme mekanizmalarını bunu pekiştirecek şekilde dönüştürülmesine neden olmuştur. Hastane ödeme yöntemleri değişmiş, eski entegre yapıdaki bütçe transferi yöntemi yerine sağlık harcamalarını çeşitli derecelerde artıran, hizmet çıktılarına etkileyen yeni ödeme yöntemleri kullanılmaya başlanmıştır.

Neoliberal sağlık reformlarıyla birlikte sağlık hizmetlerinin finansmanında dönemin ruhuna uygun olarak kamu harcamalarının artan derecede kamudan hane halkı ve özel sektöre kaydırılması amaçlanmıştır. Maliyet paylaşımı ve kullanıcı katkılarıyla sağlık harcamalarının kısılarak ve gereksiz sağlık hizmet talebinin sınırlandırılarak sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini sağlamaya çalışılmaktadır. Kullanım noktasında ücretsiz olarak sunulan sağlık hizmetleri kıt kaynakların olduğu bir sektör olarak tanımlanmış kullanıcı katkıları sağlık sistemlerine yerleştirilmiştir. Sağlık harcamalarının özelleşmesini sağlayan finansman açısından bir diğer değişiklik ise kamu sağlık sistemlerinin kapsamının daraltılarak özel sağlık sigortalarına alan açılmasıdır. Böylelikle sağlık sisteminin sunduğu hizmetlerin miktarının azaltılması, kullanıcı katkılarının kalıcılaşması sağlanarak sağlık sistemlerinin yükümlülükleri daraltılmaktadır.

Ülkeler sağlık sistemleri reformlarına giriştiklerinde karşılaştıkları en önemli problem sağlık hizmetlerinin finansmanın nasıl sağlanacağıdır. Siyasiler ve uzmanlar sağlık hizmeti finansmanı reformuna yöneldiğinde karşılarına geleneksel iki yöntem çıkmaktadır. Bunlardan bir tanesi vergi gelirleriyle finanse edilen, sağlık hizmetlerinin sunumunun ve finansmanın entegre olarak kamu sorumluluğunda gerçekleştiği, tüm nüfusa ücretsiz sağlık hizmeti sunan vergi temelli sağlık sistemleridir. Sağlık sistemlerini finanse etmenin diğer yöntemi ise Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslararası kuruluşlar tarafından önerilen sağlık hizmeti sunumu ve finansmanı ayırarak özel ve kamu sektörü hizmet sunucularında sözleşmelerle

hizmet satın alınmasını sağlayan, sağlık hizmetlerinin kapsamının çoğu zaman ücretli çalışan tabanın ötesine geçemediği ve nüfusun bir kısmını sağlık hizmetleri kapsamı dışında bırakan primli ödemelere dayanan sosyal sağlık sigortası yöntemidir. Sosyal sağlık sigorta sistemi sağlık hizmetlerinin finansmanında devlet bütçesi sorumluluğunun azaltılmanın bir yöntemi olarak kullanılmakta ve yaratılmak istenen sağlık hizmetleri iç piyasasının en kullanışlı reform önerisi olarak öne çıkmaktadır.

Bir diğer reform uygulaması ise sağlık yatırım harcamalarındaki geleneksel kamu sorumluluğunun değişime ve dönüşüme uğratılmasıdır. Sağlık alanında kamu özel ortaklıkları ile hastane yatırım harcamalarında kamu sorumluluğunun azaltılması ve özel sektör kaynaklarının kullanılarak yatırım ve hizmet sunumunda verimlilikler sağlanmaya çalışılmaktadır. Kamu özel ortaklıkları iç politikadan düzenleyici önlemlerden kaynaklanan mali kısıtlamaları aşmak amacıyla kamu borçlanması yerine hükümetler tarafından sıkça kullanılan yöntemdir. Sağlık hizmetlerinin giderek parçalara bölünmesi, dış kaynak kullanılmaya başlanması taşeronlaştırmaya ve kamu özel ortaklıklarına giden yolu açmıştır. Hastaneler özel sektör tarafından inşa edilmekte, finansmanı yapılmakta kamu ise kiracı olarak 25 ile 30 yıl boyunca özel sektöre kira ödemesi yapmaktadır. Bu reform uygulamasıyla birlikte sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektörün gücü artırılmak istenmektedir.

Neoliberal sağlık reformları sadece mevcut sağlık sistemlerini değişime uğratıp dönüştürmekle kalmamış sosyal adaletin inşası öneren Alma-Ata temel sağlık hizmetleri reform önerisinin de başarısız olmasına neden olmuştur. 1970'lerde toplumsal kalkınma paradigmasının egemen olduğu dönemde ortaya atılan, özellikle azgelişmiş ülkelerin sağlık sistemlerini birinci basamak ve temel sağlık hizmetleri anlayışıyla bütüncül şekilde örgütlemesini öneren Alma-Ata temel sağlık hizmetleri reformu sağlık hizmetlerini sadece tıbbi bakıma indirgemeyen, sağlıklı toplum ve birey için sağlık dışındaki diğer sektörlerin de katılımını öneren bütünlükçü bir sağlık reformu önerisidir. Fakat zaman içerisinde reform niyeti gerçekleşmemiş iktisat politikalarına neoliberal anlayışın egemen olmasıyla birlikte reform uygulanamaz hale gelmiştir.

Türk sağlık sisteminde reform tartışmaları küresel sağlık reformu salgının olduğu 1980'lerden sonra yoğunluk kazanmıştır. Türk sağlık sistemi Sağlıkta Dönüşüm Projesi öncesinde sağlık hizmetlerinin coğrafi olarak eşitsiz dağıldığı, sağlık hizmetlerinin kullanımının sosyal güvenlik kuruluşları arasında farklılık gösterdiği, nüfusun bir kısmının sağlık hizmetleri kapsamında olmadığı, finansman açısından çok parçalı bir yapı sergilemektedir. 1960'larda sağlıkta sosyalleştirme yasasıyla birlikte vergi finansmanına dayanan ve birinci basamak sağlık hizmetleri temelli model başarısız olmuştur. Bir yanda

Sağlık Ocağı modeline dayanan birinci basamak sağlık hizmetleri diğer yanda sosyal güvenlik kuruluşları tarafından işletilen ve yönetilen tedavi edici sağlık hizmetlerini önceleyen Bismarkçı hibrid bir model vardır. Sistem bu haliyle tüm nüfusa yeterli, finansman açısından kabul edilebilir sağlık hizmeti sunamamıştır. Dünya Bankası destekli Sağlıkta Dönüşüm Projesi Türk sağlık sisteminin reform ihtiyacından yola çıkarak neoliberal sağlıkta reform paketinin tüm bilinen unsurlarının Türk sağlık sistemine yerleştirilmesini sağlamıştır.

Sağlık hizmetleri ve finansmanın ayırmanın yöntemi olarak tüm sosyal güvenlik kuruluşları tek bir sağlık hizmet satın alıcı olarak SGK altında toplanmış, sağlık hizmetlerinin finansmanı için ücret ve gelir üzerinden alınan primlerle finansmanı sağlanan Genel Sağlık Sigortası fon yöntemi yürürlüğe girmiştir. GSS'nin kendisinden önceki modelden ayrılan özelliği ise istihdam dışındaki toplumsal kesimlerin sağlık hizmetleri finansmanını gelirler üzerinden sağlanan primlerle sağlamasıdır. Gelir testi yöntemiyle gelir grupları belirlenmekte ve bu gruplara düşen primler sağlık hizmetlerinin finansmanı sağlanmaya çalışılmaktadır. Bu uygulama gelir dağılımının bozuk, işsizlik oranının yüksek, istihdama katılımın oranın düşük olduğu Türkiye'de prim toplamının önünde engeller oluşturmuş kısa süre içerisinde toplumsal tepkiyle karşılanan bir uygulamaya dönüşmüştür. Gelir testi toplum tarafından kabul görmemiş, prim borçları ödenememiş ve uygulamaya girdikten sonra çok sayıda prim borcu ve borç yapılandırma iyileştirmeleri sağlanmaya çalışılmıştır. Sağlık hizmetlerinin finansmanını primlerle sağlayarak devlet bütçesi sorumluluğunu azaltmanın yöntemi olan bu uygulama 2017 yılı itibarıyla sağlık hizmetlerinin finansmanın istihdam üzerinden alınan primlerle sağladığı dar tabana geri dönmüştür. Gelir testi zorunluluğu kaldırılmış, gelir grup sayısı düşürülerek prim miktarı sembolik hale getirilerek gelir üzerinden alınan primlerle sağlık hizmetlerinin finansmanın sağlanmasından vazgeçilmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Projesi Türk sağlık sisteminde özel sağlık hizmeti sunucularının payını artırmıştır. Tek bir hizmet satın alıcı olarak tüm sosyal sigorta planlarının SGK altında birleştirilmesiyle birlikte sözleşmelerle özel sektörden tıbbi sağlık hizmeti alınmaya başlanmıştır. Bu gelişmelere paralel olarak özel hastane sayısı, özel hastane müracaat sayısı ve özel sektör yatak doluluk oranları artmış ve SGK tedavi harcamalarının yüzde 20'lik bir kısmı özel sağlık hizmeti satın almak için kullanılmıştır. Kamusal fonlarla özel sağlık hizmeti sunucularının finansmanı bu dönemde kurumsal yapıya kavuşmuş, Türk sağlık sisteminde özel hizmet sunucuları baskı grubu oluşturabilecek, sağlık politikalarını etkileyebilecek bir aktöre dönüşmüştür.

Neoliberal sağlık reformları sağlık hizmetlerinin finansmanın artan derecede özelleşmesini amaçlamaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Projesi bu amaca uygun olarak kullanıcı

katkılarının sağlık sisteminde kurumsallaşmasına neden olmuştur. GSS fonu için toplanan primlerin sağlık harcamalarını finanse edebilecek yapıya sahip olmasına rağmen sağlık hizmeti kullanımı sırasında hastaların ödediği 14 ayrı adet sağlık hizmeti katılım payı vardır. Yoksulların etkin bir şekilde muaf tutulmadığı katılım payı uygulaması sağlık hizmetlerini kullananlara ekstra mali yük oluşturmaktadır.

Sağlık hizmetlerini özelleştirmenin bir diğer yolu olan özel sigortalar ise Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile birlikte uygulama alanı bulmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Projesi hastaya kamu ya da özel hastaneler arasında tercih hakkı sağlamış, özel hastanelere de sağlık hizmeti sunumuna özendirmek için ilave ücret almasını mümkün kılmıştır. Türk sağlık sisteminde özel sağlık sigortaları hizmet kullanımı noktasında hastadan tahsil edilen ilave ücretleri karşılamak için kullanılan finansman yöntemidir ve özel sektör sağlık hizmeti talebini teşvik etmek için kullanılmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin getirdiği bir diğer reform uygulaması ise birinci basamak sağlık hizmetlerini Sağlık Ocağı modelinden Aile Hekimliği modeline taşımasıdır. Aile Hekimliği modeli tedavi edici sağlık hizmetlerinin öncelendiği, Aile Hekimi'nin işletmecilik becerisinin önem kazandığı koruyucu sağlık hizmetlerinin parçalı şekilde sunulduğu bir reform uygulamasıdır. Her ne kadar sağlık harcamalarını azaltmanın, sevk sistemini işletmenin yöntemi olarak uygulamaya konulsa da toplum tarafından kabul görmemiş, toplumun tedavi edici hastane hizmetlerine olan talebini azaltmamıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin bir diğer reform ayağı kamu sağlık yatırım harcamalarının özel sektöre kaydırılarak çeşitli sağlık hizmetlerinin sunumunun blok halinde özel sektöre devrini içeren kamu özel iş birliği uygulamasıdır. Devletin kiracı olarak ortalama 25 yıl kira bedeli karşılığında özel sektörle yatırım ve hizmet sunum ilişkisine girdiği modelde hastane yatırımlarında ölçek büyümesi gerçekleşmiştir. Uygulamada kira bedelleri, sağlık yatırım harcamalarının etkinliği ve finansman açısından sorunlu alanlar ortaya çıkmıştır. Türkiye'deki 32 hastane kompleksinin yapımı bu yöntem benimsenerek gerçekleştirilmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile Sağlık Bakanlığı'nın görev ve yetkileri değişime uğratılmış, planlayıcı ve politika oluşturucu bakanlık ve özerkleşmiş hastane yapısını sağlayacak reformlar yürürlüğe sokulmuştur. Böylelikle özerklikleri artırılan hastaneler verimlilikleri artmış bir şekilde piyasa koşullarına uyum gösterebilecek şekilde faaliyet gösterecektir. Bu uygulamayla birlikte dış kaynak kullanımı artmış ve ona bağlı çalıştırılan personel sayısında artışlar yaşanmıştır. Taşeron ilişkiler kamu sektörüne yerleştirilmesi istihdam ve hizmet görme şekilleri dönüştürmüştür. Döner sermaye modeline göre şekillenen hastane işletmecilik modeli yapısal borçluluk ve finansman problemleri ortaya çıkmasına neden

olmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin getirdiği özerk hastane yapıları uygulaması daha fazla sürdürülememiş eski merkezi yapıya geri dönüştürülmüştür.

Sağlıkta Dönüşüm Projesi sağlık emek gücünün temel maaşlarının düşük tutulmasına performansa dayalı olarak alınan değişken ücret kısmının önem kazanmasına neden olan performansa dayalı ödeme yönteminin kamu sağlık sistemine yerleşmesine neden olmuştur. Bir gelir artırma yöntemi olan hizmet başı ödeme yöntemi doğası gereği sağlık hizmeti üretimini artırmış ve sağlık sisteminde özellikle doktorların hizmet sunumunu dönüştürmüştür. TTB'ye göre performansa dayalı ödeme sağlık hizmetlerinin verimliliğin artırmamış, verimlilikte düşüslere, yeterli sağlık hizmeti üretimi için gerekli olan zamanın kısıtlanmasına, kamu sağlık hizmetinin niteliğinde düşüslere neden olmuştur.

Sağlıkta Dönüşüm Projesi Türk sağlık sisteminin finansmanını, sunumunu ve organizasyonu köklü bir şekilde dönüştürmüştür. Bunun sağlık harcamalarına yansması ise tedavi edici sağlık harcamalarında ve hastanecilik harcamalarında artış olarak ortaya çıkmıştır. Toplam sağlık harcamaları içinde tedavi edici sağlık harcaması oranı yüzde 70'e yükselmiştir.

Türk sağlık sisteminin geçirdiği dönüşüm neoliberal sağlık reformu uygulamalarının Türkiye'ye aynen uygulaması yoluyla gerçekleşmiştir. Sağlık hizmetlerini olabildiğince piyasa koşullarına uygun şekilde üretmek için uygulanan bu reform paketi sağlık harcamalarında devlet bütçesi sorumluluğunu azaltmış, sağlık harcamalarının bir kısmını özelleştirmiş, hastaneleri ticarileştirmiş, hastane içiğinde üretilen çok sayıda hizmeti taşeronlaştırmış, sağlık emek gücünün hizmet sunma yöntemini gelir artırıcı faaliyete dönüştürmüş, özel sağlık hizmeti sunumunu artırmış ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin bütüncül yapısını bozmuştur.

Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin reform uygulama sonuçlarını özetlenecek olursak GSS ve Kamu Hastane Birlikleri reformu uygulanmaz hale gelmiş ve çökmüştür. Kamu özel ortaklıklarıyla yürütülen projelerde ise ciddi yatırım maliyeti ve kira finansman riskleri bulunmaktadır. Bu projelerin yeniden değerlendirilerek kamu finansmanın önü açılmalıdır. Kullanıcı katkıları sağlık hizmeti kullanıcılarına mali yükttür ve Türk sağlık sisteminin kullanıcı katkıları olmadan finansmanı rahatlıkla sağlanmaktadır. Bu uygulamanın kaldırılması özellikle düşük gelir düzeyindeki toplum kesimlerinin gelir dağılımını iyileştirici etkisi olacaktır. Hastanelerin döner sermaye ile finansmanına devam etmesi ise hali hazırda çalışmayan bir modelde ısrar edilmesi anlamına gelmektedir. Hastanelerin gelir ve kar elde etmeye dayalı faaliyetlerden arındırılarak asıl işleri olan kamu sağlık hizmeti üretmelerine odaklanabilmelerini sağlayabilmek için bütçe kaynaklı finansmana geçişe ihtiyaç vardır. Sağlık hizmetlerinin üretiminde kullanılan dış kaynak yöntemlerinin yeniden gözden geçirilmesi, gereksiz sağlık hizmeti üretimini artıran ve istihdam yapısını bozan uygulamalardan

arındırılması gerekmektedir.

Türk sağlık sistemin yapısal problemleri vardır. Fakat çözüm olarak sunulan Sağlıkta Dönüşüm Projesi reformları sağlık sisteminin problemlerine çözüm olamamıştır. Türkiye’de sağlık reformu yapılırken vergi temelli sağlık hizmetleri finansmanı yöntemi düşünülmemiştir, birinci basamak sağlık hizmetlerini kuvvetlendirmesi bir yana mevcut kurumsal yapısı ortadan kaldırılmıştır. Türk Sağlık sisteminin vergi temelli finansmanı ve birinci basamak temel sağlık hizmetlerini esas alacak şekilde yeniden yapılandırılması Türk sağlık sistemi için alternatif bir reform modeli olarak düşünülmelidir.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin hem sağlık çıktılarını iyileştirdiği hem de sağlık harcamalarını düşürdüğü genel kabul gören görüştür. Türk sağlık sisteminin koruyucu sağlık hizmetlerini önceleyen, birinci basamak sağlık hizmetleri temelli, entegre hizmet anlayışı çerçevesinde yeniden reforme edilmesi bununla birlikte sağlığın sosyal belirleyicileri anlayışıyla paralel şekilde diğer sektörlerin ve toplumun aktif katılımının sağlanması gerekmektedir.

Özel sağlık hizmeti sektörünün sağlık sistemine katılımı açısından en bilinen sonuç özel sağlık harcamalarını artırıcı etkisi olduğudur ve bununla birlikte kamusal fonların belirli bir büyüklüğünün ise özel sektör tarafından kullanılmasına neden olmaktadır. Türk sağlık sisteminde özel sağlık hizmeti sunumunun yeniden değerlendirilmesine ihtiyaç vardır. Sağlığa ilişkin kamu harcamalarının devlet eliyle görülmesi sosyal devlet anlayışının gereğidir.

Türk sağlık sisteminde yeniden yapılandırılmasında meslek kuruluşlarının, toplum katılımının ve ilgili paydaşların görüşlerine başvurulması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin kamusal bir hizmet ve kamu sorumluluğunda, kamusal perspektifte sunulması için sağlık hizmetlerinin finansman yönteminde bütçe kaynaklı vergi gelirlerine başvurulması, sağlık hizmetlerinin vatandaşlık hakkı olarak görülüp ücretsiz olarak sağlanması Türkiye gibi gelişmekte olan bir ülke için gelir dağılımını iyileştirici, emek piyasasında istihdamı artırıcı etkisi olacaktır.

KAYNAKÇA

- Ağartan, T. (2007). “Sağlıkta Reform Salgını”. Ç. Keyder ve N. Üstündağ (Ed.), *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları*. İletişim Yayınları, İstanbul, 37-54.
- Akalın, G. (1986). *Kamu Ekonomisi*. A.Ü. SBF Yayınları, Ankara.
- Akalın, M. A. (2013). *Toplumcu Tıbbı Giriş*. Yazılama Yayınevi, İstanbul.
- Akdağ, R. (2008). *Sağlıkta Dönüşüm Programı: İlerleme Raporu*. Sağlık Bakanlığı Yayınları No:749, Ankara.
- Akdağ, R. (2012). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı: Değerlendirme Raporu (2003- 2011)*. Sağlık Bakanlığı Yayınları No:891, Ankara.
- Aksoy, B. (2013). “Sağlık Hakkı Bağlamında Sivil Toplum Örgütlerinin Eylemlerinin Sosyal Politikalara Katkıları”. 14. *Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Kongresi Bildiriler Kitabı*. 15-27 Mayıs 2012, İstanbul, 837-864.
- Alves, J., J. Peralta, S. ve Perelman, J. (2013). “Efficiency And Equity Consequences Of Decentralizationin Health: An Economic Perspective”. *Escola Nacional de Saúde Pública*, 31(1): 74-83.
- Altwater, E. (1984). “Neo-Liberal Karşı Devrimin Hiç de Gizli Olmayan Çekiciliği”. (Çev. N. Satlıgan). *İktisat Dergisi*, 241: 43-59.
- Applabaum, K. (2011). “Sağlıkta Küresel Pazarlama: İlaç Entrikaları”. L. Panitch ve C. Leys (Ed.), *Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları*. (Çev. U. Haskan). Yordam Kitap, İstanbul, 99-118.
- Arın, T. (2013). “Anayasal İktisat ve Refah Devleti: TİSK ve TÜSİAD’ın Asgari Devlet Raporlarının Eleştirisi”. C. Arın (Ed.), *Kriz, Devlet, İktisat Ve Sosyal Güvenlik Politikaları*. İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 266-322.
- Arın, T. (2013). “Kapitalist Düzenleme, Birikim Rejimi ve Kriz: Gelişmiş Kapitalizm”. C. Arın (Ed.), *Kriz, Devlet, İktisat Ve Sosyal Güvenlik Politikaları*. İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 28-58.
- Arın, T. (2013). “Sağlık Haklarının Emek Gücünün Meta Niteliği Üzerindeki Etkileri”. C. Arın (Ed.), *Kriz, Devlet, İktisat Ve Sosyal Güvenlik Politikaları*. İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 226-243.
- Arın, T. (2013). “Türkiye’de Kapitalizmin Bunalımları ve Devlet”. C. Arın. (Ed.), *Kriz, Devlet, İktisat Ve Sosyal Güvenlik Politikaları*. İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 3-25.
- Arrow, K. J. (1963). “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care”. *American*

- Economic Review*, 53(5): 941-973.
- Ataay, F. ve Kalfa C. (2008). “Yönetişim: Devlet-Toplum İlişkilerinde Yeni Bir Aşama”. *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 17(3): 229-240.
- Ataay, F. (2008). “Health Reform and Citizenship Rights”. *TODAIÉ's Review of Public Administration*, 2 (3) :199-217.
- Atabey, E. A. (2012). *Sağlık Sistemleri ve Politikaları*. Gazi Kitabevi, Ankara.
- Atasever, M. (2014). “Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi”. *Sağlık Bakanlığı Yayınları*, Ankara.
- Ayanoğlu, Y., Beylik, U. ve Orhan, F. “Tanı İlişki Gruplarına(DRG) Göre Hastaneler ve Ülkeler Arası Karşılaştırmalar: Vaka Örneği”. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(51): 273-290.
- Badura, B. ve Kickbusch, I. (1991). *Health Promotion Research: Towards A New Social Epidemiology*. WHO Regional Publications European Series No:37, Copenhagen.
- Bağımsız Sosyal Bilimciler. (2008). *2008 Kavşağında Türkiye: Siyaset, İktisat ve Toplum*. Yordam Kitap, İstanbul.
- Bağımsız Sosyal Bilimciler. (2012). *IMF Gözetiminde On Uzun Yıl: 1998-2008 Farklı Hükümetler Tek Siyaset*. Yordam Kitap, İstanbul.
- Bağımsız Sosyal Bilimciler. (2015). *AKP’li Yıllarda Emegın Durumu*. Yordam Kitap, İstanbul
- Balkan, N., Balkan, E. ve Öncü, A. (2013). *Neoliberalizm, İslamcı Sermayenin Yükseliş ve AKP*. Yordam Kitap, İstanbul
- Bankauskaite, V. ve Saltman B. R. (2007). “Central Issues İn The Decentralization Debate”. R. Saltman, V. Bankauskaite ve K. Vrangbæk (Ed.), *Decentralization İn Health Care*. Open University Press, Berskhire, 9-21.
- Barnum, H., Kutzin, J. ve Saxenian, H. (1995). “Incentives and Provider Payment Methods”. *International Journal of Health Planning and Management*, 10(1): 23- 45.
- Barr, N. (1989). “Social Insurance as an Efficiency Device”. *Journal of Public Policy*. 9(1): 59-82.
- Beckert, W. ve Collyer, K. (2016). “Choice in the Presence of Experts: The Role of General Practitioners in Patients Hospital Choice”. IFS Working Paper W16/21, London.
- Belek, İ. (1996). “Sağlıkta Özelleştirme: Hangi Dinamikler Belirleyici Oluyor?”. *TEB Haberler Dergisi*, Ocak-Şubat 1996, 8-11.
- Belek, İ. (1998). *Sınıf Sağlık Eşitsizlik*. Sorun Yayınları, İstanbul.
- Belek, İ. (2009). *Sağlığın Politik Ekonomisi*. Yazılama Yayınevi, İstanbul.
- Belek, İ. (2013). *Avrupa Sağlık Reformları*. Yazılama Yayınevi, İstanbul.

- Besley, T. ve Ghatak, M. (2003). "Incentives, Choice, And Accountability In The Provision Of Public Services". *Oxford Review Of Economic Policy*, 19(2): 235-249.
- Blöchliger, H. (2008). "Market Mechanisms in Public Service Provision". *OECD Economics Department Working Papers No. 626*, OECD Publishing, Paris.
- Boratav, K. (2002). *Türkiye İktisat Tarihi 1908-2002*. İmge Yayınları, Ankara.
- Borgonovi, E. ve Compagni, A. (2013). "Sustaining Universal Health Coverage: The Interaction of Social, Political, and Economic Sustainability". *Value In Health*, 16(1):34-38.
- Bulutay, T. (1982). "Rasyonallite ve Belirsizlik Üzerine". *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 37 (3): 25-60.
- Bulutoğlu, K. (1997). *Kamu Ekonomisine Giriş*. Filiz Kitabevi, İstanbul.
- Buso, M., Marty, F. ve Tran, P. P. (2017). "Public-Private Partnerships From Budget Constraints: Looking For Debt Hiding?". *International Journal of Industrial Organization*, 51: 56–84.
- Çalışkan, Z. (2008). "Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım". *H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 26(2): 29-50.
- Callinicos, A. (2007). *Toplum Kuramı*. (Çev. Y. Tezgiden). İletişim Yayınları, İstanbul.
- Campbell, A. (2014). "ABD’de Neoliberalizmin Doğuşu: Kapitalizmin Yeniden Örgütlenmesi". A. Saad-Filho ve D. Johnston (Ed.), *Neoliberalizm- Muhalif Bir Seçki*. (Çev: U. Haskan). *Yordam Kitap*, İstanbul, 305-324.
- Carrin, C. ve James, C. (2004). "Reaching Universal Coverage via Social Health Insurance: Key Design Features In The Transition Period". *WHO Press*, Geneva.
- Chanturidze, T ve Obermann, K. (2016). "Governance in Health: The Need for Exchange and Evidence". *Internatioanl Journal of Health Policy Management*, 5(8): 507-510.
- Christianson, J., Knutson, J. ve Mazze, R. (2006). "Physician Pay-For-Performance Implementation and Research Issues". *JGIM*, 21(2): 9-13.
- Christopher, D. (2010). "Understanding The Legacy: Health Financing Systems İn The USSR". J. Kutzin, C. Cashin, M. Jacob. (Ed.), *Implementing Health Financing Reform*. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 25-64.
- Coburn, D. (2011). "Eşitsizlik ve Sağlık". L. Panitch ve C. Leys (Ed.), *Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları*. (Çev. U. Haskan). *Yordam Kitap*, İstanbul, 54-73.
- Collins, C. ve Green, A. (1993). "Decentralization and Primary Health Care in Developing Countries: Ten Key Questions". *Journal of Management in Medicine*, 7(2): 58-68.

- Culyer, A. J. (1971). "The Nature Of The Commodity 'Health Care' And Its Efficient Allocation". *Oxford Economic Papers*, 3(2): 189–211.
- Dedeoğlu, N. (2009). "Dünya Sağlık Örgütü ve Sosyal Haklar". *Uluslararası Sosyal Haklar Sempozyumu Kitabı*. 27-28 Mayıs 2011, Bursa, 193-197.
- Dertli, N. (2015). "Genel Sağlık Sigortası ve Gelir Testi: Statü Eşitsizliğinden Gelir Eşitsizliğine". *Mülkiye Dergisi*, 39(3): 271-304.
- Doetinchem, O., Carrin, G. ve Evans, D. (2010). "Thinking Of Introducing Social Health Insurance? Ten Questions". *World Health Organization*, Geneva
http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/26_10Q.pdf (erişim tarihi: 09.03.2018).
- Doyal, L. ve Pennel, I. (1979). *The Political Economy of Health*. Pluto Press, London.
- Drager, N. ve Fidler, P. D. (2004). "Gats and Health Related Services: Managing Liberalization of Trade In Services From A Health Policy Perspective". *World Health Organization*, Geneva.
- Dredge, R. (2004). "Hospital Global Budgeting". Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper. *World Bank*, Washington.
- Dupas, P. (2012). "Global Health Systems: Pricing and User Fees" Stanford & NBER Prepared for the Elsevier Encyclopaedia of Health Economics
http://web.stanford.edu/~pdupas/Dupas_Pricing&UserFees.pdf (erişim tarihi: 03.02.2018).
- Duran, A. ve Saltman, R. (2013). "Innovative Strategies In Governing Public Hospitals". *Eurohealth Incorporating Euro Observer*, 19(1): 3-8.
- Dünya Bankası. (1987). "Financing Health Services in Developing Countries". *World Bank*, Washington.
- Dünya Bankası. (1993). "World Development Report: Investing In Health". *Oxford University Press*, Newyork.
- Dünya Bankası. (2013). "UNICO Studies Series 18 Toward Universal Coverage: Turkey's Green Card Program for the Poor". *World Bank*, Washington.
- Dünya Sağlık Örgütü. (2014). "Review Of Social Determinants and The Health Divide In The WHO European Region. Executive Summary". *WHO Regional Office for Europe*, Copenhagen.
- Dünya Sağlık Örgütü. (2005). "World Health Assembly Resolution: Sustainable Health Financing, Universal Coverage And Social Health Insurance".
<apps.who.int/medicinedocs/documents/s21475en/s21475en.pdf> (erişim tarihi:

22.04.2018).

- Dünya Sağlık Örgütü. (2000). “World Health Report 2000: Health System Improving Performance”. *World Health Organization*, Geneva.
- Eeckloo, K., Herck, G., Hulle, C. ve Vleugels, A. (2004). “From Corporate Governance To Hospital Governance. Authority, Transparency And Accountability Of Belgian Non-Profit Hospitals Board And Management”. *Health Policy*, 68 (1): 1–15.
- Ekmekçi, P. ve Arda, P. (2015). “Temel Etik Kuramlar Açısından Adalet Ve Sağlık Hakkı Kavramlarının Değerlendirmesi”. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 23(1):6-21.
- Erol, H. ve Özdemir, A. (2014). “Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi”. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 4(1): 9-34.
- Etiler, N. (2012). “The Outcomes of Neoliberal Policies on Health Workforce Employment Labour”. K. Lordoğu, D. Demirer ve İ. Şiriner (Ed.). *Markets & Employment*. IJOPEC Publication, London, 41-52.
- Feldstein, P. J. (2012). *Health Care Economics*. Delmar Cengage Learning, Newyork.
- Figueras, J., Robinson, R ve Jakubowski E. (2006). “Theories of Purchasing”. J. Figueras, R. Robinson ve E. Jakubowski (Ed.), *Purchasing To Improve Health Systems Performance*, Open University Press, Newyork, 44-82.
- Folland, S., Goodman, C. ve Stano, M. (2016). *The Economics of Health and Health Care*. Pearson International Edition, New York.
- Freeman, R. ve Moran. M. (2007). “Reforming Health Care In Europe”. *West European Politics*, 23(2): 35-58.
- Foubister, T., Thomson, S., Mossialos, E. ve McGuire, E. (2006). “Private Medical Insurance in the United Kingdom”. *World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies*, Copenhagen.
- Grady, M. (2011). “Health Inequalities And Fair Society”. 3. *Kent Ve Sağlık Sempozyumu Eşitsizlikler Kaçınılmaz Mıdır? Sempozyum Kitabı*. 27-28 Mayıs 2011, Bursa, 18-25.
- Geissler, A., Quentin, W., Scheller, D. ve Busse, R. (2011). “Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving Towards Transparency, Efficiency And Quality In Hospitals”. R. Busse, A. Geissler, W. Quentin ve M. Wil (Ed.), *Introduction To Drgs In Europe: Common Objectives Across Different Hospital Systems*. Open University Press, Berkshire, 9-22.

- Gilson, L., Russel, S. ve Buse, K. (1995). "The Political Economy of User Fees with Targeting: Developing Equitable Health Financing Policy". *Journal of International Development*: 7(3): 369-401
- Gottschalk, M. (2011). "Amerikan Sağlık Reformu ve Stockholm Sendromu". L. Panitch ve C. Leys (Ed.), *Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları*. (Çev. U, Haskan). Yordam Kitap, İstanbul, 15-42
- Greener, I. (2007). "Are The Assumptions Underlying Patients Choice Realistic?: A Review Of The Evidence". *British Medical Bulletin*, 83(1): 249–258.
- Groenewegen, P. P. (2007). "Doğru Avrupa'da Sağlık Reformu" Ç. Keyder ve N. Üstündağ (Ed.), *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları: Reform, Sorunlar ve Tartışmalar*. İletişim Yayınları, İstanbul, 125-140.
- Güzelsarı, S. (2003). "Neoliberal Politikalar ve Yönetişim Modeli". *Amme İdare Dergisi*, 36 (2):17-34
- Glassman, A., Giedion, U., Sakuma, Y. ve Smith, P. (2016). "Defining a Health Benefits Package: What Are the Necessary Processes?". *Health Systems & Reform*, 2(1): 39-50.
- Gottret, P. ve Schieber, G. (2006). *Health Financing Revisited*. World Bank, Washington.
- Görmüş, A. (2013). *Sağlık Sisteminde Dönüşüm ve Sağlık İnsan Gücü Üzerindeki Etkileri*. Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Guinness, L. ve Wiseman, V. (2011). *Introduction to Health Economics*. Open University Press, Virginia.
- Hall, D. (2003). "Multinational Corporations and the Pattern of Privatisation in Healthcare". K. Sen (Ed.), *Restructuring Health Services: Changing Contexts and Comparative Perspectives*. Zed Books, London, 77-92.
- Hamzaoglu, O. ve Yavuz, C. (2006). "Sağlıkta AKP'li Dönemin Bilançosu Üzerine". *Mülkiye Dergisi*, 252:275-296.
- Hamzaoglu, O. (2009). "Kapitalizmin Krizi ve Sağlık: Türkiye Örneği". *Toplum ve Hekim*, 24(1): 26-35.
- Hamzaoglu, O. (2013). "Dünyada Sağlık Reformu Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm: Gerçekler ve Belgeleri". *Toplum ve Hekim*, 28(3): 172-180.
- Hanson, K., Gilson, K., Goodman, C., Mills, A., Smith, R., Feachem, R., Feachem, N., Koehlmoos, T. ve Kinlaw, H. (2008). "Is Private Health Care the Answer to the Health Problems of the World's Poor?". *Plos Medicine*, 5(1): 1528-1533.
- Hardling, A. ve Preker, S. (2000). *Understanding Organizational Reforms The Corporatization of Public Hospitals*. World Bank Publications, Washington.

- Hardling, A. ve Preker, S. (2003). Innovations in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals. *World Bank*, Washington.
- Harvey, D. (2004). “Yeni Emperyalizm”. (Çev. H. Güldü). *Everest Yayınları*, İstanbul.
- Harvey, D. (2006). “NeoLiberalism As Creative Destruction”. *Geografiska Annaler: Series B, Human Geography*, 88(2): 145-158.
- Harvey, D. (2006). *Post Modernliğin Durumu*. (Çev. S. Savran). Metis Yayınları, İstanbul.
- Harvey, D. (2012). *Sermaye Muamması*. (Çev. S. Savran). Sel Yayınları, İstanbul.
- Hearne, R. (2009). “Origins, Development and Outcomes of Public Private Partnerships in Ireland: The Case of PPPs in Social Housing Regeneration”. Working Paper: Combat Poverty Agency. http://www.combatpoverty.ie/publications/workingpapers/2009-07_WP_PPPsInSocialHousingRegeneration.pdf (erişim tarihi: 22.01.2018).
- Hermann, C. (2011). “Avrupa’da Sağlık Hizmetleri Piyasalaşma Süreci”. L. Panitch ve C. Leys. (Ed.), *Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları*. Yordam Kitap, İstanbul, 143-162.
- Hood, C. (1995). “The New Public Management In The 1980S: Variations On A Theme”. *Accounting Organizations And Society*, 20(2-3): 93-109.
- Homedas, N. ve Ugalde, A. (2005). “Why Neoliberal Health Reforms Have Failed İn Latin America”. *Health Policy*, 71: 83–96.
- Hsu, J. (2010). “World Health Report Background Paper: The Relative Efficiency of Public And Private Service Delivery”. *World Health Organization*, London.
- Huynen, M., Martens, M. ve P. Hilderink, B. H. (2005). “The Health İmpacts Of Globalisation: A Conceptual Framework”. ICIS, Maastricht University, Report 550012007/2005, 1-76 <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/550012007.pdf> (erişim tarihi: 12.03.2018).
- İkiz, A. S. (2016). “Kamu ve Özel Kesim Sağlık Harcamaları ve İnsani Gelişme Endeksi İçin Türkiye Analizi”. *Türkiye Ekonomi Kurumu Uluslararası Ekonomi Konferansı Sempozyum Kitabı*, 20-22 Ekim 2016, Bodrum, 903-913.
- İsmail, S. (2013). “Factors Attracting the Use of Public Private Partnership in Malaysia”. *Journal of Construction in Developing Countries*, 18(1): 95–108.
- Jacobsson, F., Carstensen, J. ve Borgquist, L. (2005). “Caring Externalities İn Health Economic Evaluation: How Are They Related To Severity Of İllness?”. *Health Policy*. 73(2):172-82.
- Jacobs, B. ve Price, N. (2004). “The İmpact Of The İntroduction Of User Fees At A District Hospital İn Cambodia”. *Health Policy And Planning*, 19(5): 310-321.

- Jackson, P. (2001). "Public Sector Added Value: Can Bureaucracy Deliver?". *Public Administration*, 79(1) :5-28.
- James, C., Hanson, K., McPake, B., Balabanova, D., Gwatkin, D., Hopwood, I., Kirunga, C., Knippenberg, R., Meessen, B., Morris, S., Preker, A., Souteyrand, Y., Tibouti, A., Villeneuve, P. ve Xu, K. (2006). "To Retain Or Remove User Fees?: Reflections On The Current Debate İn Low- And Middle-Income Countries". *Applied Health Economics and Health Policy*, 5(3) :137-153.
- Jiménez, D. ve Smith, P. C. (2005). "Decentralisation Of Health Care And Its İmpact On Health Outcomes". Discussion Paper 05/10, Department of Economics, University of York. <https://www.york.ac.uk/media/economics/documents/discussionpapers/2005/0510.pdf> (erişim tarihi: 04.05.2018).
- Jooste, F. S. (2008). "A New Public Sector in Developing Countries". The Collaboratory for Research on Global Projects Stanford University Working Paper 36 https://gpc.stanford.edu/sites/default/files/wp036_0.pdf (erişim tarihi: 03.04.2018).
- Kassim, A. (2014). *Health System Financing Reforms And Its İmpact On Access To Health Care İn Low and Lower Middle Income Countries Of WHO European Region: A Systematic Review*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. University of Eastern Finland Institute of Public Health and Clinical Nutrition, Joensuu.
- Kobal, İ. ve Göktaş, M. (2013). "Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgi ve Enformasyon". *Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi*, 83: 45-50.
- Kalkınma Bakanlığı. (2017). *Kamu Özel İş birliği Raporu 2016*. Kalkınma Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- Kalkınma Bakanlığı. (2016). *Kamu -Özel İş birliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler 2015*. Kalkınma Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- Kalkınma Bakanlığı. (2015). *Sağlık Hizmetlerinin Etkinliğinin Artırılması ve Mali Sürdürülebilirlik ÖİK Raporu (ÖİK Rapor No:473)*. Kalkınma Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- Karahanoğulları, Y. (2012). "Neoliberal Popülizm: 2002-2010 Kamu Maliyesi, Finans ve Dış Ticaret Dengesi ve Siyaset". *Toplum ve Bilim*, 123: 116-145.
- Karahanoğulları, Y. ve Gürkan, C. (2014). "Neoliberalizmin Krizi ve Kamu Maliyesi". *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (27): 1-19.
- Karasu, M. (2011). "Sağlık Sektöründe KÖÖ". *Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Sempozyumu Kitabı*. 6-7 Mayıs 2011, Ankara, 164-231.

- Karasu, M. (2011). "Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-Özel Ortaklığı". *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 66(3):217-262.
- Keyder, Ç. (2007). "Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları: Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar: Giriş". Ç. Keyder ve N. Üstündağ (Ed.), *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları: Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar*. İletişim Yayınları, İstanbul, 15-36.
- Knaul, M. F., González-Pier E., Gómez-Dantés, O. ve García-Junco, D., (2012). "The Quest For Universal Health Coverage: Achieving Social Protection For All In Mexico". *Lancet*, 380: 1259-79.
- Kosticova, M. (2015). *Social Medicine*. Comenius University Publishing, Bratislava.
- Kutzin, J. (2008). "Health Financing Policy: A Guide for Decision-Maker". *WHO Regional Office for Europe*, Copenhagen.
- Labonte, R. ve Schrecker, T. (2009). "Globalization's Challenges to People's Health". R. Labonte, T. Schrecker, C. Packer ve V. Runnels (Ed.), *Globalization and Health: Pathways, Evidence and Policy*. Routledge, Newyork, 1-33.
- Lagarde, M. ve Palmer, N. (2011). "The Impact Of User Fees On Access To Health Services In Low and Middle-Income Countries (Review)". *The Cochrane Library*, (4):1-68.
- Lamba, M., Altan, Y., Akel, M. ve Kerman, U. (2014). "Sağlık Bakanlığı'nda Yeniden Yapılanma: Yeni Kamu Yönetimi Açısından Bir Değerlendirme". *Amme İdaresi Dergisi*, 7(1): 53-78.
- Langenbrunner, J. ve Wiley, M. (2002). "Hospital Payment Mechanisms: Theory And Practice In Transition Countries". M. Mckee ve J. Healy (Ed.), *Hospital in Changing Europe*, Open University Press, Buckingham, 150-176.
- Langenbrunner, J. Cashin, C. ve O'Dougherty, S. (2009). "What, How, and Who: An Introduction to Provider Payment Systems". J. Langenbrunner, C. Cashin ve S. O'Dougherty (Ed.), *Designing and Implementing Health Care Provider Payment System*, The World Bank, Washington, 1-26.
- Lapavitsas, C. (2013). "The Financialization Of Capitalism: Profiting Without Producing". *City: Analysis Of Urban Trends, Culture, Theory, Policy, Action*, 17(6): 792-805.
- Larson, J. (1991). *The Measurement of Health: Concepts and Indicators*. Greenwood Publishing Group, London.
- Larson, J. (1999). "The Conceptualization of Health". *Medical Care Research and Review*, 56(2): 123-126.
- Lawn, E., J. Rohde., J. Rifk, S., Were, M., Paul, V. ve Chopra, M. (2008). "Alma-Ata: Rebirth And Revision 1: Alma-Ata 30 Years On: Revolutionary, Relevant, And Time To

- Revitalise”. *Lancet*, 372: 917–27.
- Lethbridge, J. (2015). “Health Care Reforms and the Rise of Global Multinational Health Care Companies”. *Public Services International Research Unit (Psiru): Business Faculty, University of Greenwich*, London. <http://www.psir.org/sites/default/files/2015-05-H-Healthcarereforms&riseofglobalhealthcarecompanies.pdf> (erişim tarihi: 14.02.2018).
- Leys, C. (2007). “Piyasa ile Politika Arasında Sağlık Hizmetlerinin Konumu” Ç. Keyder ve N. Üstündağ (Ed.), *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları*. İletişim Yayınları, İstanbul, 95-110.
- Leys, C. (2011). “Sağlık ve Kapitalizm”. L. Panitch ve C. Leys. (Ed), *Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları*. (Çev: U. Haskan). Yordam Kitap, İstanbul, 15-42.
- Leoepky, R. (2011). “Kusursuz Servet: Sağlık Endüstrisinde Sermaye Birikimi”. L. Panitch ve C. Leys (Ed.). *Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları*. (Çev. U. Haskan). Yordam Kitap, İstanbul, 74-99.
- Liaropoulos, L. ve Goranitis, I. (2015). “Health Care Financing and The Sustainability Of Health Systems”. *International Journal for Equity in Health*, 14:1-4
- Lichty, R. W. (2005). “Lecture on James O'Connor, The Fiscal Crisis of the State”. <http://www.d.umn.edu/~rlichty/Radical%20Lectures/radlec10.pdf> (erişim tarihi: 23.04.2018).
- Lindlbauer, I., Winter, V. ve Schreyögg, J. (2016). “Antecedents and Consequences of Corporatization: An Empirical Analysis of German Public Hospitals”. *Journal of Public Administration Research And Theory*, 309–326.
- Lister, J. (2006). “Globalization and Health Systems Change”. *Globalization and Health Knowledge Network: Research Papers*, Canada's University, Ottawa.
- Lister, J. ve Labonte, R. (2009). “Globalization and Health System Change” R. Labonte., T. Schrecker., C. Packer ve V. Runnels (Ed.), *Globalization and Health: Pathways, Evidence and Policy*, Routledge, Newyork, 181-213.
- MacEwan, A. (2014). “Neoliberalizm ve Demokrasi: Piyasa İktidarına Karşı Demokratik İktidar”. A. Saad-Filho. ve D. Johnston (Ed.). *Neoliberalizm- Muhalif Bir Seçki*. Yordam Kitap, İstanbul, 305-324.
- Mannion R. ve Davaies H. (2007). “Payment For Performance İn Health Care”. *BMJ*, 336(7639): 306-308.
- Marriott, A. (2009). “Blind Optimism: Challenging The Myths About Private Health Care İn Poor Countries”. Oxfam Briefing Paper 125 6(1): 1-55.

- https://d1tn3vj7xz9fdh.cloudfront.net/s3fs-public/file_attachments/bp125-blind-optimism-0902_14.pdf (erişim tarihi: 22.03.2018).
- Marshall, T. H. (2006). “Yurttaşlık ve Sosyal Sınıf”. A. Buğra ve Ç. Keyder (Ed.). *Sosyal Politika Yazıları*. İstanbul: İletişim Yayınları, 19-32.
- Mauro, M., Maresso, A. ve Guglielmo, A. (2017). “A. Health Decentralization At A Dead-End: Towards New Recovery Plans For Italian Hospitals”. *Health Policy*, 121: 582–587.
- McDonnell, O., Lohan, M., Hyde, A. ve Porter, S. (2009). *Social Theory, Health and Healthcare*. Palgrave Macmillan, Hampshire.
- McKee, M. Edwards, N. ve Atun, R. (2006). “Public–Private Partnerships For Hospitals”. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(11): 890-895.
- Mills, A. (1997). “Improving the Efficiency of Public Sector Health Services in Developing Countries: Bureaucratic Versus Market Approaches”. C. Colclough (Ed.), *Marketizing Education and Health In Developing Countries*. Oxford University Press, Newyork, 245-275.
- Missoni, E. (2013). “Understanding the Impact of Global Trade Liberalization on Health Systems Pursuing Universal Health Coverage”. *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 16(1): 14-18.
- Mohamed, N.S. B. (2016). *Devolution Of Health Services A Study Of The Implementation Of decentralization In Khartoum Locality, Sudan*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Oslo Üniversitesi Toplum ve Sağlık Enstitüsü, Oslo.
- Mooney, G. (2013). *Ulusların Sağlığı*. (Çev. C. Terzi). Yordam Kitap, İstanbul.
- Mossialos E. ve Dixon A. (2002).” Funding Health Care: An Introduction”. Mossialos E. (Ed.), *Funding Health Care: Options for Europe* Buckingham & Philadelphia: Open University Press, 1-30
- Muschell, J. (1995). “Privatization İn Health. Health Economics Technical Briefing Note”. World Health Organization, Geneva http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/58523/1/WHO_TFHE_TBN_95.1.pdf (erişim tarihi: 19.03.2018).
- Mutluer, M. K., Kesik, A. ve Öner, E. (2013). *Teoride ve Uygulamada Kamu Maliyesi*. İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul.
- Mühlenkamp, H. (2014). “Public-Private Partnerships and Government Debt”. CESifo DICE Report 3/Forum, <http://www.cesifo-group.de/DocDL/CESifoDICEreport314.pdf> (erişim tarihi: 25.03.2018).

- Mwbau, G. (1997). "User Charges for Health Care: A Review of the Underlying Theory and Assumptions". Working Paper 127, World Institute for Development Economics Research. <https://www.wider.unu.edu/sites/default/files/WP127.pdf> (erişim tarihi: 17.01.2018).
- Navarro, V. (1989, "Why Some Countries Have National Health Insurance, Others Have National Health Services, and United States Neither?". *Social Science Medicine*, 28(9): 887-898.
- Navarro, V. (1998). "A historical Review (1965-1997) of Studies On Class, Health and Quality of Life". *International Journal of Health Services*, 28(3): 389-406.
- Normand, C. ve Busse, R. (2002). "Social Health Insurance (SHI) Financing". E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras ve J. Kutzin (Ed.), *Funding Health Care: Options for Europe*. Open University Press, Buckingham, 59-79.
- Nordgren, L. (2010). "Journal Of Health Organization And Management Emerald Article: Mostly Empty Words- What The Discourse Of "Choice" In Health Care Does". *Journal Of Health Organization And Management*, 24(2): 109-126.
- Noy, S. (2017). *Banking on Health: The World Bank and Health Sector Reform in Latin America*. Palgrave Macmillan, Laramie.
- OECD. (2008). *OECD Reviews of Health Systems: Turkey*. World Bank, Washington.
- OECD. (2008). *Public-Private Partnerships In Pursuit of Risk Sharing and Value for Money*. OECD Publication, Paris.
- OECD. (2014). "OECD Reviews of Health Care Quality: Turkey 2014". *OECD Publishing*, Washington.
- Omar, M. (2002). "Health Sector Decentralization In Developing Countries: Unique Or Universal?". *World Hospital Service*, 38 (2): 24-30.
- Omay, U. (2009). "Sosyal Hakların Manipülasyonu: Sosyal Haklar Kapitalizmin Hizmetinde mi?". *Uluslararası Sosyal Haklar Sempozyumu Kitabı*, 22-23 Ekim, Antalya, 125-133.
- Öniş, Z. ve Şenses, F. (2005). "Rethinking the Emerging Post-Washington Consensus". *Development and Change*, 36(2): 263-290.
- Ongun, M. T. (2002), "Türkiye’de Cari Açıklar ve Ekonomik Krizler". Ö. Çolak (Ed.), *Kriz ve IMF Politikaları*. Alkım Yayınevi, İstanbul
- Or, Z., Cases, C., Lisac, M., Vrangbaek, K., Winblad, U. ve Bevan G. (2010). "Are Health Problems Systemic? Politics Of Access And Choice Under Beveridge And Bismarck Systems". *Health Economics, Policy and Law*, 5: 269-293.
- Öngen, T. (2007). "Yuvarlak Masa: Yakın ve Uzak Gelecekte Dünya, Türkiye ve Sağlık".

- Toplum ve Hekim*, 22(3): 226-238.
- Özüğürlü, Y. (2005). “Kamu Harcamalarının Bölüşüm İlişkileri Üzerine Etkisi: Türkiye Açısından Bir Değerlendirme”. *Ekonomik Yaklaşım*, 16(55): 69-88.
- Pala, K. (2014). “Neoliberal Sağlık Reformlarının Etkisi: Kamu Hastanelerinin Finansman Yapısı Değişiyor” *Toplum ve Hekim*, 29(6):414-429.
- Palmer, N. (2000.) “The Use Of Private-Sector Contracts For Primary Health Care: Theory, Evidence And Lessons For Low-Income And Middle-Income Countries”. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6): 821-829.
- Pamuk, Ş. (2014). *Türkiye’nin 200 Yıllık İktisadi Tarihi*. Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, İstanbul.
- Preker, A., Harding, A. ve Travis, P. (2000). “Make Or Buy”. Decisions In The Production Of Health Care Goods And Services: New Insights From Institutional Economics And Organizational Theory”. *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (6): 779-790.
- Ranerup, A. ve Noren, L. (2015). “How Are Citizens’ Public Service Choices Supported In Quasi-Markets”. *International Journal of Information Management*, 35: 527-537.
- Rensburg, J. A, Rau, A. Fourie, P. ve Bracke, P.(2016). “Power and Integrated Health Care: Shifting from Governance to Governmentality”. *International Journal of Integrated Care*, 16(3):1-11.
- Roberts, M., Hsiao, M. ve Reich, M. (2010). “Sağlık Reformlarının Doğru Yapılması”. *Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü*, Ankara.
- Robinson, R. Jakubowski E. ve Figueras, J. (2 006). “Organization Of Purchasing In Europe”. J. Figueras, R. Robinson, E. Jakubowski (Ed.), *Purchasing To Improve Health Systems Performance*. Open University Press, Newyork, 3-44.
- Roemer, M. (1993). “National Health Systems Throughout the World”. *Annual Review of Public Health*, 13: 335-353
- Rosen, H. ve. Gayer, T. (2010). *Public Finance*. McGraw-Hill, New York.
- Rumbold, B., Baker, R. ve Octavio, F. (2017). “Universal Health Coverage, Priority Setting, And The Human Right To Health”. *Lancet*, 390:712-714.
- Robinson, J. (2001). “Theory and Practice in the Design of Physician Payment Incentives”. *Milbank Q*, 79(2):149-77.
- Rechel, B., Wright, S., Edwards, N., Dowdeswell, B. ve M, McKee (Ed) (2009). *Introduction: Hospitals within A Changing Context*. World Health Organization, Copenhagen

- Sağlık Bakanlığı. (2017). *Faaliyet Raporu 2017*. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Yayın No:1092, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2017). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. Sağlık Bakanlığı Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Sağlık Sen. (2016). *Döner Sermayeli Sağlık İşletmeleri: Tespit ve Öneriler (Rapor No: 35)*. Sağlık Sen Yayınları, Ankara.
- Saltman, R ve Duran, A. (2016). “Governance, Government, and the Search for New Provider Models”. *Internatioanl Journal of Health Policy Management*, 5(1): 33–42.
- Saltman, R. ve Duran, A. (2011). “Introduction: İnnovative Governance Strategies İn European Public Hospitals”. R. Saltman, A. Duran H. ve Dubois, H. (Ed.), *Governing Public Hospitals*, World Health Organization, Copenhagen, 1-14.
- Saltman, R., Duran, A. ve Dubois, H. (2011). “A Framework For Assessing Hospital Governance”. R. Saltman., A. Duran H. ve Dubois (Ed.), *Governing Public Hospitals*, World Health Organization, 35-54.
- Saltman, R. C. ve Bankauskaite, V. (2006). “Conceptualizing Decentralization İn European Health Systems: A Functional Perspective”. *Health Economics, Policy and Law*, 1: 127–147.
- Saltman, R. C., Bankauskaite, V. ve Vrangbæk, K. (2007). “Introduction: The Question Of Decentralization”. R. Saltman., V. Bankauskaite ve K. Vrangbæk (Ed.), *Decentralization İn Health Care*, Open University Press, Berskhire, 1-6.
- Saltman, R. (2004). “Social Health Insurance İn Perspective: *The Challenge Of Sustaining Stability*”. R. B. Saltman., R. Busse ve J. Figueras. (Ed.), *Social Health Insurance Systems İn Western Europe*, Open University Press, Berkshire, 3–20.
- Santerne, R. E. ve Neun, S. P. (2010). *Health Economics: Theory, Insights and Industry Studies. South-Western*. Cengage Learning, Ohio.
- Sargutan, E. (2005). “Sağlık Sektöründe Hizmet Talebi” *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3): 431-454.
- Savaşkan, O. (2007). “Neoliberalizm ve Yeni Sosyal Politika Ortamı: Türkiye’de Çalıştırma Programları ve Emek Piyasaları”. *10. Ulusal Sosyal Bilimler Kongresi Metinleri*. Yordam Kitap, İstanbul: 205-223.
- Schneider, U. (2003). “Asymmetric Information and the Demand for Health Care – the Case of Double Moral Hazard”. *University of Bayreuth Economics Discussion Paper, No. 02-03*.

- Scheller, D. Geissler, A. ve Buss, R. (2009). "The ABC of DRGs". *The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies*, 11(4):1-4.
- Şenatarlar, B. (2003). "Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış". *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*. 25 (4): 25-30.
- Schmidt, H., Selten, R. ve Wiesen, D. (2011). "How Payment Systems Affect Physicians' Provision Behaviour An Experimental Investigation". *Journal of Health Economics*, 30: 637- 646.
- SGK. (2016). *2017-2019 Stratejik Planı*. SGK Yayınları, Ankara.
- Siddiqi, S., Masud, T. ve Sabri, B. (2006). "Contracting But Not Without Caution: Experience With Outsourcing Of Health Services İn Countries Of The Eastern Mediterranean Region". *Bulletin of the World Health Organization*, 84: 867-875.
- Smith, R., Chanda, R. ve Tangcharoensathien, V. (2009). "Trade İn Health-Related Services". *The Lancet*, Volume 373 (9663): 593- 601.
- Sirgy, M. J., Lee, D. J. ve G, B. Yu. (2011). "Consumer Sovereignty in Healthcare: Fact or Fiction?". *Journal of Business Ethics*, 101: 459-474.
- Staible, M. ve Thomson, S. (2014). "The Changing Role of Government in Financing Health Care: An International Perspective". *LIEPP Working Paper*, <http://www.nber.org/papers/w19439.pdf> (erişim tarihi: 12.01.2018).
- Stiglitz, J. E. (1994). *Kamu Kesimi Ekonomisi*. (Çev. Ö.F. Batırel). Marmara Üniversitesi: İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Yayınları, İstanbul.
- Stiglitz, J. E. (2002). *Küreselleşme: Büyük Hayal Kırıklığı* (Çev. A. Taşoğlu ve D. Vural). Plan P, İstanbul.
- Stiglitz, J. E. (2001). "Information And The Change In The Paradigm In Economics". *Nobel Prize in Economics Ddocuments 2001-8, Nobel Prize Committee*.
- Soyer, A. (2011). "1980'den Günümüze Sağlık Politikaları". *Praksis*, 9: 301-319.
- Soyer, A. (2009). "Sağlıkta Dönüşüm'ün Neresindeyiz? Bundan Sonra, Bizi Neler Bekliyor?". *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 179-182.
- Sönmez, M. (2011). *Paran Kadar Sağlık: Türkiye'de Sağlıkın Ticarileşmesi*, Yordam Kitap, İstanbul.
- Sönmez, S. (1987). *Kamu Ekonomisi Teorisi*. Teori Yayınlar, Ankara.
- Sözer, N. A. (2013). "Sağlıkta Yeniden Yapılanmanın (Özelleştirmenin) Devamı Olarak Şehir Hastahaneleri". *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 15: 215-253.
- Sülkü, S. N. (2011). "Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları". *T.C. Maliye Bakanlığı*

- Strateji Geliştirme Başkanlığı Yayınları*, Yayın No:2011/411, Ankara.
- Stone, D. (1997). "The Doctor as Businessman: The Changing Politics of a Cultural Icon". *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 22 (2): 533-556.
- Tambor, M., Pavlova, M., Golinowska, S. ve Groot, W. (2015). "Can European Countries Improve Sustainability Of Health Care Financing Through Patient Cost-Sharing". *Front Public Health*, 3: 196.
- Tambulasi, R. I. C. (2013). "Health Sector Decentralization in Malawi". P. Carroll ve R. Common (Ed.), *Policy Transfer and Learning in Public Policy and Management: International*, Routledge, 80-100.
- Tatar M. ve Tatar F. (1997). "Sağlığın Ölçülmesi: Kavramsal Bir Çerçeve". *Toplum ve Hekim*, 12(78): 54-61.
- Tatar, M. (2011). "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi". *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1): 103-133.
- Tatar, M., Mollahaliloğlu, S., Sahin, B., Aydın, S., Maresso, A. ve Hernández-Quevedo, C. (2011). "Turkey: Health System Review". *Health System in Transition*, 13(6):1-186.
- Terzi, C. (2014). "Türkiye’de Sağlıkta Neoliberal Saldırı: Sağlıkta Dönüşüm Programı". *Ulusların Sağlığı: Yeni Bir Ekonomi Politike Doğru*, Yordam Kitap, İstanbul, 275-318.
- Thomson, S., Foubister, T. ve Mossialos, E. (2009). "Financing Health Care İn The European Union" *World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies*, Copenhagen.
- Thomson, S. ve Mossialos, E. (2010) "Private Health Insurance and The Internal Market". E. Mossialos, G. Permanand, R. Baeten ve T. Tamara (Ed.), *Health Systems Governance in Europe: the Role of EU Law and Policy*. *Cambridge University Press*, Cambridge, 419-460.
- Topcuk, Y. (2011). "Genel Sağlık Sigortasının Temelleri, Sunumu Ve Denetimi Genel Sağlık Sigortasının Temelleri, Sunumu ve Denetimi". *Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi*, 74: 29-41.
- Torchia, M., Calabrò, A. ve Morner, M. (2015). "Public Private Partnerships in the Health Care Sector: A Systematic Review of The Literature". *Public Management Review*, 17(2): 236–261.
- TTB. (2005). "Genel Sağlık Sigortası: Türk Tabipler Birliği Görüşleri". *Türk Tabipleri Birliği Yayınları*, Ankara.
- TTB. (2007). *Kentlerde Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım*. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.

- TTB. (2008). *Sosyal Güvenlikte Hak Kaybı Dönemi*. Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara.
- TTB. (2012). *Hizmet Başı Ödeme Çalıştayı Kitabı*. Bursa Tabip Odası Yayınları, Bursa.
- TTB. (2018). *Sağlıkta Dönüşüm Programı Çöktü: Genel Sağlık Sigortası: Ne Dediler, Ne Oldu*. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.
- Turan, N. (2014). “Mali Şeffaflık ve Kamu Mali İstatistikleri Açısından Koşullu Yükümlülükler Bakış”. *Sayıştay Dergisi*, 95:5-27.
- Türkay, M. (1997). “Konjonktürel Bir Kavram Olarak Müdahale ve Gelişme iktisadi”. *İktisat Dergisi*, 366-367: 29-35.
- Tynkkynena, L. K., Keskimäki, I. ve Lehto, J. (2013). “Purchaser–Provider Splits İn Health Care The Case of Finland”. *Health Policy*, 111: 221-225.
- Ulutaş, Ü. (2011). *Türkiye’de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü*. NotaBene, Ankara.
- Uğurluoğlu, E. ve Özgen, H. (2008). “Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet”. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2): 134-160.
- UNRISD. (2007). “Commercialization and Globalization of Health Care: Lessons from UNRISD Research”. UNRISD Research and Policy Brief 7 [http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/\(httpAuxPages\)/7C04740AD2852A4AC12573E6002E24DC/\\$file/RPB7e.pdf](http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/(httpAuxPages)/7C04740AD2852A4AC12573E6002E24DC/$file/RPB7e.pdf) (erişim tarihi: 12.03.2018).
- Ünsal, E. (2001). *Mikro İktisat*. İmaj Yayıncılık, Ankara.
- Vrangbæk, K. (2007). “Towards A Typology For Decentralization İn Health Care”. R. Saltman, V. Bankauskaite ve K. Vrangbæk (Ed.), *Decentralization İn Health Care*. Open University Press, Berskhire, 44-76.
- Victoor, A., Delnoij, A., Friele, R. ve Rademakers, J. (2012). “Determinants Of Patient Choice Of Healthcare Providers: A Scoping Review”. *BMC Health Services Research*, 12 (272):1-16.
- Wadge, H., Roy, R., Sripathy, A., Fontan, G., Marti, J. ve Darzi, A. (2017). “How To Harness The Private Sector For Universal Health Coverage”. *Lancet*, 390:19-20.
- Waitzkin, H. (2003). “Report of The WHO Commission On Macroeconomics And Health: A Summary And Critique”. *Lancet*, 361: 523–26.
- Whitehad, M. (1992). “The Concept and Principle of Equit and Health”. *Internatioanal Journal of Health Service*, 22(3): 429–445.
- Wolf, H. A ve Toebeş, B. (2016). “Assessing Private Sector Involvement in Health Care and Universal Health Coverage in Light of the Right to Health”. *Health and Human Right Journal*, 18(2):79-92.

- Wagstaff, A. (2009). *Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems Evidence from the OECD*. Development Research Group, Policy Research Working Paper 4821, World Bank, Washington.
- Yeldan, E. (2002). “Neoliberal Küreselleşme İdeolojisinin Kalkınma Söylemi Üzerine Değerlendirmeler”. *Praksis*, 7: 19-34
- Yılmaz, V. ve Yentürk, N. (2015). “Türkiye’de Sağlık Harcamalarına Tarihsel Bir Bakış”. İstanbul Bilgi Üniversitesi Sivil Toplum Çalışmaları Merkezi stk.bilgi.edu.tr/media/uploads/2015/11/08/saglikHarcamalari.pdf (erişim tarihi: 19.01.2018).
- Yaşar, G. Y. (2015). “Türkiye’de Sağlık Güvencesinin Neresindeyiz?”. G. Yaşar ve A. Göksel (Ed.), *Türkiye’de Sağlık Siyaset Piyasa*, NotaBene, Ankara, 85-124.
- Zencir, M. (2012). “Sağlık Reformlarının Arka Planı: Sağlık Hizmetlerinin Sermaye Birikim Sürecine Doğrudan Katkısı”. *Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 49-58.

İnternet Kaynakları

- British Medical Association., (2007). “The Right To Health: A Toolkit For Health Professionals”. <https://www.bma.org.uk/-/media/files/.../righttohealth.pdf> (erişim tarihi: 20.05.2018).
- Açıkgöz, M., (2018). “Türkiye Sosyal Güvenlik Sisteminin Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası”. 4. Uluslararası Sağlık Yönetimi Kongresi Sunum. www.saglikyonetimi2018.org/Webkontrol/uploads/Fck/AHMET_ACIKGOZ_1.pdf (erişim tarihi: 13.04. 2018).
- Aktan, C. A., “Buchanan ve Kamu Tercihi Teorisi”. http://www.canaktan.org/ekonomi/anayasal_iktisat/buchanan-life-legacy/turkce-kaynaklar/buchanan-kamu-tercihi.htm (erişim tarihi: 03.02.2018).
- Altuğ, M., (2018). “Özel Sağlık Sektörü Açısından Hastane Finansmanı Prosedür”. *Uluslararası Sağlık Yönetimi Kongresi Sunum* www.saglikyonetimi2018.org/Webkontrol/uploads/Fck/MEHMET_ALTUG.pdf (erişim tarihi: 03.03. 2018).
- Deloitte., (2015). “Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortası Dünya Uygulamalarından Örneklerin İncelenmesi ve Türkiye için Öneriler Raporu”. [https://www.tsb.org.tr/Document/Yonetmelikler/20151023_tamamlay%C4%B1c%C4%B1_Sa%C4%9Fl%C4%B1k_Sigortas%C4%B1-Final%20\(1\).pdf](https://www.tsb.org.tr/Document/Yonetmelikler/20151023_tamamlay%C4%B1c%C4%B1_Sa%C4%9Fl%C4%B1k_Sigortas%C4%B1-Final%20(1).pdf) (erişim tarihi: 27.04.2018).

Demircan, A., (2017). “T. C. Sağlık Bakanlığı 2018 Yılı Bütçe Sunumu”.

<https://sgb.saglik.gov.tr/haberler/t-c-saglik-bakanligi-2018-yili-butce-sunumu-tbmm-plan-ve-butce-komisyonu> (erişim tarihi: 19.04.2018)

Dünya Sağlık Örgütü., (2002). “Human Rights 25 Questions And Answers”.

www.who.int/hhr/NEW37871OMSOK.pdf (erişim tarihi: 10.01. 2018).

Dünya Gazetesi., “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Nedir, Kimler Yararlanabilir?”

<https://www.dunya.com/kose-yazisi/tamamlayici-saglik-sigortasi-nedir-kimler-yararlanabilir/346118> (erişim tarihi: 27.04.2018).

Emek, U., “Entegre Sağlık Kampüslerinde/Şehir Hastanelerinde Maliyet Hesabını Birde Benden Dinleyin: Bilkent Şehir Hastanesi”.

<http://uemek.blogspot.com.tr/2017/01/entegre-saglik-kampuslerinde-sehir.html> (erişim tarihi: 05.04.2018).

Emek, U., “Bilkent Şehir Hastanesinin Gerçek Değeri-II”.

<http://uemek.blogspot.com.tr/2017/01/bilkent-sehir-hastanesinin-gercek.html> (erişim tarihi: 05.04.2018).

Emek, U., “Hastanelerde Ölçek Ve Kuruluş Yeri Seçimi Sorunu: Bilkent Şehir Hastanesi Örneği”.

<http://uemek.blogspot.com.tr/2017/09/hastanelerde-olcek-ve-kurulus-yeri.html> (erişim tarihi: 05.04.2018).

Eğilmez, M., “Yap İşlet Devret ve Hazine Garantisi”.

<http://www.mahfiegilmez.com/2014/04/yap-islet-devret-ve-hazine-garantisi.html> (erişim tarihi: 17.03.2018).

Global Health Watch., (2018). “Approaches To Health Care”.

<http://www.ghwatch.org/sites/www.ghwatch.org/files/B1.pdf> (erişim tarihi: 23.02.2018).

Habertürk Gazetesi., “Çekim Kotasını Doldurmak İçin 24 Saat Açık”.

<http://www.haberturk.com/tv/burasi-turkiye/haber/1717371-turkiye-mr-taramasinda-dunya-lideri-manyetik-rezalet> (erişim tarihi: 15.03.2018).

Habertürk Gazetesi., “30 Haziran’da Sağlık Hizmeti Bitiyor”.

<http://www.haberturk.com/ekonomi/is-yasam/haber/1214846-30-haziranda-saglik-hizmeti-bitiyor> (erişim tarihi: 15.03.2018).

Hekim Postası., “Tıp Fakültesi Kontenjanı 13 Bin 683 Oldu”.

<http://www.hekimpostasi.org.tr/2017/08/20/tip-fakultesi-kontenjani-13-bin-683-oldu/> (erişim tarihi: 18.03.2018).

Hürriyet Gazetesi., “Genel Sağlık Sigortası Primleri Silinmeye Başladı”.

<http://www.hurriyet.com.tr/ekonomi/genel-saglik-sigortasi-prim-borclari-silinmeye-baslandi-40115058> (erişim tarihi: 21.01.2018).

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi., www.unicankara.org.tr/doc_pdf/h_rigths_turkce.pdf (erişim tarihi: 19.4.2018).

Kalkınma Bakanlığı., (2018). “Kamu Özel İş birliği ile Yürütülen Projeler”. <https://koi.kalkinma.gov.tr/> (erişim tarihi: 04.04.2018).

Maliye Bakanlığı., “Döner Sermaye İstatistikleri”. <https://dmis.muhasabat.gov.tr/doner-sermaye-istatistikleri.php> (erişim tarihi: 20.05.2018).

OECD., (2018). “Unemployment Rate”. <https://data.oecd.org/unemp/unemployment-rate.htm> (erişim tarihi: 20.04.2018).

Resmî Gazete., (2014). “Hazine Müsteşarlığı Tarafından Gerçekleştirilecek Borç Üstlenimi Hakkında Yönetmelik”. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/04/20140419-12.htm> (erişim tarihi: 15.04.2018).

Resmî Gazete., (2011). “Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Gelir Tespiti, Tescil ve İzleme Sürecine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik”. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/12/20111228-7.htm> (erişim:22.02.2018).

Resmî Gazete., (2011). “663 Nolu KHK: Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname”. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm> (erişim tarihi: 16.03.2018).

Resmî Gazete., (2006). “Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu”. www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/05/20060520-2.htm (erişim tarihi: 27.04.2018).

Pala, K., (2017). “Şehir Hastanelerinin Yüksek Maliyeti Gizleniyor”. <https://bianet.org/bianet/siyaset/183006-sehir-hastanelerinin-yuksek-maliyeti-izleniyor> (erişim tarihi: 12.04.2018).

SGK., (2018). “Kayıt Dışı İstihdam Oranları”. http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/calisan/kayitdisi_istihdam/kayitdisi_istihdam_oranlari/kayitdisi_istihdam_orani (erişim tarihi: 12.03.2018).

SGK., (2013). *Genel Sağlık Sigortası*. T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Yayın No: 79, Ankara http://www.sgk.gov.tr/yayinlar/11_saglik_sigorta_nisan_8.pdf (erişim tarihi: 23.03.2018).

SGK., (2012). “Tamamlayıcı veya Destekleyici Sağlık Sigortası Uygulamaları Genelge”. 2012/25 <https://khgm.saglik.gov.tr/Dosyalar/f0ef3ac2b8ea4751981e364f52af71e7.pdf>

(erişim tarihi: 23.04.2018)

Sayıştay., (2014). “Sosyal Güvenlik Kurumu 2013 Yılı Sayıştay Denetim Raporu”.

https://www.sayistay.gov.tr/tr/Upload/62643830/files/raporlar/kid/2013/Sosyal_G%C3%BCvenlik_Kurumlar%C4%B1/SOSYAL%20G%C3%9CVENL%C4%B0K%20KURUMU.pdf (erişim tarihi: 12.03.2018).

Sayıştay. (2017). “Sosyal Güvenlik Kurumu 2016 Yılı Sayıştay Denetim Raporu”.

https://www.sayistay.gov.tr/tr/Upload/62643830/files/raporlar/kid/2016/Sosyal_G%C3%BCvenlik_Kurumlar%C4%B1/SOSYAL%20G%C3%9CVENL%C4%B0K%20KURUMU.pdf (erişim tarihi: 22.03.2018).

Sayıştay., (2017). “Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu 2016 Yılı Sayıştay Denetim Raporu”.

https://www.sayistay.gov.tr/tr/Upload/62643830/files/raporlar/kid/2016/Genel_B%C3%BCt%C3%A7e_Kapsam%C4%B1ndaki_%20Kamu_%C4%B0dareleri/T%C3%9CRK%C4%B0YE%20KAMU%20HASTANELER%C4%B0%20KURUMU.pdf (erişim tarihi: 04.03.2018).

Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği. (SUT)., (2018).

<http://hastane.ege.edu.tr/duyurular/UT/2018.02.04/2018.02.04%20De%C4%9Fi%C5%9Fiklik%20Tebli%C4%9Fi%20i%C5%9Flenmi%C5%9F%20g%C3%BCncel%20013%20SUT.docx> (erişim tarihi: 23.04.2018).

Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu., (2006). Resmî Gazete, 2006/26173

www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/05/20060520-2.htm (erişim tarihi: 12.04.2018).

Sürekli Tıp Eğitim Dergisi. (2011). “On Soru On Yanıt: 24 Nolu Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”. <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0301/9.html> (erişim tarihi: 05.04.2018).

TBBM., (2017). “Bakanlığa Bağlı Çalışan Taşeron İşçiler İlişkin Soru Önergesi”.

<http://www2.tbmm.gov.tr/d24/7/7-52887sgc.pdf> (erişim tarihi: 05.03.2018).

TBMM., (2016). “Gelir Vergisi Kanunu İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” <https://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k6663.html> (erişim tarihi: 05.03.2018).

TBMM., (2016). “Genel Sağlık Sigortası Kapsamındaki Gelir Testi Uygulamasına Dair Soru Önergesi”. <http://www2.tbmm.gov.tr/d26/7/7-1436sgc.pdf> (erişim tarihi: 20.04.2018).

Tezel, Ş., “Yapılandırma Süre Uzatımı Geldi”.

<https://alitezel.com.tr/index.php?sid=yazi&id=7231> (erişim tarihi: 22.03.2018).

Tıp Dünyası., “Başarısızlığın Belgesi”. <http://www.tipdunyasi.dr.tr/2017/10/basarisizligin-belgesi/> (erişim tarihi: 22.03.2018).

TOBB., (2017). “Türkiye Sağlık Sektörüne Genel Bakış”.

- <https://www.tobb.org.tr/saglik/20171229-tss-genel-bakis-tr.pdf> (erişim tarihi: 22.03.2018).
- TTB., (2018). “Aile Hekimliği: Ne Dediler, Ne Oldu?”.
www.ttb.org.tr/yayin_goster.php?Guid=f089bc1a-1adc-11e8-af60-25b4195f91bb (erişim tarihi: 12.03.2018).
- TTB., (2018). “Kamu Hastane Birlikleri: Ne Dediler Ne Oldu?”.
www.ttb.org.tr/kutuphane/khb_brosur.pdf (erişim tarihi: 23.03.2018).
- TTB., “Tedavi Hizmetlerinde Gizli Özelleştirme: Şehir Hastaneleri Çalıştay Raporu”.
http://www.ttb.org.tr/kollar/_sehirhastaneleri/haber_goster.php?Guid=e6728994-0fd5-11e8-bafd-0c9ef2e49d68 (erişim 14.04.2018).
- Tükel, R., “14 Mart’a Giderken Sağlıkta Dönüşüm Programı Çöktü”.
<http://www.tipdunyasi.dr.tr/2018/03/14-marta-giderken-saglikta-donusum-programi-coktu/> (erişim tarihi: 22.03.2018).
- Türkiye Kamu Hastane Kurumu., (2017). “Performans Programı”.
https://khgm.saglik.gov.tr/Bulten/2016_PerformansProgrami/mobile/index.html#p=24 (erişim tarihi: 05.04.2018).
- Türkiye İş Bankası., (2018). “Sektörlerle İlgili 2015 Beklentileri”.
https://ekonomi.isbank.com.tr/Userfiles/pdf/rt_2018.pdf (erişim: 22.03.2018).
- Türkiye İş Bankası., (2017). “Sektörlerle İlgili 2017 Beklentileri”.
https://ekonomi.isbank.com.tr/UserFiles/pdf/ar_02_2017.pdf (erişim tarihi: 12.04.2018).
- Türkiye İş Bankası., (2015). “Özel Hastaneler Sektörü”.
https://ekonomi.isbank.com.tr/UserFiles/pdf/sr04_ozelhastanelersektoru.pdf (erişim tarihi: 13.05.2018).
- Türkiye İş Bankası., (2015). “Sektörlerle İlgili 2015 Beklentileri”.
https://ekonomi.isbank.com.tr/UserFiles/pdf/ar_04_2015.pdf (erişim tarihi: 12.04.2018).
- TÜİK., 2018. 2010-2017 İşgücü İstatistikleri http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1007 (erişim tarihi: 05.04.2018).
- TÜİK., (2016). “Türkiye Sağlık Harcamaları İstatistikleri”.
www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=24574 (erişim tarihi: 12.04.2018).
- TÜİK., (2015). “Türkiye Sağlık Harcamaları İstatistikleri”.
www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=24574 (erişim tarihi: 12.04.2018).
- TÜİK. (2015). “Türkiye Sağlık Harcamaları İstatistikleri”.

www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18853 (erişim tarihi: 12.04.2018).

TUİK. (2013). “Türkiye Sağlık Harcamaları İstatistikleri”.

www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16161 (erişim tarihi: 12.04.2018).

TUİK. (2009-2012). “Türkiye Sağlık Harcamaları İstatistikleri”.

<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15871> (erişim tarihi: 12.04.2018).

5510 Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. (2006).

www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5510.doc (erişim tarihi: 12.04.2018).

64. Hükümet 2016 Yılı Eylem Planı. (2015).

<http://www.akparti.org.tr/upload/documents/64.hukumet-cylem-plani-kitap.pdf> (erişim tarihi: 20.04.2018).



ÖZGEÇMİŞ

Adı ve SOYADI	Servet YILDIRIM
Doğum Yeri - Tarihi	Kırıkkale-19.08.1982
EĞİTİM DURUMU	
Mezun Olduğu Lise	Kırıkkale Lisesi, 1999, Kırıkkale
Lisans Diploması	Akdeniz Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Maliye Bölümü, 2006, Antalya
Yabancı Dil	İngilizce
İŞ DENEYİMİ	
Çalıştığı Kurumlar	Araştırma Görevlisi, Akdeniz Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Maliye Ana Bilim Dalı, 2007-2011 S. M. Mali Müşavir/Denetçi, Sinerji Bağımsız Denetim ve Danışmanlık YMM LTD ŞTİ, 2017- Devam Ediyor
E-Posta	servetyildirim@gmail.com