



AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



ELA AĞAR

TÜRKİYE'DE NEOLİBERAL SÜREÇTE KAMUSAL SAĞLIK HARCAMALARINDAKİ
ARTIŞ ÜZERİNE BİR İNCELEME: SOSYAL DEVLETİN SON DEMLERİ Mİ, YOKSA
ÖZGÜ BİR NEOLİBERALİZM Mİ?

Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Ana Bilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Antalya, 2019



AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



ELA AĞAR

TÜRKİYE'DE NEOLİBERAL SÜREÇTE KAMUSAL SAĞLIK HARCAMALARINDAKİ
ARTIŞ ÜZERİNE BİR İNCELEME: SOSYAL DEVLETİN SON DEMLERİ Mİ, YOKSA
ÖZGÜ BİR NEOLİBERALİZM Mİ?

Danışman

Doç. Dr. Taner AKPINAR

Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Ana Bilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Antalya, 2019

T.C.
Akdeniz Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğüne,

Ela AĞAR'ın bu çalışması, jürimiz tarafından Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Ana Bilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Doç. Dr. Servet AKYOL (İmza)

Üye (Danışmanı) : Doç. Dr. Taner AKPINAR (İmza)

Üye : Doç. Dr. Çağla ÜNLÜTÜRK ULUTAŞ (İmza)

Tez Başlığı:	Türkiye’de Neoliberal Süreçte Kamusal Sağlık Harcamalarındaki Artış Üzerine Bir İnceleme: Sosyal Devletin Son Demleri mi, Yoksa Özgü Bir Neoliberalizm mi?
--------------	--

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

Tez Savunma Tarihi : 12 / 06 / 2019

Mezuniyet Tarihi : 04 / 07 / 2019

(İmza)
Prof. Dr. İhsan BULUT
Müdür

AKADEMİK BEYAN

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Türkiye’de Neoliberal Süreçte Kamusal Sağlık Harcamalarındaki Artış Üzerine Bir İnceleme: Sosyal Devletin Son Demleri mi, Yoksa Özgü Bir Neoliberalizm mi?” adlı bu çalışmanın, akademik kural ve etik değerlere uygun bir biçimde tarafımcı yazıldığını, yararlandığım bütün eserlerin kaynakçada gösterildiğini ve çalışma içerisinde bu eserlere atıf yapıldığını belirtir; bunu şerefimle doğrularım.

Ela AĞAR





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



SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ	
Adı-Soyadı	Ela Ağar
Öğrenci Numarası	20155258010
Enstitü Ana Bilim Dalı	Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri
Programı	Tezli Yüksek Lisans
Programın Türü	(X) Tezli Yüksek Lisans () Doktora () Tezsiz Yüksek Lisans
Danışmanının Unvanı, Adı-Soyadı	Dr. Öğr. Üyesi Taner AKPINAR
Tez Başlığı	Türkiye’de Neoliberal Süreçte Kamusal Sağlık Harcamalarındaki Artış Üzerine Bir İnceleme: Sosyal Devletin Son Demleri Mi, Yoksa Özgü Bir Neoliberalizm Mi?
Turnitin Ödev Numarası	1145218347

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışmasının a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana Bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 81 sayfalık kısmına ilişkin olarak, 19 / 06 / 2019 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 % 12

alıntılar dahil % 19’dur.

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 tarafımca yapılmıştır. İlgili tezin orijinallik raporunun uygun olduğunu beyan ederim.

19 / 06 / 2019

Doç. Dr. Taner AKPINAR

İÇİNDEKİLER

TABLOLAR LİSTESİ.....	ii
GRAFİKLER LİSTESİ.....	iii
KISALTMALAR LİSTESİ	iv
ÖZET.....	vi
SUMMARY.....	vii
GİRİŞ	2

BİRİNCİ BÖLÜM

SOSYAL POLİTİKALARDA NEOLİBERAL DÖNÜŞÜM

1.1. Neoliberalizm Değişmez Mekanik Bir Olgu mu?.....	4
1.2. Sosyal Politika ve Sosyal Güvenliğin Yeni Liberalizmle Uyumlulaştırılması.....	11
1.3. Sağlık Politikalarında Dönüşüm	21
1.3.1. Sağlık Politikalarının Geçmişi: Sosyalleştirme Çabaları	21
1.3.2. Sağlık Politikalarının Dönüşümünde Zaman Dizini	23
1.3.3. Sağlık Politikalarındaki Dönüşümün Yansımaları: Var Olan Literatür Üzerine Bir İnceleme.....	25

İKİNCİ BÖLÜM

KAMUSAL SAĞLIK HARCAMALARININ ARTIŞ SEYRİ

2.1. Kamusal Sağlık Harcamalarındaki Sürekli Artış: Neoliberalizme Bir Aykırılık mı, Görüngüsel Bir Yanılgı mı?	33
2.2. Sosyal Harcamalarda Nicel Durum.....	34
2.3. Kamusal Sağlık Harcamalarında Nicel Durum.....	38
2.4. Kamusal Sağlık Harcama Kalemlerinde Detaylı İnceleme	43
2.4.1. Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağı	43
2.4.2. Sağlık Hizmeti Sunucusuna Göre Sağlık Harcamaları.....	47
2.4.3. Merkezi Yönetim Sağlık Harcamaları.....	51
2.4.4. Yatırım Harcamaları.....	55

SONUÇ.....	57
KAYNAKÇA.....	61
ÖZGEÇMİŞ.....	69

TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.1 2002-2013 Sağlık Harcamalarının Finansmanı Sağlayanlara Göre Detaylı Dağılımı (Milyon TL).....	44
Tablo 2.2 2002-2013 Özel Sağlık Tesislerinin Finansman Kaynağı (Milyon TL)	46
Tablo 2.3 2002-2013 Sosyal Güvenlik Kurumlarının Sağlık Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi (Milyon TL).....	47
Tablo 2.4 2002-2013 Merkezi Yönetim Kurumlarının Sağlık Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi (Milyon TL).....	48
Tablo 2.5 Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları, 1999	49
Tablo 2.6 Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları, 2009	50
Tablo 2.7 Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları, 2017.	51
Tablo 2.8 2002-2013 Merkezi Yönetim Kurumlarının Sağlık Harcamaları (Milyon TL).....	52
Tablo 2.9 2002-2013 Fonksiyonlarına Göre Sağlık Harcamalarının Dağılımı (Milyon TL)...	52
Tablo 2.10 2002-2013 Niteliğine Göre Detaylı Sağlık Harcamaları (Milyon TL)	54

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 2.1 1960-2004 Türkiye’de Sosyal Harcamaların Konsolide Bütçe İçindeki Payı.....	35
Grafik 2.2 1960-2004 Toplam Sosyal Harcamaların GSMH İçindeki Payı	36
Grafik 2.3 1980-2016 Sosyal Harcamaların Milli Gelire Oranı.....	37
Grafik 2.4 1960-2004 Sağlık Harcamalarının Konsolide Bütçe İçindeki Payı	38
Grafik 2.5 1960-2004 Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Payı.....	39
Grafik 2.6 Sağlık Harcamalarının Merkezi Yönetim İçindeki Payı	40
Grafik 2.7 1999-2017 Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH’ya Oranı	41
Grafik 2.8 1999-2017 Toplam Sağlık Harcamaları	41
Grafik 2.9 Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı	45
Grafik 2.10 1999-2017 Yatırım Harcamaları	56



KISALTMALAR LİSTESİ

AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BAĞ-KUR	Esnaflık ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
BÜMKO	Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü
CEO	Chief Executive Officer
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
GSMH	Gayri Safi Milli Hasıla
GSS	Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
IMF	International Monetary Fund
İŞKUR	Türkiye İş Kurumu
KDV	Katma Değer Vergisi
KHK	Kanun Hükmünde Kararname
KİT	Kamu İktisadi Teşebbüsleri
KÖİ	Kamu-Özel İşbirliği
KÖO	Kamu-Özel Ortaklığı
MEB	Milli Eğitim Bakanlığı
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
SSGSS	Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası
SUT	Sağlık Uygulama Tebliği
SYDTF	Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TKHK	Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

TÜSİAD	Türk Sanayicileri ve İş Adamları/İnsanları Derneği
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TYP	Toplum Yararına Program
TYÇP	Toplum Yararına Çalışma Programı
WB	World Bank
WTO	World Trade Organisation



ÖZET

Dünya genelinde olduğu gibi, Türkiye’de de 1980’li yıllarla birlikte egemen olmaya başlayan neoliberal ekonomi politikaları, toplumsal düzenin hemen her alanında dönüşüm sürecine neden olmuştur. Dönüşüm sürecinde yaşananlar, neoliberal politika hedefleriyle çelişir gibi görünmektedir. Neoliberal politikaların kamusal harcamaları azaltma yönündeki baskısına rağmen, kamusal sağlık harcamaları dönüşüm sürecinde artış eğilimindedir. Ekonomi politikte gerçekleşen pratikler, “Kamusal sağlık harcamalarındaki artış neoliberal politikalarla görüngüsel bir aykırılık mı yoksa sosyal devletin yansımaları mı?” sorusunun cevabını aramaya yöneltilmektedir. Bu çalışmada, neoliberal dönüşüm, önce dünya genelinde ana hatlarıyla incelenmiş, daha sonra Türkiye’deki yansımaları taranmıştır. Neoliberal dönüşüm politikalarının en genel olarak sosyal politikalarda, sonra sosyal güvenlik ve daha sonra sağlıkta gerçekleştirdiği dönüşüme ilişkin literatür taranmıştır. Sağlık harcamalarına ilişkin veriler toplanmış, neoliberal süreçte kamusal sağlık harcamalarındaki artışın olası nedenleri araştırılmış, elde edilen verilerle sonuca varmaya çalışılmıştır. Bu bağlamda, bu çalışmanın sonucuna göre, kamusal sağlık harcamalarındaki artış, sosyal devlet gereğinden uzakta; kamudan özel sektöre aktarımlarla kendine özgü bir neoliberal politika düzeninden kaynaklanmaktadır. Sağlık hizmeti üretim ve sunumundan çekilerek, özellikle tıbbi tetkik ve tedavide hizmet satın alma yoluyla yapılan sağlık hizmeti, performans baskısı ile yapay talep yaratma, hastane yönetiminin sağlık çalışanları dışındakilere bırakılması, yatırım yapmak yerine maliyetinden daha yüksek bedellerle yatırım yapanlardan özel hukuka tabi ihale usulü ile kiralama, kamu kaynaklarının özel sektöre aktarıldığı ve kamusal sağlık harcamalarındaki artışa neden olan temel harcama kalemleridir.

Anahtar Kelimeler: Neoliberalizm, Özelleştirme, Sosyal Politika, Sosyal Güvenlik, Sağlık Harcamaları

SUMMARY

**AN EXAMINATION ON THE INCREASE IN PUBLIC HEALTH SPENDINGS IN
NEOLIBERAL TRANSFORMATION PROCESS IN TURKEY: IS IT THE REMAINS
OF WELFARE STATE OR AN UNUSUAL PRACTICE OF NEOLIBERALISM?**

As is the case throughout the world, having started to become dominant in the 1980s in Turkey, neo-liberal economic policies have led to the transformation process in almost every area of social order. What has happened in the transformation process seems to contradict neoliberal policy objectives. Despite the pressures to reduce public expenditures, public health spendings have tended to increase during the neoliberal transformation period. Practices in political economy have requested a proper answer to the question "Is the increase in the health expenditures a superficial contradiction to neoliberal policies or the reflections of welfare state?" In this study, the main postulates of the neoliberal transformation are examined first in general and then specifically its implementation in Turkey. In this framework, the literature on neoliberal transformation and its reflections on social policies in general and specifically on social security and health system has been reviewed . Data on health spendings were collected, the possible causes of the increase in public health spendings in the neoliberal transformation process were investigated, and the findings were used to answer the question. In this context, according to the results of this study, it is argued that the increase in public health spendings results from a specific neoliberal policy order in which public resources are transferred to private sector through public health expenditures. Purchasing health service especially medical examination and treatment from private sector by withdrawing from health service production and presentation, creating of artificial demand with performance pressure, leaving the hospital management to the others than health workers and hiring from those who invest in health sector by paying higher price than it should be instead of making investment are the main reasons why public health spendings have tended to increase, these also are the ways to transfer public resources to the private sector.

Key words: Neoliberalism, privatization, social policy, social security, health spendings

GİRİŞ

1973-1974 yıllarında yaşanan Petrol Krizi ve sanayileşmiş ülkelerde verimlilik artışıdaki yavaşlamayla stagflasyonist eğilimler şiddetlenmiş ve krizin faturası Keynesyen İktisat Politikalarına kesilmiştir. Müdahaleci Keynesyen İktisat politikaları yerini, devletin piyasadaki rolünü en aza indirgeyen, devletin iktisadi gücünü zayıflatan neoliberal politikalara bırakmıştır. Serbest piyasa modelini hayata geçirmeyi hedefleyen, para ve sermaye hareketlerinin uluslararasılaşmasıyla küreselleşmeci ideolojiye sahip neoliberal politikalar, gelişmiş ülkelerle birlikte gelişmekte olan ülkeleri de entegrasyona yönelten planlara dönüşmüştür.

Petrol krizi ve stagflasyonla pençelesen, küreselleşme baskısı altındaki Türkiye’de de, batılı gelişmiş kapitalist ülkelerle eş zamanlı olarak, 1980 yılından itibaren neoliberal makro-ekonomik politikalar uygulanmaya başlamıştır. 24 Ocak 1980 Kararları ile bu küreselleşmeci iktisat politikaları, sosyal devlet anlayışının yerini almış, 12 Eylül askeri darbesi Anayasasında da yerini bulmuş ve kısa sürede uygulanmasının yollarını açmıştır.

Neoliberal perspektifin pratik politika bağlamında en temel önerisi hemen her alanda kamusal harcamaların azaltılmasıdır. 24 Ocak Kararlarındaki özelleştirme yanlısı, özel sermayeyi teşvik edici, esnek emek piyasası koşulları ile bağımlı nüfusu artırıcı, sosyal güvenlik sistemini aşındırıcı, kamusal harcamaları azaltıcı kararlardan nasibini alan sağlık politikaları da dönüşümün yoğun yaşandığı bir sürece girmiştir. Türkiye’de neoliberal politikaların egemen olduğu süreçte birçok alanda kamusal harcamalar azalıyor olmasına karşın, sağlık alanında tam tersi bir eğilim olduğu gözlenmektedir.

WB (World Bank - Dünya Bankası) ve IMF (International Monetary Fund - Uluslararası Para Fonu) gibi uluslararası kuruluşların program ve ilkelerine uyumlu olarak, sağlık hizmeti sunumunun ve finansmanının ciddi oranda piyasa işleyişine bırakılmasını hedefleyen “Sağlıkta Dönüşüm Programı” 2003 yılından itibaren Türkiye’de sağlık hizmetlerinin metalaşma¹ sürecini hızlandırmıştır. Bununla birlikte, Program, kamusal sağlık harcamalarının azaltılmasını hedeflediği halde, 2003 yılında Sağlık Bakanlığının devlet bütçesindeki payı % 2,5 iken ilerleyen yıllarda % 3,5, % 4, % 5 seviyelerinde devam etmiştir. Kamusal sağlık harcamalarındaki bu artış, yıllar arasında dalgalanmalar gösterse de, hedeflenen neoliberal politikalarla çelişir gibi görünmektedir. Neoliberal süreçte, kamu harcamalarını azaltmayı, sağlık hizmetlerini piyasa işleyişine bırakmayı hedefleyen

¹ Metalaşma kavramı, bu çalışmada, sağlık hizmetinin kamusal bir hizmet olarak devlet eliyle sunulması yerine piyasada alınıp satılabilir bir meta haline dönüşmesini/dönüştürülmesini anlatmaktadır.

Türkiye’de kamusal sağlık harcamaları neden artıyor? Sağlık harcamalarındaki söz konusu artışa mevcut literatürde de dikkat çekilmekte ve bu verilerle de ortaya konulmaktadır. Bununla birlikte sağlık harcamalarının alt kalemlerine ilişkin yeterli bir tartışma yoktur. Bu bağlamda, bu tez çalışması sağlık harcamalarını oluşturan alt kalemleri inceleyerek bu alandaki tartışmalara katılmayı ve katkı sunmayı amaçlamaktadır. Harcamalardaki artışın özellikle hangi kalemlerden kaynaklandığı ve bunun bir sosyal politika gereği mi olduğu, yoksa kaynağında başka nedenlerin mi olduğunu araştırmaktadır.

Bu çalışmanın kapsamı, Türkiye’de, 1980 sonrasında günümüze kadar uygulanan neoliberal politikalar bağlamında sosyal güvenlik ve sağlık sisteminin dönüşümü ve özellikle de kamusal sağlık harcamalarındaki artışın nedenlerinin irdelenmesi ile sınırlandırılmıştır. Çalışma, ikincil veri kaynağı incelemesine dayalı nitel bir araştırmadır. Bu bağlamda, öncelikle neoliberal dönüşüm politikalarının dünya genelinde ve daha sonra Türkiye’deki uygulamaları için temel kaynaklar incelendi ve incelemeler bir çerçeve ile çalışmaya aktarıldı. Daha sonra neoliberal sürece geçişte sosyal politikalar ve sosyal güvende yaşanan dönüşüme ilişkin literatür incelendi ve temel nüanslar çalışmaya aktarıldı. Ardından daha spesifik olarak sağlık politikalarında dönüşüm, geniş bir şekilde literatürden incelendikten sonra, sosyal harcama verileri için OECD, sağlık harcama verileri için TÜİK, OECD, Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı verilerinden yararlanılarak elde edilenler çalışmaya aktarılmıştır.

Çalışma iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, neoliberalizme ilişkin genel ve kısa bir bilgi verildikten sonra dönüşüm sürecine ilişkin tartışmalara geçilmiştir. Neoliberal sürecin, öncelikle, en genel olarak sosyal politikalarda, daha sonra sosyal güvenlik ve spesifik olarak kamusal sağlık sisteminde neden olduğu dönüşümün aşamaları ilgili literatürden yararlanılarak irdelenmiştir. Neoliberal politikaların egemen olduğu süreçte, birçok alanda kamusal harcamalar azalıyor olmasına karşın, sağlık alanında tam tersi ilerleyen pratik uygulamalar gözlenmektedir. Bu bağlamda, kamusal sağlık harcamalarındaki artışın nedenleri detaylı olarak ikinci bölümde ortaya konulmak istenmektedir.

Çalışmanın ikinci bölümünde, kamusal sağlık harcamalarının sosyal harcamaların çatısı altında olduğu düşüncesinden hareketle önce sosyal harcama verileri, daha sonra sağlık harcamaları ve en son sağlık harcamalarının alt kalemleri incelenmiştir. Neoliberal dönüşüm sürecinin hız kazandığı dönem 1980’li yıllar olmakla birlikte incelemeye sağlık hizmetlerinde sosyalleştirme çabalarının başladığı 1960’lı yıllardan başlamak, harcamaların dönüşümü ve seyrini kavramak açısından daha anlamlı olacağından 1960 yılından itibaren sayısal veriler toplanıp derlenmeye çalışılmıştır. Veri toplamada yaşanan güçlük ve literatürün kamusal

sağlık harcamalarının seyrine 2000’li yıllardan itibaren dikkati çekmeye başlaması sebebiyle bu çalışmada da aynı şekilde 2000’li yıllara dikkat çekilmiştir. Sonuç bölümünde ise, elde edilen veriler değerlendirilmiş, neoliberal sağlık politikalarının uygulanmasına başlanan 2003 yılından itibaren kamusal sağlık harcamalarındaki artışın kaynağı olabilecek/olan harcama kalemleri tartışılmaya çalışılmıştır.



BİRİNCİ BÖLÜM

SOSYAL POLİTİKALARDA NEOLİBERAL DÖNÜŞÜM

Bu araştırmanın temel ilgisi, Türkiye’de neoliberal ekonomi politikalarının egemen kılınması sürecinde, neoliberalizmin en temel prensiplerinden biri olan kamu harcamalarının, özellikle de kamusal sosyal harcamaların, olabilecek en düşük düzeye düşürülmesine görünürde aykırılık teşkil eden kamusal sağlık harcamalarındaki sürekli artış üzerinedir. Bu bağlamda, burada, neoliberalizm bir kez daha anlatılmasa bile genel bir çerçevesini vermek kaçınılmazdır. Bu ilk bölümde, önce genel olarak neoliberalizmin temel ilkeleri ve Türkiye’de neoliberalizme geçişin öyküsü ana hatlarıyla özetlenecek ve ardından da bu süreçte sosyal politikanın dönüşümü çok kısaca hatırlatılacak ve daha spesifik olarak sosyal güvenlik sisteminde yaşananlar, neoliberal süreçte sağlık politikaları, kamu harcamalarının kısılması yönündeki baskının kamusal sağlık harcamaları üzerindeki etkisinin 1960’tan günümüze mevcut durumu irdelenecektir.

1.1. Neoliberalizm Değişmez Mekanik Bir Olgu mu?

İkinci Dünya Savaşı sonrasında, klasik liberal yaklaşımın girdiği krizden çıkışında çözüm olarak görülen, John Maynard Keynes’in (1936) öne sürdüğü, ekonomiye devlet müdahalesini savunan Keynesyen politikalar 1970’li yıllara kadar dünya genelinde birçok ülkede refah artışını sağlamıştır. 1970’li yıllara gelindiğinde ise yaşanan Petrol Krizleri stagfasyona² neden olmuş, Keynesyen politikalar krizi aşmada yetersiz kalmıştır. Petrol fiyatlarındaki sürekli artışlar, işsizlik ve durgunluğun neden olduğu stagfasyon, birçok düşünür tarafından Keynesyen politikaların çöküşünün başlangıcı olarak görülmüştür. Petrol fiyatlarındaki yükseliş hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde üretim maliyetlerini artırmış, fiyatlardaki artış üretimi düşürünce ve işsizlikte artışa neden olunca, işsizlikle enflasyondaki artışın aynı anda olmayacağını savunan Keynesyen politikalar, kriz karşısında sürdürülebilirliğini yitirmeye başlamıştır.

Bir ayağı WB, diğer ayağı IMF olan, 1944 yılında kurulan ve anlaşmaya katılan ülkelerin döviz kurunun ABD (Amerika Birleşik Devletleri) dolarına sabitlenmesini hedefleyen Bretton Woods sistemi, Petrol Krizlerinin ortaya çıktığı 1970’li yıllara kadar varlığını sürdürmüştür. Bretton Woods sisteminin çöküşü ve sabit döviz kuru sisteminin terk edilmesiyle, sistemin iki ayağı olan WB ve IMF’nin yanı sıra diğer bazı uluslararası

² Stagfasyon, yükselen işsizlik ve yükselen enflasyonun aynı anda ortaya çıkmasını anlatır. Hem yüksek ücretler hem yüksek girdi maliyetleri dış kaynak darlığına neden olurken; üretim düşmüş ve fiyatlar yükselmiştir. İşsizlik, fiyatlar ve mal kıtlıkları aynı anda ortaya çıkmış oldu (Bahçe, 2018).

kuruluşlar da krizden kurtulmada finansal desteği neoliberal politikaların uygulanmasına bağlayınca, gelişmiş ülkelerden gelişmekte olan ülkelere doğru neoliberal politika dayatmaları küreselleşme adı altında reçete edilmiş oldu.

1980’li yıllara gelindiğinde, zamansal ve mekansal farklılıklar gösterse de, liberalizmin temel argümanı olan serbest piyasa ve minimal devlet müdahalesine ek olarak çok uluslu şirketler, uluslararası finansal piyasalar, mal ve emek piyasalarının uluslararası entegrasyonu ile kendini gösteren neoliberal politikalar yaygınlaşmaya başlamıştı. Klasik liberal ekonomi politikalarının, ulusal sınırları geçerek uluslararası piyasa hareketliliğinin artırılması şeklinde değerlendirilmesi olarak görülebilecek olan neoliberal politikalar, 1980’li yıllardan itibaren aşamalı olarak dünya genelinde birçok ülkede ana akım iktisat politikası haline gelmiştir.

Joseph Alois Schumpeter (1949), Friedrich August von Hayek (1944) ve Milton Friedman (1963) gibi düşünürlerin başlıca temsilcisi oldukları neoliberalizm, kalkınma iktisatçısı John Williamson’ın (1990) pratiğe yönelik politikaları “Washington Konsensusu” olarak adlandırmasıyla birlikte, bazı yazarlarca “Neoliberalizm” ile “Washington Konsensusu” eş anlamlı olarak kullanılmaya başlanılmıştır. Washington Konsensusu, Washington merkezli kurumlar olan WB, IMF ve ABD Hazine Bakanlığının, Latin Amerika ülkelerinin yaşadığı krizi anlayabilecek ve bu ülkelerin bir daha kriz yaşamadan kalkınmalarını sağlayabilecek bir dizi öneriyi içermektedir. Bu Konsensus’a daha sonra WTO (World Trade Organization - Dünya Ticaret Örgütü) ve Avrupa Merkez Bankası da katılmış ve politika önerileri öncelikle Latin Amerika’yı hedef almış; IMF ve WB tarafından, gelişmekte olan ülkeler mali yardım almak istediklerinde Konsensus önerilerini içeren politika paketini uygulamaları karşılığında bu ülkelere destek sağlanacağı belirtilmiştir. Mali yardımın ön koşulu olan politika önerileri, “yapısal uyum programları” ile ulus ekonomisinin dünya ekonomisine entegrasyonu sürecinde vücut bulmaktadır.

Özünde mali disiplin, özelleştirme, deregülasyon ve liberalizasyon bulunan neoliberal dönüşüm paketi şu politika setinden oluşmaktadır:

- Mali disiplin
- Kamu harcamalarının yüksek getiri sağlayan ve gelir dağılımını düzeltici doğrultuda yapılması
- Vergi reformu
- Faizlerin piyasada belirlenmesi
- Rekabetçi kur politikası
- Serbest ticaret rejimi

- Doğrudan yabancı sermayenin serbestleşmesi
- Özelleştirme
- Deregülasyon
- Mülkiyet haklarının güvence altına alınması

Tam da burada neoliberalizm kavramına ilişkin bir kategorileştirme yapmak yararlı olacaktır. O da şudur, neoliberalizm, Harvey'in (2005: 19) dikkat çektiği gibi iki anlam içermektedir. Birincisi, toplumsal refahın en iyi şekilde bireysel girişim özgürlüğü sağlanarak gerçekleştirilebileceği söylemine yaslanan bir doktrin olarak neoliberalizm ve ikincisi de egemen sınıfların iktidarını yeniden üretmek için oluşturulmuş bir siyasi proje olarak neoliberalizmdir. Bu çalışma boyunca bir kuramsal perspektif olarak neoliberal bakış açısının temel iddiaları ve argümanları değil, uluslararası mali kuruluşlarla işbirliği içinde devlet eliyle uygulamaya konulan politikalar anlamında neoliberalizm bahse konu edilmektedir. Vurgulanması gereken bir diğer nokta da, zaman ve mekan fark etmeksizin neoliberal politika setinin her yerde aynı şekilde ve aynı düzeyde hayata geçirilen mekanik bir olgu olarak görülemeyeceği/görülmemesi gerektiğidir. Örneğin, neoliberal dönüşüm sürecini eleştirel bir yaklaşımla inceleyen düzenleme okulu kuramının farklı kollara ayrılmış olması (Sert, 2011) da neoliberal politikaların farklı toplumsal yapılarda birbirinden farklılaştığını göstermektedir. İlerleyen sayfalarda, Türkiye'deki neoliberal dönüşüm süreci ana hatlarıyla ele alındığında görülecektir ki, bu coğrafyada da kendine özgü bir süreç yaşanmaktadır. Buradan sözü Türkiye'nin neoliberalizme geçiş sürecine getirip, buna ilişkin genel bir çerçeve ortaya koymaya çalışılmaktadır.

1973'te tüm dünyada petrol fiyatlarının aniden yükselmesiyle kendini gösteren ekonomik kriz, Türkiye'de ancak 1977 yılında ilk belirtilerini göstermişti. 1977 yılında dış ticaret göstergeleri bozulmuş; ihracat bir önceki yıla göre 200 milyon dolar gerilerken, ithalat 660 milyon artırılmış ve ihracatın ithalatı karşılama oranı %30'a düşmüştür (Boratav, 2003). 1977'de ilk belirtileri ortaya çıksa da 1979 yılı sonuna kadar geçirilen krize Türkiye'nin ilk tepkisi bunu ertelemek şeklinde olmuştur.

1970'li yılların sonuna kadar genelde ve özelde Türkiye'de hakim olan ithal ikameci sanayileşme politikaları ve işçi sınıfının ücret dışında sahip olduğu sosyal güvenceler, dönemin az gelişmiş ülkeleri arasında Türkiye'nin gelir ve refah düzeyi görece yüksek grupta yer almasını sağlamıştır. Bu durum, 1973 Petrol Krizinin ülkeye yansımaları geciktirmiş, 1977'de kriz belirtileri ortaya çıksa da bu ertelenebilmiş ve nihayet kaçınılmaz olarak 1979 yılı sonuna doğru kriz gerçekleşmiştir. 1977'de dönemin hükümetinin destek için başvurduğu Avrupalı sosyal demokrat hükümetler, yeni kredi kanallarının açılmasının ön-koşulu olarak

IMF ile standart bir istikrar politikası çerçevesinde anlaşmayı talep ediyor, hükümet ise bunalımın faturasını emekçi sınıflara yıkan bu tür bir programı “siyasi intihar” olarak görüyor ve direnmeye çalışıyordu (Boratav, 2003). 20 Temmuz 1978’de dönemin hükümeti ile Türk-İş arasında yapılan Toplumsal Anlaşma, ağır ekonomik bunalımların yaşandığı bir süreçten geçerken hükümetin işçi kuruluşları ile yakın ilişkiler kurarak onların desteğini almayı hedeflemesiyle imzalanmıştır. Toplumsal Anlaşmanın odak noktasını oluşturan açıklamaya göre, yeni toplu sözleşmelerde kamu kesimi ücret düzeyleri işçilerin satın alma gücünü geriye götürmeyecek ve bu şekilde satın alma gücü güvenceye bağlanmış olacaktı. Ancak şu var ki, satın alma gücü 1976 yılı gelir düzeyine toplu sözleşme süresi içindeki fiyat artışları eklenerek korunmuş olacaktı. Reel ücretlerin 1976 yılında sabit tutulması, 1977 ve 1978 yılındaki enflasyon oranlarının % 60’ın üstünde seyrettiği dikkate alındığında kamu kesimindeki ücretlerin satın alma gücüne ciddi bir güvence sağladığı görülmektedir. Pratikte reel ücretler, özel kesime göre kamu kesimi işçilerinde artmış görünse de, 1977, 1978 ve sonraki yıllarda düşme eğilimindedir. KİT (Kamu İktisadi Teşebbüsleri)’lerdeki verim düşüklüğü dönemin önemli sorunlarından biri olurken, ücretlerin verimden daha fazla artması da enflasyonun başlıca nedenleri arasında gösterilebilir. Ağır ekonomik bunalımın ürünü olarak değerlendirilen Toplumsal Anlaşma, KİT’leri devlet üzerinde bir yük olmaktan kurtarma amacını taşıırken, işverenler tarafından “devletin ödeme gücünü aşan bir yük” olarak değerlendirilmesine de neden olmuştur (Talas, 1982). Dönemin iktidarı tarafından krizden çıkmada alternatif politikalar üretilemeyince IMF’nin programlarından yana ödünler geç de olsa verilmeye başlamıştı. 1977-1979 yıllarının ağır ekonomik bunalımı siyasi bir bunalıma da neden olmuştu aynı zamanda. 1979 yılı sonlarına doğru siyasi gerilimler ekonomik krizin etkisini artırırken hükümet değişiklikleri olmuş ve nihayet meşhur 24 Ocak 1980 Kararları ile neoliberalizme geçiş sürecinin ilk adımları atılmıştır.

24 Ocak 1980 Kararlarının pratiğe aktarılmasından beklenen sonuçlar alınamayınca, 12 Eylül 1980 askeri darbesi ile bu kararların önünde bir engel olarak görülen sosyal haklar, özellikle de güçlü sendikal haklar geriletilmiştir. 24 Ocak Kararlarının sermayenin beklentisi doğrultusunda emek aleyhinde uygulanması isteği, sermaye sınıfının emekçi sınıf üzerinde kontrol ve baskı isteğinin yansımalarını taşımaktadır. Öyle ki, 24 Ocak Kararları diye anılan istikrar programları sermaye sınıfının istekleri ile o kadar uyum içindeydi ki; emek karşıtı uygulamaların da programa eklenmesi sonucu 12 Eylül’deki rejim değişikliği gerçekleştiğinde 24 Ocak Kararlarının uygulanmasının önündeki en büyük engel ortadan kalkmış oldu. 12 Eylül askeri darbesinin gerekçesi siyasi sorunlar olarak gösterilse de Öztürk (2008: 320),

Turgut Özal'ın, "12 Eylül olmazsa bu ekonomik programın neticelerini alamazdık" şeklindeki gerçeği bütün açıklığıyla ortaya koyan itiraf niteliğindeki beyanını hatırlatmaktadır.

24 Ocak Kararları ve IMF ile yapılan 3 yıllık stand-by anlaşması, 12 Eylül askeri darbesi ile pekiştirilen neoliberal dönüşüm sürecinin başlangıcı olarak görülebilir. Serbestleştirme ve özelleştirme gibi temel hedefler neoliberal düzene geçişin en belirgin izlerini de ortaya çıkarmış oldu. Kamu İktisadi Teşebbüslerinin (KİT) özelleştirilmesi, tarımsal destekleme alımlarının kaldırılması ve sosyal güvenlikteki reformlar, sosyal devlet anlayışının en temel nüvelerinin ortadan kaldırılarak neoliberal düzene geçişi hızlandırdığını göstermektedir.

1980 sonrası dönemde ekonominin neoliberal düzen doğrultusunda yapılandırılması, IMF ve WB'nin kredi koşulu olarak dayattığı "yapısal uyum programları" aracılığıyla gerçekleşmiştir. 1980'lerde, ihracata dayalı büyüme hedefi ve zarar gerekçe gösterilerek uygulanan özelleştirme politikalarıyla neoliberalizm en temel özellikleri ile kendine yer bulmuştu. IMF ve WB politikalarının Türkiye'nin iktisat politikalarında belirleyici rol oynamasıyla, ülkenin iktisat politikaları ulusal tercihlerden çok uluslararasılaşmaya başlamıştı. Dışa açılma ve uluslararası entegrasyon, küresel finansal serbestleşme, 1989 yılında kabul edilip uygulamaya konulan 32 Sayılı Karar³ ile döviz ve sermaye hareketlerindeki serbestlikle desteklenip ekonomik büyümeyi hızlandırıcı güç olarak IMF ve WB tarafından empoze edilmiştir. Yapısal uyum programlarının dayatmaları ile finansal piyasaların geliştirilmesi adına kamu borçlanması araç olarak kullanılmaya başlanmış ve bir taraftan bütçe açığı oluşurken diğer taraftan borçlanma gereği ortaya çıkmıştır. Bu kısır döngü, mali krizleri kamçılıyarak işsizlik ve yoksulluğun artmasına neden olmuş, sosyal güvenliğin dönüşümünden etkilenen sosyal ödemelerden vazgeçildiğinden büyük bir kesimin yaşam standartları daha da düşmüştür. Dönemin gelişmekte olan ülkelere kredi açma ve kredi verme koşullarının bu programı benimseme koşuluna dayanması neoliberal düzene hızlı ayak uydurulmasını sağlamış ve fakat kredi veren kuruluşlara da bağımlı kalınmasına yol açmıştır.

Ekonomik olarak neoliberal dönüşüm gerçekleşse bile, tüketim düzeyinin mevcut koşullar altında artırılmaması ve emek aleyhine bozulması, siyasal politikaların da zor ve dayatmanın burjuva iktidarını gözeterek şekilde gerçekleşmesinden toplumsal alanda neoliberal dönüşüm daha sancılı olmuştur. Aşırı tüketim ve liberalleşmeyle toplumsal sınıflarda yok edilen dayanışma kültürü, yaşanan tahribatlar, işsizlik ve yoksulluktaki artış yaşam standartlarında hızlı bir düşüşe neden olmuştur. Ücretler 1976-1978 yılları arasında

³ 7 Ağustos 1989 tarihli Türk Parası Kıymetini Koruma Hakkında 32 Sayılı Karar, 11 Ağustos 1989 tarih 20249 sayılı Resmi Gazete yayınlanmıştır.

zirveye çıktıktan sonra 1980’li yıllarla birlikte görece ve belirgin bir şekilde gerilemiştir. 1976 yılının baz yılı (% 100) olarak alındığı verilere göre, 1978 yılında imalat sanayiinde kamu ve özel sektör toplamı % 120,6’ya yükselirken, 1986 yılına kadar, belirgin bir şekilde, % 86’ya kadar gerilemiştir. 1986 (% 88,6) ve 1987 (% 99,9) yıllarında yükselmeler gözlemlense de emek verimindeki artışın gerisinde kaldığından katma değer içindeki ücretlerin payı 1978 yılında % 37,7’den 1988 yılında % 15,4’e kadar gerilemiştir (Boratav, 2005: 40). 1981-82 ve 1983-87 arası dönemde ücretlerin düşürülmesi yoluyla yurtiçi talep daraltılmış ve yurtdışı pazarlara ihraç edilecek bir artık yaratılmıştır. Reel ücretler, bir yandan sendikal hareketin yasal olanaklarının giderek daraltılması, bir yandan da emeğin politik örgütlenmesi üzerine getirilen yasakların artırılması yoluyla geriletilmiştir. Ücretli emeğin imalat sanayi katma değeri içindeki payı 1987’de, özel sektörde % 27,5’ten % 17’ye; kamu sektöründe de % 25’ten % 13’e düşürülmüştür (Yeldan, 2006: 44).

Devletin ekonomiye müdahalesinin, daha doğrusu müdahalenin sosyal politikalar aracılığıyla yapılan biçimlerinin, minimum düzeye indirilmesini savunan neoliberal görüş, Türkiye’de devlet müdahalesi ve sermaye baskısı ile hayata geçirilmeye çalışılmıştır. IMF ve WB gibi uluslararası kuruluşların uyum programını devlet müdahalesiyle benimsetme çabası, neoliberal kuramın tersine ekonomiye devlet müdahalesini artırmıştır. 1980 döneminde, piyasa ekonomisinin oluşumu, siyasi zeminde de olduğu gibi, zor ve dayatmaya uygundu. Dolayısıyla 1980’ler itibarıyla, neoliberal politikalara uyumla birlikte, toplumun siyasete katılma şekli ve devlet-yurttaş ilişkisinin biçiminin de şekil değiştirdiği görülmektedir.

Bugün dünya genelinde hakim olan neoliberal ekonomi politikaları, ilk olarak 1970’lerin sonlarında İngiltere’de ve 1980’lerin başlarında da ABD’de pratiğe aktarılmaya başlanan ve sonrasında dünyaya yayılan, sermaye tekelinin ihtiyaçlarını karşılamayı amaçlayan politikalarlardır. 1970’li yıllarda krizin reçetesi olarak görülen neoliberal politikalar Türkiye’de de sermayenin büyük desteğini görmüştür. Sermaye sınıfının siyasal aktörler etrafında örgütlenmesi, siyasal aktörlerin de sermaye sınıfından destek görmesi her iki tarafın da çıkarlarına uygun olarak neoliberal yapının büyüme ve kalkınma yolu olarak görülmesi gerektiği fikrini pekiştirdi. Neoliberal ekonomi politikaları, kamu mallarının zarar ettiği, kamu maliyesinde külfet oluşturduğu gerekçesi ile “özelleştirme” adı altında ilk önce rantiyeye kesimini güçlendirmekle piyasaya damgasını vurdu. KİT’lerdeki fiyatlama ve teşvikler, sermaye gelirlerinin korunmasında transfer aracı olarak kullanılmış, yine IMF ve WB’nin istekleri doğrultusunda tarımsal destekleme politikalarının adım adım içi boşaltılmıştır.

Tarımsal üretimde sübvansiyonlar kaldırılmış, tarım sektöründeki KİT'ler özelleştirilmiş ya da tasfiye edilerek tarımsal destekleme politikalarına son verilmiştir.⁴

Sürece bütünüyle bakıldığında görünüyor ki; Türkiye ekonomisi 21. yüzyıla IMF ve WB'nin iki önemli gündemiyle girdi: Biri emek-sermaye arasındaki ilişki, diğeri sermayenin kendi içerisindeki ilişki. Emek-sermaye arasındaki ilişki, bölüşüm sürecinin piyasa işleyişine bırakılmasını, işgücü ve tarım politikalarının daha az devlet müdahalesini içermesini hedeflemiştir. Tarımsal destekleme miktarında azalma, girdi ve ürün fiyatlarına müdahale eden destekleme politikalarının tasfiye edilmesine çalışma, tarımın kredi kolu olan T.C. Ziraat Bankası dahil, tarımsal KİT'lerin özelleştirilmesi, faaliyetlerinin sınırlandırılması ya da işlevsizleştirilmesi tarım politikalarının dönüşüm sürecindeki odak noktalarıdır (Oyan, 2017). Mütevellioğlu ve Işık'a göre (2009), uygulanan neoliberal dönüşüm politikaları ile reel ücretlerde gerileme, yoksulluğun derinleşmesi, sosyal güvenlik haklarından yoksunluk ve yedek sanayi ordusunun büyümesi istihdam politikalarındaki dönüşümün tablosu olarak karşımıza çıkmaktadır. 1980-2006 döneminde ekonomi % 4 büyümesine rağmen istihdamdaki artış % 1,5 düzeyinde gerçekleştiğinden (Ansal vd., 2000: 21; Mütevellioğlu ve Işık, 2009: 174) sermaye hareketlerindeki serbestleşmenin istihdamı artırmadan büyümeyi gerçekleştirdiği görülmektedir. Bu durum reel ücretlerde düşme, işsizlik, yoksulluk ve sosyal dışlanmayı beraberinde getirirken, dönüşüm sürecinin emek piyasasındaki yansımaları esneklik uygulamaları ile karşımıza çıkmaktadır. Taşeronlaşma, fiili çalışma sürelerinin uzunluğu, kayıtdışı çalışma ve buna bağlı olarak sosyal ve sendikal haklarda farklılaşma işgücü politikalarının geçirdiği dönüşümün temel yansımalarıdır. Sermaye sınıfı bunu desteklerken ortaya çıkabilecek aksaklıkların, “insana yatırım” görüntüsü altında temel eğitim ve koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan kamu kaynaklarının korunması ile giderilmesi beklendi. Ayrıca yoksullukla mücadele önlemleri ile sınırlı olan sosyal politika ile eşitsizlikle mücadele edilebileceği düşünülmekte idi. Sermayenin kendi içindeki ilişkiler ise, siyasi iktidarın sermaye sahiplerine yönelik olarak uyguladığı kayırmacı uygulamalar, destekleyici ayrıcalıklar ve sermaye sınıfının kendi içindeki ilişkilerini düzenleyen ve denetleyen özerk üst kuruluşların oluşturulması hedeflenmiştir. Özerk kurumlar aracılığıyla sermaye, siyasi iktidar tarafından sağlanan ayrıcalıkların iktidar dışından kontrol edilebilir, denetlenebilir ve düzenlenebilir olmasını hedeflemiştir (Bayramoğlu, 2005).

1980 sonrasında gittikçe daha da artan oranda kendini hissettiren IMF ve WB etkisi ya da baskısı diyelim, 5 Nisan 1994 Kararlarında gündeme getirilen tarıma yönelik yapılandırma programının kalıcı sonuçlar getirmemesi nedeniyle 1999'da tarım programlarında yeniden

⁴ Türkiye'de neoliberal dönüşümün derinlikli bir anlatımı ve analizi için Boratav (2005) ve Sönmez (1985 ve 1986) çalışmalarına bakılabilir.

gündeme geldi. Tarıma yönelik destekleme mekanizmalarının yakın zamanda tasfiyesi, tarımsal destekleme araçları olan KİT'lerin ve kredi araçlarının işlevinin azaltılması ya da tasfiyesi ve “Doğrudan Gelir Desteği” ile çiftçileri üretim sürecinden ayrıştıran sosyal destek, dönüm başına verilen sosyal yardım şeklinde kendini gösterirken, bu yardım işletme büyüklüğünü dolayısıyla mülkiyet ilişkilerini esas aldığından “yardım” niteliğine karşılık oluşturamamış ve gelir kaybını karşılamada yetersiz kalmıştır (Bağımsız Sosyal Bilimciler, 2012). Uzun vadede devlete yük olarak görülen, tarımı destekleme ve tarım ürünleri ithalatında koruma oranlarını düşürmeye yönelik taahhütler verilse de destekleme modelinin yerine getirilen üretimden bağımsız Doğrudan Gelir Desteği modelinin tarımsal destekleme uygulamalarını ikame etmesi mümkün değildir (Oyan, 2003).

Neoliberal dönüşüm programı Batılı merkezlerde hazırlanıp, uluslararası mali kuruluşlarca küresel ölçekte hayata geçirilse de, sürecin ilerleyişi ve politikaların uygulamaya geçirilme biçimi ve düzeyi yerel toplumsal gerçekliklere, özellikle de sınıfsal mücadelelere göre biçimlenmektedir. Türkiye ekonomisi 1980 sonrası meyledilen neoliberalizme geçiş sürecini yaşamaya devam etmektedir. 1980'den bugüne neoliberal dönüşüm gittikçe her alana yayılmaya ve her alanda derinleşmeye devam etmektedir. Bu dönüşüm bir nihai noktaya ulaşmış değildir. Bu tez çalışmasının kaleme alındığı sıralarda şeker fabrikalarının özelleştirilmesi gerçekleştirilmektedir. Bu süreç, en başında bir askeri darbe ile başlamasıyla olduğu gibi sürecin işleyişi açısından da özgün bir içeriğe sahiptir.

Neoliberalizme ilişkin bu genel açıklamaların ardından şimdi bu süreçte genel olarak sosyal politikanın ve özelde de refah rejimlerinin dönüşümüne daha yakından bakıp oradan asıl konu olan sağlık politikalarının derinlemesine bir irdelenmesine geçilebilir.

1.2. Sosyal Politika ve Sosyal Güvenliğin Yeni Liberalizmle Uyumlaştırılması

Neoliberal yeni kapitalist birikim rejimi toplumsal düzenin her alanını olduğu gibi sosyal politika alanını dönüştürmek gibi bir gündeme de sahiptir. Özügürlü'nün (2003: 59-60) dikkat çektiği gibi, bu, hem bir araştırma disiplini olarak sosyal politika açısından hem de devletin uygulamaya koyduğu sosyal politikalar açısından söz konusu olan bir dönüşümdür. Bizim bu çalışma bağlamında temel ilgimiz devletin uyguladığı sosyal politikalar üzerinedir. Bu bağlamda, Özügürlü (2003: 64-66) söz konusu dönüşümün niteliğinin en temelde üç boyutlu olduğunu tespit etmektedir. Buna göre, yaşanan niteliksel dönüşümün dikkati çeken ilk boyutu, geleneksel sosyal politika uygulamalarının odağında sınıfsal kimlik temelinde ücretli emekçi kesim yer alırken, yeni dönemin sosyal politikalarının sınıfsal temelli olmaktan çıkıp yaş, cinsiyet ve kültürel kimlik temelinde oluşturuluyor olmasıdır.

İkinci boyut, neoliberal dönüşüm sürecinde, sosyal politika alanında özellikle WB tarafından öncülük edilen “sosyal sermaye” kavramının yaygınlaşarak, bu alandaki hakim söylem konumuna geçmiş olmasıdır. Buna göre, başta işsizlik ve yoksulluk olmak üzere kapitalist emek piyasası ve bölüşüm ilişkilerinden kaynaklı toplumsal sorunların çözümü noktasında, geleneksel sosyal politika yaklaşımı yerine, sosyal sermaye yaklaşımı ikame edilmektedir. Bu, yalnızca kuramsal düzeyde bir üstünlük kurma çabası değil, pratik düzeyde de WB tarafından küresel ölçekte yaygınlaştırılan bir anlayıştır.⁵ Küçük, kapalı toplumlarda ve etnik ve din temelli cemaat örgütlenmelerinde öz-yardım içerikli ilişki ağlarının sosyal sermaye unsurlarının geliştirilip güçlendirilmesinde etkili olduğu öne sürülürken, küreselleşme ile entegre olan yerelliğe ait unsurların vurgulanması hedeflenmiştir. Bu şekilde küresel ve evrensel dil ve ölçütler geliştirmek yerine yerel ve özgü olanla bireyleştirme mümkün olabilirdi. Özuğurlu’ya (2003: 66) göre, WB’nin yeniden parlattığı “sosyal sermaye” kavramı, ekonomi-politikteki haliyle “sermayenin sosyalleşmesi” gibi bir anlama değil “sosyalın sermayeleşmesi” gibi bir anlama sahiptir.

Üçüncü boyut, sosyal politikanın toplumsal bütünleşme ve uyum gibi geleneksel işlevinin, piyasa düzeninin yol açacağı bazı olumsuzluklarla mücadele etme işleviyle ikame edilmesidir.

Dönüşüm sürecindeki geleneksel sosyal politika yaklaşımı merkezine aldığı ücretli istihdamdan sosyal korumaya en çok ihtiyaç duyan kesimi yeniden piyasa aktörleri haline getirmeyi hedeflerken, emeğin kontrolü ve toplumsal yeniden üretimle ilgili düzenlemeler, özelleştirmeler ve devletin dolaylı müdahale biçimlerinde dönüşümü gösterir niteliktedir.

Marshall 1949’da Cambridge’te yaptığı konuşmasında medeni haklara dayalı eşitliğin toplumsal eşitsizlikleri meşrulaştırıcı bir işlevi olduğunu belirtir. Toplumsal eşitlik ilkesi, kişinin işgücü piyasasındaki konumundan bağımsız olarak edinilen yaşam standardını gerektirir. Marshall’ın 1834 tarihli Yeni İngiliz Yoksul Yasası ile ilgili “Yoksulların taleplerini yurttaşlık hakları gibi değil, yurttaşlık statüsü sona ermiş insanların talepleri gibi değerlendirmiştir.” yorumu aslında, günümüzde revize edilen yeni hali ile aynen geçerlidir. Piyasa ekonomisinin kendi içinde barındırdığı toplumu yıkıcı etkisine karşı, toplumu koruyucu ve nihayet toplumsal eşitliği sağlayıcı güç olarak “yurttaşlık kurumunu” öne süren Marshall’a (1950) göre, siyasal ve sosyal haklar, medeni haklardan farklı olarak kapitalizme potansiyel bir tehdit oluşturur. WB’nin yoksullukla mücadele programlarına bakılırsa, bir sosyal politika hizmetinin hak temelli oluşumundan, klientalist ve paternalist ilişkiler temelli oluşuma evrildiğini görebiliriz. Yoksullukla mücadele programlarının baş mimarı olan WB,

⁵ WB’nin bu konudaki yaklaşımının ve pratik politikalarının ayrıntılı bir incelemesi için Fine’in (2002) ve Zabcı’nın (2003) çalışmalarına bakılabilir.

yoksulluğu ortadan kaldırmaktan çok yoksulluğu azaltma ve hafifletme üzerine odaklanmaktadır. Yoksulluğu azaltma ve hafifletmenin daha çok siyasi bir program olduğu, yoksullara yönelik oluşturulan sosyal güvenlik ağının yoksulun durumunu iyileştirmekten çok, iyi durumda olanlar için tehlike oluşturmasını önleme, varsılın malvarlığını yoksulun olası tepkisinden koruma amacının ön planda oluşundan anlaşılmaktadır (Zabcı, 2003). Asıl hedefin yoksullukla mücadele değil, yoksulluğu yönetme olduğu açıktır.

Neoliberal süreçte sosyal politika alanında yaşanan niteliksel dönüşümü ana hatlarıyla ortaya koyduktan sonra, şimdi daha spesifik olarak sosyal güvenlikle yaşanan dönüşüme bakılabilir. Öncelikle yöntemsel bir soruna değinerek başlamak yararlı olacaktır. Kapitalizmin erken dönemlerinden beri tekil sosyal politika önlemlerinin hayata geçirilmeye başlandığı görülse de, bütüncül ve sistematik sosyal politika ve sosyal güvenlik uygulamalarının tarihi ancak, 1945'e, savaş sonrası döneme kadar geriye gitmektedir. Neoliberal dönemde sosyal politikanın dönüşümü incelenirken, genellikle sosyal politikanın, sosyal hakların gerilediği ve özellikle sosyal güvenliğin metalaştırıldığı yönünde değerlendirmeler yapılmaktadır. Bu tespitler doğru olmakla birlikte, buradaki sorun neoliberalizm öncesi dönemde sosyal politika ve sosyal hakların ekonomi politik bir değerlendirmeye çok fazla tabi tutulmadan, ekonomik ve siyasal yapıdan bağımsız olarak pratiğe aktarılmış insan hakları gibi görülüyor olmasıdır.

1945 sonrası refah devletinin ve sosyal hakların yükselişi, tartışma yok ki, işçi sınıfının tarihsel mücadelesinin de bir sonucu olmakla birlikte, bu, dönemin egemen kapitalist birikim modelinin dışında, ondan bağımsız bir olgu değildir. Refah devletini eleştirel ekonomi politik bir yaklaşımla irdeleyen ve bu alanda klasikleşmiş denilebilecek çalışmalar, refah devletinin hem genel olarak güç ilişkileri açısından egemen sınıflar lehine hem de Keynesyen kapitalist birikim rejimi açısından yerine getirdiği işlevleri ortaya koymaktadır (O'Connor, 1973; Müller ve Neusüss, 1978; Gough, 1979; Esping-Andersen, 1990; Offe, 1993). Bir kapitalist devlet biçimi ve sermaye birikim rejimi olarak Keynesyen Refah Devleti olgusunun en derinlikli analizini yapanlardan biri olan Jessop (2002: 148), refah devletini, emek gücünün toplumsal yeniden üretiminin yanı sıra devlet gelirlerini genel olarak sermayenin ya da sermayenin belirli kesimlerinin yararına olacak şekilde yönlendiren bir işlev görmesiyle, her şeyden önce, "sermaye için refah" rejimi olarak adlandırmaktadır.

Bu kısa yöntemsel tartışmanın ardından sosyal güvenliğin dönüşümü üzerinde durulacak olursa, bu alandaki dönüşümün, en temelde, iki boyutlu olduğu görülmektedir. Birincisi, sosyal güvenlik haklarının niteliğinde yaşanan dönüşümdür. Sosyal güvenlikle yaşanan niteliksel dönüşüme vurgu yapmak için refah (welfare) ve refah devleti (welfare state) tanımlamalarının yerine, çalışma karşılığı refah (workfare) ve çalıştırmacı devlet

(workfare state)⁶ tanımları kullanılmaktadır. Bu tanımların temsil ettiği sosyal güvenlik olgularını birbirinden ayıran niteliksel özellikler konusunda belli başlı şu gözlem ve tespitler yapılmaktadır: Birincisinde sosyal güvenlik hizmetleri nesnel kriterlere bağlanmışken, ikincisinde klientalist ilişkiler ön plana geçmiştir. Birincisinde evrensellik ilkesi belirleyici iken, ikincisinde evrensellik ilkesi kaybolmaktadır. Birincisinde kamusal bir hizmet olarak yararlanılan sosyal güvenlik hakları, ikincisinde piyasada alınır-satılır bir meta haline gelmektedir.

İkincisi de sosyal güvenlikle yaşanan niceliksel dönüşümdür. Bu, sosyal güvenlik haklarına sahip olmak için yerine getirilmesi gereken prim ödeme süresi, yaş gibi koşulların ağırlaştırılması, buna karşın sahip olunan hakların miktarının ve yararlanma süresinin kısılmasına ilişkindir. Bilindiği gibi, neoliberal nitelikteki yeni kapitalist birikim rejimi kapsamında benimsenen parasalcı (monetarist) makroekonomik politikaların en temel hedefi fiyat istikrarının sağlanmasıdır. Fiyat istikrarını bozan temel neden olarak para arzı bolluğu ve para arzı bolluğuna yol açan temel neden olarak da yüksek kamu harcamaları görülmektedir. Sorun bu şekilde tanımlandıncı kamu harcamalarının kısılması birincil öncelik haline gelmektedir. Kamu harcamalarının kısılması hedefi, her şeyden önce, sosyal güvenlik harcamalarının kısılması gibi bir pratik politikaya dönüşmektedir.

Bir bütün olarak bakıldığında sosyal güvenlik politikalarının dönüşümü, esas itibarıyla yeni kapitalist sermaye birikim rejimine hizmet edecek şekilde, sosyal güvenliğin yeniden yapılandırılmasından ibaret gözükmektedir. Ebbinghaus ve Manow (2001: 2), refah rejiminin modern kapitalizmdeki rolünün, istihdam, nitelik kazanma, ücret ayarlaması ve yatırımlar açısından yerine getirdiği işlevler üzerinden doğru okunabileceğini ifade etmektedir. Jessop (2002: 152) ise, neoliberal dönemde, emekli aylığının uzun dönemli maliyetlerinin azaltılması ve emeklilik programlarının finansal sektörü destekleyecek şekilde yeniden düzenlenmesi, işsizlere yönelik aktif politikalar oluşturulması, eğitimin piyasanın ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde yeniden kurgulanması ve sağlık sisteminin dönüştürülmesi gibi reformların bu yeniden yapılandırma sürecindeki temel adımlar olduğuna dikkat çekmektedir.

Sosyal güvenliğin dönüşümüne ilişkin buraya kadar söylenenler dönüşümün genel bir çerçevesini özetlemekle birlikte, yalnızca bu kadarı ile yetinmek indirgemeci bir yaklaşım olur. Dönüşümün gerçekçi ve tatminkar bir açıklaması her ülkedeki sürecin başlı başına ele alınıp incelenmesini zorunlu kılmaktadır. Sonraki sayfalarda, Türkiye özelinde, sosyal güvenliğin ve spesifik olarak sağlık politikalarının neoliberal süreçteki dönüşümüne ana hatlarıyla yer verilerek bu bölüm sonlandırılmaktadır.

⁶ Wahl (2015: 207-208), “çalış-hak et” olarak adlandırdığı bu yeni anlayışla, sosyal güvenlik hizmetlerinin bir hak olmaktan çıkıp, bir ödül ve ceza sistemine dönüştüğünü ileri sürmektedir.

Türkiye’de sosyal güvenliğin dönüşümünü inceleyen çalışmaların yöntemsel olarak iki temel sorunla malul olduğu ileri sürülebilir. Dolayısıyla öncelikle bu sorunlara kısaca değinmek gerekmektedir. Birinci sorun dönüşenin ne olduğuna ilişkindir. Batılı ülkelerdeki süreci inceleyen literatür, bunu en genel düzeyde fordizmden post-fordizme doğru yaşanan bir dönüşüm olarak kavramsallaştırmaktadır. Yerel olgusal gerçeklikten çok, Batılı literatürden hareketle, Türkiye’deki neoliberal dönüşüm süreci de çoğunlukla bu kavramlarla tartışılmaktadır. Örneğin, Topak (2012), Türkiye’de de, neoliberalizmin egemen konuma geçmesinden önceki dönemde, bir fordist birikim rejiminin tesis edildiğini ileri sürmektedir. Buna karşın, Akpınar (2016: 164), tarım sektörünün ağırlığı, sosyal hakların sınırlı bir düzeyde olması, fabrika rejimleri ve emek süreçleri konusunda neredeyse hiçbir bilimsel araştırma bulgusunun olmaması gibi gerekçelerle, Türkiye’de fordist bir birikim rejiminin varlığından söz etmenin son derece güç olduğu görüşündedir. Bu karşı çıkışına gerekçe olarak da şu verilere dikkat çekmektedir: Neoliberalizme geçişin hemen öncesinde, 1970’lerin sonlarına ait resmi verilere göre, toplam 14 milyon 485 bin olan istihdamın 9 milyon 85’inin tarımda olması (DPT, 1979: 254) fordizm iddialarını tartışmalı hale getirmektedir. Yine aynı döneme ilişkin veriler, iş kanunları kapsamında çalışan işçilerin toplam işçiler içindeki oranının % 12,9 olduğunu göstermektedir (DPT, 1979: 132). Bütün nüfusun yalnızca % 44,74’ü sosyal güvenlik kapsamındadır (DPT, 1985: 153). Türkiye’de neoliberal dönüşüm sürecini tartışırken, dönüştürülenin ne olduğuna ilişkin bu farklı görüşlere yer vermek anlamlı olmakla birlikte, burada bu tartışmayı bir sonuca bağlamak hedeflenmemektedir.

İkinci sorun ise, neoliberal süreçte sosyal güvenlik politikalarını irdeleyen çalışmalarda benimsenen yönteme ilişkindir. Bu konuda kapsamlı bir literatür incelemesi yapan Akpınar ve Akyol (2018: 81), tespit ettikleri sorunları şöyle sıralamaktadır: İlk olarak sosyal güvenlikteki dönüşüm neoliberalizmle ilişkilendirilmesine rağmen, bu ilişkinin somut düzlemde tatmin edici düzeyde ortaya konulmaması, ikinci olarak, sosyal güvenlik hizmetlerinin metalaştığının iddia edilmesine rağmen buna ilişkin yeterli somut kanıtların sunulmaması ve üçüncü olarak, ulus devletin ve toplumsal sınıfların rolü hiçe sayılarak, sürecin bütünüyle uluslararası kuruluşların kontrolündeymiş gibi gösterilmesi dikkat çekilen temel sorunlardır.

Toplumsal yeniden üretimde önemli bir rolü olan sosyal güvenlik, neoliberal dönüşüm sürecinde yeniden yapılandırılırken, bütün kontrol onlarda olmasa bile, WB ve IMF’nin yapısal uyum programları aracılığıyla ve direktif olarak nitelendirilebilecek politika önerileri doğrultusunda bir yol izlenmiştir. Neoliberal sürecin başlaması, sermaye hareketlerinin küreselleşmesi, serbestleşmesi ve esnekleşmesi mali krizin kaçınılmaz olmasına yol açmıştır.

Mali kriz ve bütçe açıklarını aşmada kullanılan iç borçlanma, sermaye kesiminin yüksek rantlar elde etmesine neden olmuş ve krizi aşmada yetersiz kalmıştır. KİT'ler özelleştirilerek ve devlet istihdamı azaltılarak kaynak açığı kapatılmaya çalışılmıştır.

Dönüşüm sürecinden sosyal yardımlar da etkilenmiş, bireyin topluma yeniden kazandırılması hedeflenirken, yeniden çalışabilir duruma getirilmesi öncelikli olmaya başlamıştır (Handler, 2003). Özellikle, Türkiye’de de uygulama alanı bulan, çalışma karşılığı refah (workfare) yaklaşımına göre biçimlendirilen uygulamalar ile sosyal yardım ve hizmetlerden yararlanma koşulu, emek gücünün satımı koşuluna bağlanmış ve sermayenin ihtiyacı doğrultusunda işgücü niteliği ve mesleki donanımının şekillenmesi için özel istihdam büroları devreye girmiştir. Batılı ülkelerde, yoksullukla ve işsizlikle mücadelede workfare kavramıyla yaygınlaşan paradigmanın Türkiye formülasyonu olarak yapılandırılan Toplum Yararına Çalışma Programı (TYÇP)’nın dayandığı temel felsefe yoksullukla mücadelede İngiliz Yoksul Yasalarına kadar geriye gitmekte ve yoksulların aldıkları yardımlar toplum yararına yaptıkları işlere bağlanmaktadır (Gün, 2013). 2008’de yürürlüğe giren Türkiye İş Kurumu İş Gücü Uyum Hizmetleri Yönetmeliği ile hukuki bir zemine oturan TYÇP, kurs olarak tanımlanmış, İŞ-KUR’a kayıtlı işsizleri Milli Eğitim Bakanlığı’na bağlı eğitim ve öğretim kurumlarında, üniversitelerde, özel eğitim işletmelerinde, meslek kuruluşlarında, dernek ve vakıflar bünyesinde bir yıl içerisinde 9 ayı geçmemek üzere, kurs süresinde ödenecek ücretler ve sigorta primleri dahil tüm giderleri İşsizlik Sigortası Fonu’ndan karşılanacak yoksulların ve işsizlerin meslek edinmelerinin toplum yararına/kamu yararına bağlandığı bir sosyal politika programıdır. Aynı Yönetmelik ile 2008 yılında yürürlüğe giren Toplum Yararına Çalışma Programı (TYÇP)’nin adı, Toplum Yararı Program (TYP) olarak değiştirilmiştir (Doğanay, 2016: 43).

Gün’ün (2013) nitel görüşme teknikleri ile Tunceli’de yaptığı saha araştırması verilerine göre, Program, Tunceli’de daha çok Milli Eğitim Bakanlığı’na bağlı okullarda uygulanmakta olup 2009 yılından 2012 yılına kadar programa katılımda belirgin bir artış dikkati çekmektedir ve bu artış özellikle kadınlarda oransal olarak daha yüksek gerçekleşmiştir. 2009’da 53’ü kadın 139’u erkek olan kursiyerler, 2012’ye gelindiğinde 847’si kadın 862’si erkek olup toplam 1709 kursiyerden 426 kadın ve 263 erkek MEB’e bağlı okullarda program kapsamında kursiyerdir/çalışandır. Kadın kursiyer sayısındaki bu ciddi artışın nedeni de yapılan işin temizlik vb geleneksel kadın işi olarak görülen işler olması nedeniyle kurumların kadın kursiyer talebidir. Program “kurs” olarak formüle edilmiş olsa da hem kurum görevlileri hem kursiyerler herhangi bir eğitim görmediğini ifade etmiş, zira yapılan işin temizlik olduğuna dikkat çekmiştir. Sonuç olarak araştırmanın verileri gösteriyor

ki İngiliz Yoksul Yasaları gibi TYP de yoksullara yapılan yardımları çalışma koşuluna bağlıyor, ücretler çalıştıran kurum tarafından değil Fon'dan ödeniyor ve eğitim vurgusu ile hem yoksulun hem piyasanın ihtiyacını karşılamış oluyor. Program, yoksullara mesleki eğitim kazandırmadığı gibi, vasıfsız işler ve düşük ücretlerde yoksulları çalıştırarak aslında yoksulluk döngüsüne hizmet etmektedir. Neoliberal politikaların güvencesizleştirdiği emek piyasasında TYP'nin, yoksullukla mücadele yöntemi olarak sunulan sosyal politika önlemi olmanın ötesinde önemli bir istihdam biçimi haline geldiği Doğanay (2016: 46) tarafından vurgulanmaktadır. Doğanay'ın (2016), Antalya İŞ-KUR'dan 16 TYP katılımcısı ile yaptığı derinlemesine görüşme ve gözlem teknikleriyle elde ettiği verilere göre görüşmeciler, mesleki yeterliliklerin geliştirilmesine yönelik değil iş piyasasının ihtiyaçları doğrultusunda ve çoğunlukla temizlik, çevre bakımı gibi vasıfsız işlerde çalışmaktadır. Dolayısıyla programdan yararlanma süresi dolanlar eski yoksulluklarına geri dönmekte ve aldıkları eğitim ile yeni vasıflı işlere yönelememektedir. Bu durum, programdaki güvencesizliği ön plana çıkarırken; programın yalnızca iş piyasasının ihtiyacını karşılamaya yönelik olduğunu da göstermektedir.

Neoliberal dönüşüm sürecinde metalaştırılmaya başlanan sosyal yardımlar, 2000'li yıllarda devletin vakıf kurarak etkinliğini artırmasıyla siyasi istikrar aracı olarak kullanılmaya başlanmıştır. Yeniden yapılandırılan emek piyasası politikaları ile güvencesiz çalışma koşulları altında işçileştirilen geniş bir kesimin durumunu ifade etmek için, ücretli istihdam ilişkisi içerisine girse de yoksulluktan kurtulamaması nedeniyle "çalışan yoksulluğu" kavramı kullanılmaya başlanmıştır. Genel yoksulluğu azaltmaya yönelik politikaların içerisine yerleştirilen çalışan yoksulluğuna yönelik politikalar, dönüşüm sürecinde emeğin yeniden üretiminde taşıyıcı bir işlev üstlenmiştir. Türkiye'de uygulanan ekonomik program, çalışan yoksulluğunu azaltmak yerine yeniden inşa etmiş; istihdamsız büyüme ve yaratılan işlerin nitelik düzeyi istihdamın yoksulluktan kurtulacağı görüşünün karşılıksız kaldığını gösterir nitelik kazandırmıştır. İşgücü piyasası politikalarına bakarsak, yararlanma koşulları ve ödenek miktarları açısından işsizlik sigortası başta olmak üzere pasif işgücü piyasası politikaları; yaratılan istihdamın sınırlı, yaratılan işlerin düşük ücretli, güvencesiz işler olması açısından mesleki eğitim programları, toplum yararına çalışma, danışmanlık ve işe yerleştirme hizmetleri şeklindeki aktif işgücü piyasası politikaları çalışan yoksulluğunu azaltmada yetersiz kalmıştır. Türkiye'de çalışan yoksulluğunun yönetimi sosyal yardımlar aracılığıyla gerçekleştirilmek istendiğinden, yoksulluk merkezli sosyal politikaların sosyal yardımlar üzerine yoğunlaşarak ücretli istihdam, toplu pazarlık, grev, sosyal güvenlik gibi sosyal politika uygulamalarından uzaklaştığı şeklinde de değerlendirilebilir (Erdoğan ve Kutlu, 2014). Özellikle 2000'li yıllarda neoliberal politikalarla birlikte Türkiye ekonomisinin karşı

karşıya kaldığı istihdam yaratmayan büyüme, üretim biçiminin kazandığı yapısal özellikler, işgücünün yapılandırılma biçimi olarak esnek zamanlı işler, taşeronlaşma, kayıtdışı çalışma gibi uygulamaların yaygınlaşmasıyla çalışma olanaklarından yoksun kalmış insanların işsizlik ve yoksulluktan kurtulma arzusundaki ‘her türden işi’ kabul edecek yedek işgücü ordusu, gerektiğinde sermayenin ihtiyaçlarını karşılayabilecek niteliktedir (Fırat, 2014). Yoksullukla mücadelede sosyal yardımların önemi dikkatten kaçırılmaması gerekirken, yoksullukla mücadelenin yardıma muhtaç bırakmakla, yoksulluğu yeniden üretmekle sınırlı olduğu da vurgulanmalıdır.

Türkiye’de yapısal uyum programları tarafından desteklenen neoliberal dönüşümler basit makroekonomik, yönetsel ve sektörel düzlemleri aşır sermayeleştirilecek emek gücü miktarında yüksek bir artış yaratmış ve emek gücünün fiyatını düşürme yolunda hızlı mesafe katetmiştir. Kamu varlıklarının ve kamusal koruma mekanizmalarının özel sektör merkezli bir anlayışla yok edilmesi, korunaksız geniş bir kitlenin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu kitle, sistemin devamında hem ekonomik hem de sosyal açıdan tehdit unsuru haline geldi. Tüm diğer kapitalist ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de, yurttaş kimliğini giderek yitiren bu kitle için yoksul yasaları yeniden çağrılmış ve IMF ve WB önderliğinde dünyanın dört bir yanında uygulamaya konulmuştur (Köse ve Bahçe, 2009). Neoliberal dönüşüm sürecinde oluşturulan yeni sosyal politika rejimleri, ülkeden ülkeye farklılıklar gösterse de, temelde piyasayla daha çok bütünleşmiş bir anlayışla sosyal devlet anlayışının karşısında yer alır. Durmaz’a (2016) göre, yoksul toplumsal kesimleri piyasaya yeniden entegre etmenin aracı olarak sosyal yardımlar, yeni sosyal politika anlayışının, Türkiye özelinde, klientalist ilişkilerle iç içe geçmiş bir sosyal rejime dönüşmüştür. Sosyal yardımların siyasi istikrar aracı olarak kullanılmasının toplumda yerleşmesi ile yerel yönetimlerde de bundan yararlanılmıştır. Sosyal yardım ve hizmetlerin yurttaşlık temelinde objektif bir hak olarak verilmesinden çok klientalist ilişkilere dayanan subjektif kriterlerle verilmesi, sosyal güvenlik sisteminin dönüşümünde öne sürülen işlevselliği sorgulatmaktadır. Küreselleşme sürecine kendine özgü sosyo-ekonomik şartlar ile giren Türkiye’de sosyal harcamalar için kullanılan söylem yurttaşlık ve insan hakları kavramlarını içerse de üretkenlik ve işgücünün niteliğine yapılan vurgularda sermayenin ihtiyaçları çerçevesinde planlandığı anlaşılmaktadır (Bakırezer ve Demirer, 2009). Klientalist ilişkilerle şekillenen sosyal yardım ve hizmetler, yoksulluğun ortadan kaldırılması yerine, yoksulluğun yönetilmesi görevini yerine getirmektedir.

WB ve IMF’nin direktifleri ve önerileri doğrultusunda dönüştürülmek istenen sosyal güvenlik sistemi, Türkiye özelinde, kendi içinde çelişkiler barındırır. Nüfusun gittikçe yaşlanması gerekçe gösterilerek sosyal güvenlik sisteminin sürdürülebilir olması için yapılan

düzenlemeler, genç işsizliğinin yüksek olmasının da Türkiye’de önemli bir sorun olduğunu göz ardı etmektedir. Bağımlı nüfus olarak adlandırılan 0-14 yaş ve 65 yaş ve üstü nüfusun fazla olması ve sosyal güvenliğin finansmanı açısından nüfus artışının sistemde bir kriz oluşturacak olmasına rağmen siyasi argüman olarak nüfus artışını özendirici söylemlerde bulunulması da dikkat edilmesi gereken bir noktadır. Genç istihdamı artırma politikalarına yönelmek hem sisteme katkı sağlayacak hem de bağımlı nüfusun yükünü azaltmaya olanak sağlayacak olmasına rağmen ve Türkiye genç nüfusa sahip olduğu halde, WB raporlarına göre, nüfusun yaşlanması sosyal güvenlikle dönüşüme gerekçelerden biri olarak gösterildi ve genç istihdamı gündemde geri planda kaldı. TÜSİAD (Türk Sanayicileri ve İş Adamları/İnsanları Derneği) tarafından çıkarılan raporlar, sosyal güvenlik sisteminin sürdürülebilir olmadığını vurgularken, sosyal güvenlik reform önerileri sistemin aşamalı ve temelden dönüşümünün gerekliliğini savunmaktadır (TÜSİAD, 1996; 1997). Yukarıda da belirtildiği gibi uluslararası mali kuruluşlar da bu sürece doğrudan müdahil olmuştur. Örneğin IMF 1999 yılında sosyal güvenlik sisteminde reform yapılması ön koşuluyla kredi vermeyi kabul etmiştir (Hazine Müsteşarlığı, 1999).

Sosyal güvenlik sistemine devlet katkısının Türkiye’de, görece, geç başlaması ve sosyal güvenliğin işçi ve işverene yüklenmesi, kayıtdışı istihdamın yüksek olması gibi işgücü piyasasının yapısal sorunları sosyal güvenliğin finansmanı sorununu ortaya çıkarmıştır. Oysa işgücü piyasasının yapısal sorunlarını çözmeden sisteme gelir toplamak daha zor olacaktır. Ülkede yaşanan ekonomik krizlerden en çok etkilenen küçük işletmelerin prim borçlarındaki artış ve kayıtdışılığın artması sisteme katkı sağlamada yetersiz kalmakta, üstelik kriz döneminde bağımlı nüfus oranındaki artış sistemin gelir-gider dengesinin iyice bozulmasına neden olmaktadır. Sosyal güvenlik sisteminin koruyucu olmaktan onarıcı olmaya dönüşümü, aslında sistemi iyice darboğaza sürüklemiş ve gelir artırıcı-gider azaltıcı önlemler sistemde tıkanıklığa neden olduğundan “sosyal” güvenliğin “bireysel” güvenliğe dönüşümü nispeten kolaylaşmıştır. Uluslararası rekabete uygun şekilde tasarlanan düzenlemelerin, esnek bir işgücü piyasası oluşturma, devletin üretim sürecine müdahalesini yeniden düzenleyen ve emek ile sermayeyi karşı karşıya getiren, emeğin yeniden üretiminde önem taşıyan formel bir işgücü piyasası oluşturma eğiliminde olduğu görülmektedir.

SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı olmak üzere üç Kurumun tek çatı altında toplanması, emeklilik yaşının kademeli olarak artırılması, aylık bağlama oranlarının ve miktarlarının düşürülmesi, primlerin ve prim ödeme gün süresinin artırılması, bireysel emeklilik sisteminin sosyal güvenlik sisteminin aşama aşama bireyselleştirilmesinde basamak olarak kullanılması, Genel Sağlık Sigortası ve Sosyal Yardımlar ve Primsiz Ödemeler Kanunu

ile sosyal yardım ve hizmetlerin idari ve mali özerkliğe kavuşturulması, sosyal güvenlik kurumlarının sağlık hizmetlerini satın alma yoluyla piyasadan temin etmesi, karlılık anlayışı ile çalışan hastanelerin ortaya çıkması vb şekillerde gerçekleşen dönüşüm aşamaları, yapısal uyum programları ile empoze edilmeye çalışılan, sosyal devlet uygulamalarının kamu açığına neden olduğu fikrinin yansımalarıdır.

Kamu açıklarının azaltılması amacıyla 5 Nisan 1994 Kararlarında, sağlık harcamalarında kesinti yapılmış, birinci basamak sağlık hizmetlerine önem verilip aile hekimliği uygulamasının alt yapı hazırlıklarına başlanmıştır. Ancak “Sağlıkta Dönüşüm Projesi” ve Genel Sağlık Sigortası sisteminin hayata geçirilmesi 2000’li yıllarda olmuştur. Bu dönemde WB de Türkiye’de sağlık sisteminin dönüştürülmesini salık veren raporlar kaleme almıştır (WB 2003a; 2003b). WB (2003a, 43), Türkiye’deki nüfusun sağlık hizmetlerine erişimindeki problemler (anne ve bebek ölüm oranlarının, ölü doğum oranlarının yüksekliği gibi), bölgelerarası sağlık koşullarına erişimdeki dengesizlik, bazı bölgelerde sağlık personellerinin yetersiz sayıda olması, yoksulların tedavi hizmetlerine erişememesi, genel kamu hastanelerindeki verimsiz işletmenin kaynak israfına neden olması, önleyici sağlık hizmetlerinin yetersizliği gibi nedenlerle dönüşümün gerekli olduğuna inanmaktadır. Sağlık hizmetlerini basamaklandıran 5510 sayılı Kanun, koruyucu sağlık hizmetlerinden çok tedavi hizmetlerini ön plana çıkararak neoliberal düzenin sağlık hizmetlerinde de var olma çabasını gözler önüne sermiştir. Sağlığın metalaşma süreci, devletin yalnızca sigortacılık faaliyetini yürütmesi ve sağlık hizmetleri sunumunun özel sektör dahil edilerek gerçekleştirilmesinden görülebilir. Bu şekilde, GSS ile yeniden şekillenen sağlık hizmetlerinde devlet, artık doğrudan sağlık hizmetiyle ilgilenmek yerine, neoliberal düzene uygun olarak, bu hizmetin finansmanı ve denetimi ile ilgilenecektir. Hastaneler üzerindeki kontrol ortadan kalktığından, karlılık anlayışı ile faaliyette bulunan hastanelerde sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılması piyasaya bırakılmış oldu.

Bir sosyal yardım aracı olan “yeşil kart” uygulaması, sosyal güvencesi olmayan yurttaşların sağlık güvencesinden yararlanmasını sağlayan ve GSS’ye geçişte hazırlık olarak planlanan bir uygulama olsa da klientalizme yatkınlığı keşfedilince toplumdaki yeri pekişmiştir. Sosyal güvenliğin istihdam ile ilişkisi, “sosyal” kavramının tüm nüfusu kapsamamasına neden olmakla birlikte GSS ile sağlığın istihdamla olan ilişkisi kesilmeye çalışılmış; ancak işsizlik ve yoksulluk GSS primini ödeyerek sisteme dahil olmayı engellemiştir. GSS ile herkesin sisteme prim ödemek zorunda bırakılması, prim ödeyemeyenlerin primlerinin bütçeden karşılanması, üç kurumun sağlık sigortalarının tek çatı altında toplanması ve “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile birleştirilmesi öngörülmüştür. 1 Ekim

2008’de uygulanmaya başlayan GSS, Yeşil kart uygulamasını da prim ödeme zorunluluğu ve klientalist ilişkilerle siyasi kaygı nedeniyle ancak 2010’da bünyesine dahil etmiş; ve fakat prim ödeme gücü olmayanlar yine prim ödemedi GSS’den yararlanmaya devam etmiştir.

Yapısal uyum programları ile başlayan dönüşüm sürecinde, sosyal güvenliğin finansmanının kamu açıklarına neden olduğu gerekçe gösterilmiştir. Bulunan çözüm, ‘neoliberal dönüşüm’ finansman açığını kapatmak bir yana açığın daha da büyümesine yol açmıştır. Sosyal güvenlik kurumlarının açığı, Türkiye’de kamusal sosyal güvenlik sistemlerindeki sürdürülebilirlik tartışmalarından farklı olarak, nüfusun yaşlanması ve istihdam olanaklarının artış oranının ekonomik gelişme oranının altında seyretmeye başlamasına değinen Yılmaz ve Yentürk’e (2018b) göre, Türkiye’de sosyal güvenlik sistemi ve bu sistemin hükümetlerle ilişkisini kuran siyasi sisteme özgü birtakım niteliklerden kaynaklanmaktadır. Dönüşüm sürecinin sonunda işsizlik ve yoksulluk yapısal bir sorun olmaktan bireysel sorumluluğa indirgenmiş ve parasal ilişkiler gittikçe daha yoğun hissedilmiş, sosyal dışlanma algısını artırmıştır. Genç işsizlikteki artış, yoksulluk ve sosyal dışlanma, sosyal koruma ve sosyal yardıma ihtiyacı artırırken, sosyal güvenlik sistemindeki neoliberal dönüşümle birlikte sosyal güvenlikteki “sosyal” olanın piyasanın işleyişine bırakılıp bireyin kendi kaderine terk edilmesi durumunu ortaya çıkarmıştır. Dönüşüm sürecinde özel sektörün sosyal güvenlik alanına girmesiyle yüksek gelir grupları özel sigortacılığa yöneldiğinden, düşük gelir gruplarına doğru gelir transferini etkisiz kılmış ve “bireyci” kültürün yerleşip “sosyal” olgusunu yok etmesi neoliberal politika temel hedefleri doğrultusunda gerçekleşir olmuştur.

1.3. Sağlık Politikalarında Dönüşüm

1.3.1. Sağlık Politikalarının Geçmişi: Sosyalleştirme Çabaları

Emeğin yeniden üretiminde önemli bir yere sahip olan sağlık hizmetleri, 1980 sonrası yaşanan neoliberal dönüşüm sürecinden payını alan hizmetlerden biridir. Neoliberal ilişkilerin kamuda dönüşüm sürecine girmesiyle kamusal sağlık hizmetleri dünyanın birçok yerinde olduğu gibi Türkiye’de de reform programları ile yeniden yapılandırılmıştır.

Türkiye’de sağlığın temel insan haklarından biri olduğu 1961 Anayasasında, 49. madde ile (Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir.) güvence altına alınınca sağlık hizmeti politikalarının ücretsiz kamusal hizmet olması gerektiğinden yola çıkılmış ve genel sağlık sigortası kurulması yönünde talep ve hatta baskı bulunmasına rağmen dönemin Sağlık Bakanlığı

müsteşarı olan Dr.Nusret Fişek'in çabalarıyla 1961 tarihli 224 sayılı⁷ “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa” ile sosyalleştirme uygulamaları ancak 1963 yılından itibaren hayata geçirilmiştir. Sosyalleştirme uygulamalarının başlamasıyla aslında sağlık hizmetleri yurttaşlık hakkı olarak tanınmışsa da devlet tarafından sahiplenilmemiş olduğundan “tüm nüfusu kapsayan, prime değil tamamen yurttaşlık statüsüne bağlı bir sağlık hizmeti sistemi kurulamamıştır” (Ünlütürk Ulutaş, 2011: 122).

Sosyalleştirme uygulamalarının en temel taşı olan sağlık ocaklarının ülkenin tamamına yaygınlaştırılarak sağlık hizmetlerinin en ücra köşelere dek varmasını sağlamak hedeflenmişse de 1960-1980 döneminde “özel sağlık hizmetlerinin de desteklendiğini, sağlıkta özelleştirme aracı olarak (Fişek vd., 1997: 88) Genel Sağlık Sigortası çalışmalarının başladığını ve Sağlık Bakanlığı hastanelerinde döner sermaye uygulamalarına geçildiğini” (Cevahir, 2016: 74) de söylemek mümkündür.

Koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin bir bütün içinde sunulması gerektiğini savunan toplum hekimliği yaklaşımını baz alan sosyalleştirme uygulamalarının temel taşı sağlık ocakları olsa da Fişek (1991: 4) tarafından, 1965 sonrası hükümetlerin sosyalleştirme programına inanmaması, sağlık ocaklarına yeterli sayıda hekim atanmaması, sağlık ocağı-hastane işbirliğinin kurulamamış olması, personel ödeneklerinin ödenmemesi yeterli araç-gereç ve ilaç desteğinin sağlanmamış olması sosyalleştirme programının başarısız olma nedenleri olarak özetlenmiştir. Sosyalleştirmenin mimarı Prof. Dr. Nusret H. Fişek 1976 yılında Cumhuriyet Gazetesi'nde⁸ yayınlanan, Genel Sağlık Sigortasına Niçin “Hayır” başlıklı yazısında dönemin koşulları gereği sağlık hizmetinin ülkemizde bir finansman sorunu değil de hekim gücü açığı sorunu olduğu için gerçekleştirilemeyeceğini belirttikten sonra neden karşı çıktığını şöyle açıklamıştır:

Hükümetin Türkiye Büyük Millet Meclisine sunduğu kanun tasarısına göre, kanun hizmetlerin uygulanma olanağı olan yerlerden başlayarak kademeli olarak yurt içine yayılması ve bu durumda yeterli hekim gücü olmadığından herkesin hekim hizmetinden yararlanma imkanının olamayacağı, sigortalıya özel muayenehane hekimleri dahil istediği hekim ve hastaneye gitme hakkının tanınarak hükümetin ve Sosyal Sigortalar Kurumunun hekimlik hizmetinden elini çekmesine neden olacağı, muayene hekimliğinde kazanç olasılığını artırarak tüm halka eşit hizmet götürmek isteyen hükümetlerin sağlık hizmetlerini sosyalleştirme çabalarını baltalayacağı, koruyucu hekimlik hizmeti için hükümetlerin maaşla hekim çalıştırmakta yaşadığı zorlukların daha da artacağı, sigorta kademeli olarak uygulanacağından hizmetten yararlanan vatandaşa yapılan hizmetin finansman yükü yararlanan yararlanmayan herkes tarafından yüklenileceğinden genel sağlık sigortasına hayır demeli.

⁷ 224 Sayılı Kanun, 05.01.1961 tarihinde kabul edilmiş, 12.01.1961 tarih 10705 sayılı Resmi Gazetede yayınlanmıştır.

⁸ Cumhuriyet Gazetesi, Genel Sağlık Sigortasına Niçin “Hayır”, 6 Ocak 1976

Türkiye’de dönemin koşullarında sigorta kurulmasına ihtiyaç olmadığını belirtmiş ve vatandaşlar arasındaki sağlık hizmetinden yararlanma farklılığını belirginleştirmemek için sağlık sigortasında kaçınarak sağlık hizmetlerinin tek bir elde ve genel bütçeden sağlık hizmetlerine ayrılan payı artırarak sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerini uygulamak için daha fazla çaba harcanması gerektiğini ifade etmiştir (Fişek vd., 1997). Öyleyse denebilir ki, aslında sosyalleştirme uygulamalarının terk edilip sağlık hizmetlerinin piyasaya bırakılma süreci 1980’li yılları beklemeden gerçekleşmeye başlamıştır.

1.3.2. Sağlık Politikalarının Dönüşümünde Zaman Dizini

1980’li yıllara gelindiğinde IMF’nin istikrar politikası paketi ile WB’nin yapısal uyum programlarını kapsayan 24 Ocak 1980 Kararları, diğer sosyal politika alanlarıyla birlikte sağlık politikasında da neoliberal dönüşümü gerekli kılmıştır. Genel Sağlık Sigortası yasa taslağı ilk olarak 1967 yılında hazırlanmış, 1974’te yeniden TBMM’ye sunulmuş ama görüşülememiş, 1982 Anayasasının 56.maddesinde “Genel Sağlık Sigortası kurulabilir.” ifadesi yer almış olsa da, bu konu, ancak, 1987’de yeniden gündeme gelmiştir. 1961’de başlayan sosyalleştirme çabaları 1980’li yıllarda neoliberal dönüşümün eşiğinde, sağlık hizmetlerinin finansmanının önem kazanmasıyla aslında 1987 yılında yeniden gündeme gelmiş, ancak hukuksal düzenlemeler gerçekleştirilememiştir (Sağlık Bakanlığı, 2003).

Sağlık hizmetleri politikalarının sosyalleştirme sürecinden metalaşma sürecine evrilmesi, anayasal düzenleme ile de desteklenmiştir. Şöyle ki; 1961 Anayasasında bir hak olarak tanımlanan sağlık, 1982 Anayasasında bir hizmet olarak tanımlanmıştır. 1961 Anayasasının 49.maddesinde “sağlık hakkı” devlet tarafından güvence altına alınmışken, 1982 Anayasasının 56.maddesinde devlet, sağlık hizmetlerini düzenleyici ve denetleyici role sahip olmuştur (Ünlütürk Ulutaş, 2011: 125) ve bu sağlık hizmetlerini bu şekilde yerine getirebilmesi için de ilgili maddede “... Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.” demektedir. 1982 Anayasasında özel sektörün sağlık hizmetlerine yatırımının yolu anayasal düzene kavuşmuş ama aslında “1981 yılında Bakanlar Kurulu Kararı ile sağlık yatırımları teşvik kapsamına alınmış ve kamusal kaynakların özel sektöre aktarımının” yolu açılmıştır (Ünlütürk Ulutaş, 2011: 125).

1987 yılında Genel Sağlık Sigortasının yeniden gündeme gelmesiyle aynı yıl çıkarılan ve sağlık hizmetlerinin metalaşması ve devletin sağlık hizmetleri alanındaki sorumluluğuna son verilmesi aşamalarında kendinden sonraki yasa tasarılarına öncü olan 3359 sayılı⁹ “Sağlık

⁹ 3359 Sayılı Kanun, 07.05.1987 tarihinde kabul edilmiş, 15.05.1987 tarih ve 19461 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

Hizmetleri Temel Kanunu” çıkarılmıştır. Söz konusu yasa ile devletin kamu ve özel sağlık kuruluşlarının her ikisine de aynı mesafede yaklaşması anlayışının egemen kılınması, kamu sağlık kuruluşlarının işletme haline getirilmesi ve sosyal güvenceye sahip olanların kamu veya özel farketmeksizin istediği sağlık kuruluşundan yararlanabilmesi olanaklı kılınsa da pratikte bu kanunun hayata geçirilmesi için gerekli düzenlemeler hazırlanamamış ve kanun uygulanma şansı bulamamıştır. Bazı maddeleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiş, iptal edilmeyen maddeleri de uygulamaya konulamamış olsa da sağlık hizmetlerinin neoliberal dönüşüm sürecinde çerçeve plan olarak işlev görmüş ve sonraki yasa tasarılarında öncü olmuştur.

1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı tarafından “Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması” adında temel bir plan hazırlanmış ve bu plan doğrultusunda 1.Ulusal Sağlık Kongresi (1992) ve 2.Ulusal Sağlık Kongresi (1993) gerçekleştirilerek ulusal sağlık politikaları belirlenmiş ve aslında sağlıkta metalaşma sürecini yansıtan politikalar geliştirilmiştir. Sonrasında “Sağlık Reformu Projesi” olarak anılacak olan sürecin de başlangıcı olmuştur. Metalaşma ve özelleştirme hedeflerinin de somutlaşmaya başladığı 1990-1994 döneminde “kişilerin hekim ve sağlık kuruluşu seçme hakkı”, “sağlık hizmetlerinde kaliteli ve verimlilik esasına uygun işletme esaslarının uygulanabilmesi” gibi ilkeler ilk defa VI. Beş Yıllık Kalkınma Planı- Sosyal Güvenlik ve Sağlık Hizmetlerinin Rasyonalizasyonu Özel İhtisas Komisyonu Raporunda gündeme gelmiştir (Ünlütürk Ulutaş, 2011: 128-129). 1990 yılında WB projelerini yürütmek amacıyla Sağlık Bakanlığına bağlı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü kurulmuştur.

2003 yılında gündeme gelen Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile sağlık hizmetleri daha belirgin olarak metalaşma sürecine girmektedir. Kamusal sağlık hizmeti üretimi ve sunumundan çekilmenin adım adım koşulları hazırlanmaya başlandı. Genel sağlık sigortası sistemi 5510 sayılı Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası Yasası ile 1 Kasım 2008 tarihinde yürürlüğe girmiş olsa da bunun hazırlık aşamalarından olan 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Yasası ile SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında 2006 yılında birleştirilmiştir. Genel sağlık sigortası sisteminin dikkati çeken en önemli özelliği, sağlık hizmetinin finansmanı ile üretiminin birbirinden kesin olarak ayrılması ve sistemin esasen “hizmet satın alma” odaklı düzenlemeler içerdiğiidir.

SDP’nin hedeflerinden biri olarak, kaynakların etkili ve verimli kullanılması için idari ve mali özerkliği sağlamak amacıyla KHK ile 2011 yılında kurulan Kamu Hastane Birlikleri 2016 yılı Sayıştay raporunda zarar ettiği belirtilince 2017 yılında yine KHK ile kaldırılıp Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Genel Müdürlüğe dönüştürülerek Sağlık Bakanlığı

merkez teşkilatına bağlanmıştır. Entegre Sağlık Kampüsü, Kamu-Özel Ortaklığı (KÖO), Kamu-Özel İşbirliği (KÖİ) ve son olarak Şehir Hastaneleri adında karar kılınan, Programın bir diğer projesi şehir hastaneleri için ilk ihale 2011 yılında yapılmış ve ilk şehir hastanesi 2017 yılında Yozgat'ta açılmıştır.

1.3.3. Sağlık Politikalarındaki Dönüşümün Yansımaları: Var Olan Literatür Üzerine Bir İnceleme

1990 yılında WB'nin sağlık alanına ilişkin projelerini (sağlık sigortası, özelleştirme, tedavi edici sağlık hizmeti ile sınırlı tutulan sağlık hizmeti vd.) yürütmek amacıyla Sağlık Bakanlığına bağlı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü kurulmuştur. Koordinatörlük, WB'nin sağlık sektöründe kullanılmak üzere verdiği kredileri politik kaygıyla, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesini öngören bir yaklaşımla, Sağlık Reformu projelerini yürütmeye kullanmayı amaçlamıştır. Sağlık sektöründe devletin rolünün koruyucu sağlık hizmetleri ile sınırlı kalmasını, tedavi edici hizmetlerin ise özel sektör tarafından üstlenilmesini öngören WB kredileri temelinde sağlıkta özelleştirme politikalarını desteklemektedir.

Bu döneme ilişkin bir önemli uygulama da 1992 tarihli 3816 sayılı “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun”¹⁰ çıkarılmasıdır. Buğra'ya (2010) göre, hastanelerin ticari işletmeler gibi yönetilme esası ve doktorlara hastane karlarından pay verilmesini sağlayan döner sermaye uygulaması, yoksulluk belgesini göstermeseler de “idare edilen” yoksul hastaların artık sağlık hizmetinin karşılığını ödemek zorunda kalmaları sonucunu doğurmuştur. Bu uygulamanın, hasta ve hasta yakınları açısından doğurduğu sonuçlar ile siyasi konjonktürdeki dalgalanmalar nedeniyle çıkarılan Yeşil Kart Kanunu, Genel Sağlık Sigortası yürürlüğe girinceye kadar uygulamada kalmasını, sosyal güvenlik şemsiyesi altında olmayan ve sağlık giderlerini karşılayamayacak olan dar gelirliilerin –yatarak tedavide- sağlık giderlerinin devlet tarafından karşılanmasını karara bağlamıştır. Ancak, özellikle klientalist ilişkileri perçinlediği fark edilince uzun yıllar yürürlükte kalmıştır.

1980 sonrası neoliberal dönüşümle gündeme gelen sağlık hizmetlerini metalaştırma çalışmalarının yansımalarının en somut örneği olan ve Sağlık Bakanlığı tarafından 1993 yılında hazırlanan “Ulusal Sağlık Politikası” raporu, 1990 yılındaki “Sağlık Sektörü Master Planı Etüt Çalışması”nı temel almıştır. Rapor, aslında, 1980 sonrasında uygulanan piyasa odaklı sağlık hizmeti anlayışının devamı niteliğinde olup Sağlık Bakanlığını, yalnızca, sağlık sektörünü planlayan ve denetleyen bir kurum haline getirmeyi hedeflemiştir. Bağımsız Sosyal

¹⁰ İlgili kanun 18 Haziran 1992 tarihinde kabul edilmiş, 3 Temmuz 1992 tarih ve 21273 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

Bilimciler'e (2015: 239) göre, Türkiye'de sağlıkta metalaşma girişimleri, uluslararası alanda bu yöndeki girişimlerle paralel bir seyir izlemiştir. Bu dönemde Genel Sağlık Sigortasına geçiş çalışmaları devam etmiş ancak sonuçlanamamıştır. Devletin sağlık hizmetleri alanındaki görevi, WB ve IMF'nin belirttiği gibi, koruyucu hizmetler ve muhtaç durumdaki vatandaşlara destek ile sınırlı tutulmuştur (Bağımsız Sosyal Bilimciler, 2012: 225).

1980'li yılların sonundan beri sağlık sistemini değiştirmek bütün hükümetlerin politika hedefleri arasında yer almaktadır ve dönüşümün niteliğinde temelde farklılık göstermemektedir. WB ve IMF'nin yardım koşulu olarak dayattığı "Yapısal Uyum Politikaları" ile yapılmak istenen, sağlık sektörünün piyasaya evrilmesi, sağlık sisteminde değişim ve dönüşümdür. Kartal'a (2009: 37) göre, WB'nin politika önerileri verimlilik ve parasal değere odaklanmış mali kaygılara dayanmaktadır ve WB Türkiye'de kamu harcamalarının kısıllacağı iki anahtar sektör olarak sağlık ve sosyal güvenliği belirlemiştir. Sağlık dahil bir çok sosyal alana yönelik kazanımların gerilemesinin altında yatan temel neden, Hamzaoğlu'na (2006: 58) göre, 1960'lı yılların sonunda yaşanan kapitalizmin krizi ve krizden çıkışta uygulanmaya çalışılan ekonomik politikalar. Talep esnekliği düşük olan ve fiyat dalgalanmalarından etkilenmeyen sağlık hizmetleri piyasa koşullarına bırakılmak istenmekte, ulusal ve uluslararası sermayeye yatırım alanı olarak sunulmaktadır.

Neoliberal politikaların sağlıkta yeniden yapılandırma üzerine yoğunlaştığı ve bunun da gerekçesi olarak kamu sağlık harcamalarının önlenemez artışı ve sunulan sağlık hizmetinin hem kalitesiz hem de verimsiz oluşu öne sürülse de Elbek ve Adaş'a (2009: 35) göre, sağlık alanında artan talep ve maliyetlerin asıl nedeni, yaşam beklentisinin yükselmesi sonucunda yaşlı nüfusun artması, buna bağlı olarak maliyetli kronik hastalıkların ortaya çıkması, gelişen teknolojinin sağlık alanında maliyeti azaltmayıp artırması ve sağlık alanını ulus ötesi sermayenin yüksek kar alanı olarak tanımlayıp "hastalık avı"na çıkmasıdır.

Emeğin yeniden üretiminin yanında sermaye birikimine katkı işlevi de olan sağlık hizmetleri, Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile daha belirgin olarak metalaşma sürecine girmektedir. 2003 yılında gündeme gelen SDP, TÜSİAD tarafından da destek görmüş ve "alternatifinin olmadığı" algısı oluşturulmaya çalışılmıştır. Ataay'a (2008: 181) göre, SDP'nin temel hedefi Sağlık Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın (SSK) hiyerarşisi altındaki sağlık hizmetleri örgütlenmesini parçalayarak ve mümkün olduğunca özelleştirerek Bakanlıkların sağlık hizmeti üretiminden ve sunumundan çekilmesini sağlamaktır –ki SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devrolması bu doğrultuda atılan ilk adımdır. Bakanlıkların yalnızca denetim ve düzenlemeden sorumlu hale getirilmesine çalışılmaktadır.

Devlet eliyle sunulan sağlık hizmeti ile sermayenin çıkarı uğruna emeğin yeniden üretimi sağlanırken; SDP ile de aşama aşama sermayenin sağlık alanında ağırlığını artırabilmesi için hizmet alanından çekilmeye çalışılmıştır. Bir bütün olarak SDP'nin sağlık hizmetlerinin kamusal bir hizmet olmaktan çıkarak sosyal niteliğini ortadan kaldırdığı ve kamudan finanse edilen bir özel hizmete, meta formuna yerleştirdiği görülürken, Ergun ve Dericioğulları Ergun'a (2010: 51) göre, Sağlık Bakanlığının hizmet sunumu sürecinden çekilmesi, hizmet üreten değil hizmet satın alan bir kurum olarak GSS'nin kurulması, aile hekimliği uygulamasının hayata geçirilmesi, sağlık işletmelerine dönüşen Kamu Hastane Birlikleri'nin kurulması, piyasanın etkin kılınması vd birlikte değerlendirildiğinde; sağlığın temel bir hak olmaktan ziyade satın alınan bir metaya dönüştürüldüğü aşıkardır. Öyle ki Elbek'e göre (2015: 49), dünün sağlık ortamında devlet, yurttaşları arasında onların istihdamına göre bir ayrımcılık yaparken; bugün, yurttaşları arasında cebindeki paraya göre bir ayrıma gitmektedir. Türkiye, SDP ile istihdam temelli (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı) bir eşitsizlikten gelir temelli bir eşitsizlik modeline doğru evrilmiştir.

SDP ile hayata geçirilen Kamu Hastane Birlikleri, kendi gelirleri ile kendi giderlerini karşılayacak bir işletme modeli olarak kurulmuştur. Sağlık hizmeti üretimi ve sunumu özel sektör mantığı ile yönetilmeye başlanmıştır. Genel sekreter ve hastane yöneticisi, yani geniş yetkilerle donatılan ve sağlık çalışanı olmayan CEO'lar performansa dayalı güvencesiz iş akitleri, sağlık hizmeti üretiminin ve gelir getirisinin maksimize edilmesi hedefleri ile rekabet gücünü ortaya koyarak piyasadaki yarıştta yerini almıştır. Hastane yönetim kurulunda sağlık meslek odaları yerine ticaret odası temsilcilerine yer vermek de hastanelere ticarethane olarak bakıldığının göstergesi gibi görülebilir (Yıldırım, 2008).

Sağlık hizmeti alanının, SDP ile piyasaya açılması sağlık kurumlarını kar amacı güden bir işletme gibi davranmaya ve gelirlerini artırmaya zorlayacaktır. Daha çok hasta, daha yüksek performans ve daha çok gelir demek olduğundan, finansal baskı nedeniyle hekimler tarafından muayene süresi kısa tutularak hasta sirkülasyonunu artırma, asimetrik bilgidan yararlanılarak hastalık yaratma yoluna gidilmektedir. İşletme mantığının diğer ayağı olan giderleri azaltma ise sağlık çalışanlarının sosyal ve özlük haklarından kısma, güvencesiz çalışma, fazla mesai, taşeronlaştırma ile kendini göstermektedir.

Kamu sağlık harcamalarını azaltmak amacıyla uygulamaya geçirilen SDP, sağlık hizmeti tüketimini artırmış ve bu artış koruyucu sağlık hizmetinden ziyade tedavi edici sağlık hizmetlerinde gerçekleşmiştir. Ancak, koruyucu sağlık hizmeti yerine tedavi edici sağlık hizmetlerinin ağırlığının artması, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, ulusal ve uluslararası sermaye sahiplerine yatırım alanı olarak sunulması vd söylemler daraltıcı söylemler olmakla

birlikte, Zencir'e (2012: 50) göre metalaşma, yalnızca tedavi edici hizmetlerde değil koruyucu hizmetlerde de kendini göstermiştir. Erken tanı, geniş bağışıklama programları, sağlıklı yaşam söylemleri ile risklerin azalmasına yönelik alternatif tıp, ilaç, organik gıda, sağlıklı ev araç-gereçleri, egzersiz salonları metalaşma dinamiğinin temel argümanlarıdır. Bu şekilde sağlıklı ile sağlıksız arasındaki çizgi silikleşmiş ve hasta nüfusun yanında sağlıklı nüfus da tıbbi hizmetlere bağımlı hale gelmiştir. Sağlık hizmeti tüketiminin bu denli artışı kuşkusuz sağlık ve sosyal güvenlik harcamalarını artıracak ve sürdürülebilirliği konusu tartışmaya açılacaktır.

Elbek ve Adaş'a göre, neoliberal mantığın sağlık alanında yaptığı en önemli tahribat hekimlik değerlerinde yaşanan aşınmadır. Çünkü sağlık hizmetlerinin kendine özgü niteliklerine dikkat edilmeden uygulanan neoliberal politikalar, hasta yararından ziyade para kazanmayı hedefler (2009: 39). Aksu Tanık'ın da ifade ettiği gibi, Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)'nde yaptığı güncellemelerle hangi tetkiklerin, hangi hastalıkların, hangi müdahalelerin SGK tarafından ödemesinin yapılacağını saptayarak hekimlik pratiğinde belirleyici rol oynamaktadır. SUT, hem hastane yöneticilerinin yönetsel kararlarında hem de hekimlerin mesleki uygulamalarında giderek daha fazla oranda temel belirleyici olmakta ve SUT üzerinden hekimlik pratiğine müdahale klinik kararların malileştirilmesine yol açmaktadır. Hastadan istenebilecek tetkiklerin sınırını, hastanın ihtiyaçları ve hekimin klinik kararları değil, SUT çizmektedir. SGK tarafından belli bir tanı grubunda kodlanan ve birden fazla sağlık sorunu olan hastaların ek bakım ve tedavi ihtiyaçları SUT'a uygunluğu oranında karşılanmaktadır. Eğer hekim ya da hastane ek bir inceleme veya tedavi uyguladıysa, bunun masrafının hastane tarafından karşılanması gerektiğinden, karlılık baskısı altındaki hastanelerin bu yönde bir pratik izlemedikleri tahmin edilebilir. Ayrıca, ayakta bakımı mümkün olan bir hastayı birkaç gün yatırmak veya yattı gibi göstermek, hastaların tanılarını sisteme kaydederken ödemesi yapılabilecek tanı gruplarını seçmek hastalıklara ilişkin istatistiki verilerin yanıltıcı olmasına da neden olmaktadır (2018: 343-344).

Sağlık hizmetlerinde dönüşüm sürecinin bir getirisi olan performansa dayalı ek ödemenin hekimler üzerindeki etkisini "derinlemesine görüşme tekniği" ile analiz eden Kart'ın (2013: 134) elde ettiği verilere göre, uygulama adaletsizliklere ve kötüye kullanımlara neden olmuştur. Hekimler arasındaki dayanışma azalmış, çalışma koşulları bireyselleştirilmiş, "birbirinin hastasını çalma, birbirini rakip görme" gibi etik olmayan davranışlar geliştirilmiş, iş barışının bozulmasına neden olmuştur.

Sağlık çalışanlarının ücretlerinde esnekleşmeye neden olan performans uygulaması, kar maksimizasyonunu hedefleyen ve işletme mantığıyla yönetilen kamu hastanelerinde denetim aracı olarak da işlev görmüştür. Sağlık çalışanlarının birbirine rakip hale gelmesi,

birimler arası rekabeti ve hatta hastaneler arası rekabeti getirmiş, sağlık çalışanlarının hizmet üretimine yabancılaşmasına neden olmuştur. Zencir'e göre, neoliberal ideolojinin sağlık hizmetlerindeki reformlarının sağlık emekçilerinde yaratmaya çalıştığı kültürel kodlar “anı düşünen”, “günü kurtaran”, “sürekli kendi ve çevresi ile yarışa zorlanan”, “işini korumaya çalışan”, “daha fazla kazanmak/kazandırmak üzere iş yükü ve yoğunluğuna maruz kalan” şeklindedir (2012: 56-57).

Performans ölçütünün yüksek tutulması gerektiği yönündeki eğilimin yarattığı baskı, nitelikten çok bakılan hasta sayısının önemli olması, yapay talep yaratılarak sağlık hizmeti tüketiminin artırılması hizmetin aslında hem hastayı (müşteriyi) hem de hastane yönetimini (işvereni) memnun etmeye odaklandığını göstermektedir. Çünkü bu haliyle sistem, hastayı müşteri, hekimi işçi, hastaneyi de şirkete dönüştürmektedir ve koşullar hekimleri yeni yönetim anlayışını benimsemeye zorlamaktadır.

Hastanelerin fiziksel koşullarının iyileştirilmesi, hastaya istediği hekimi seçme hakkı tanınması, gibi olumlamlar olsa da geneline bakıldığında hekimler, mesleki eğitim ve gelişim şansından uzak, yalnızca daha fazla hasta “memnun etme”ye –ki bu daha fazla performans daha fazla kar demek- odaklanmış görünmektedir. Toplam kalite yönetimi adı altında yapılan uygulamalardan olan “hasta hakları”nın yanlış yönlendirmelere neden olması ile hekimler, sürekli denetim ve şiddet ile karşı karşıya bırakılmaktadır. Müşteriyi/ hastayı memnun etmek ya da en azından şikayet etmesini önlemek adına –şikayet performans kriteri- gereksiz tetkik ve tahlillerle yapay talepler yaratılarak sağlık hizmeti teknolojileri de tükenme yoluna girmektedir. “Şikayet” ile kendini gösteren denetim mekanizması, hekimin dikkatini teşhis ve tedaviden uzaklaştırmakla birlikte hekimin özerkliğini yok etmekte ve hekimler üzerinde endişe, stres, tükenmişlik duygusu ve huzursuzluk sorunlarına yol açmaktadır. Bunun sonucunda hekim-hasta ilişkisindeki saygı ve güven giderek azalmakta hekimlik mesleği değer kaybetmektedir.

Sağlık Bakanlığı uygulamalarına ek olarak sağlık ocaklarında verilmekte olan birinci basamak sağlık hizmetinin piyasaya entegre olabilmesi için “aile hekimliği” sistemi getirilmiştir. ‘Herkesin bir doktoru olacak!’ şiarıyla hayata geçirilen aile hekimliği modelinde, hekimlerin bir işveren gibi iş güvencesi olmadan aile sağlığı elemanı ile bir işletmeyi çalıştırması öngörülmektedir. Hekimin, işveren misali çalışılacak binayı bulma, kiralama, ekibi oluşturma ve hatta hastayı bulma gibi bütün altyapı hazırlıklarını kısa sürede tamamlaması beklenmektedir. Aile sağlığı elemanının ücretlerini de aile hekiminin ödediğini göz önüne alırsak hekimin işveren, aile sağlığı merkezinin işletmeye dönüştüğü dikkati çekmektedir. Sallan Gül ve Dericioğulları Ergun’a (2010: 333) göre hekim temelli çalışan ve

ekip ruhunu yok eden aile hekimliği sisteminde çalıştırılacak ek personelin ücretlerini aile hekiminin kendisinin ödemesinin neden olabileceği temel sorun kayıtdışı çalışmadır.

Elbek ve Adaş’a göre, SSGSS kanunun genel gerekçesinde sosyal güvenlik sisteminin yaşadığı finansman sorununun ekonomik göstergeleri olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Ancak sosyal güvenlik bireyler için bir hak, devlet yönünden ödev olarak tanımlanıyorsa eğer, yapılan bütçe transferi devlet için bir yük ya da kara delik gibi olumsuz söylemlerle değil aksine sosyal devlet olmanın bir gereği olarak, olumlanarak okunmalıdır (2009: 37-38).

SSGSS ile sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumu birbirinden ayrılmış ve yurttaşlık hakkı gereği sunulan sağlık hizmeti, prim esaslı sağlık yardımı ve fakat katılım payı ödemek suretiyle yararlanılması temeline dayandırılmıştır. GSS sistemi, zorunlu sağlık sigortası ile en temelde emek piyasasının yapısal sorunları nedeniyle tüm nüfusa yaygınlaştırılamamış ve artan cepten ödemeler için “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası” uygulaması ortaya atılmıştır. Özel sigorta türü olan tamamlayıcı sağlık sigortası uygulaması, bireysel sağlık hizmeti finansmanını artan oranda yurttaş devretme yolunda atılan önemli bir adımdır (Yenimahalleli Yaşar, 2015: 121). Yurttaş tamamlayıcı özel sağlık sigortalarına yönlendiren bu anlayış, tüm nüfusu sosyal güvenlik şemsiyesi altına almayı amaçladığı vurgulansa da pratikte bunun mümkün olamadığı görülmektedir. Yılmaz ve Yentürk’e göre (2018a:), GSS’lilerin SGK ile anlaşmalı özel hastanelerden hizmet almak istediklerinde karşı karşıya kalacakları fark ücreti ödemelerine karşılık bu harcama riskinden koruyan tamamlayıcı sağlık sigortası, sağlık hizmeti finansmanında pasif bir özelleştirme eğiliminin örneğidir. Sunulan sağlık hizmetleri GSS’den, özel sigorta şirketlerinden ve ödenen vergilerden finanse edilecektir.

Çelikay ve Gümüş’ün anket geliştirerek yapmış olduğu ampirik çalışmada, sağlık sisteminden yararlanan, sistemin aktörü haline gelen vatandaşların sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında gerçekleşen değişikliklere olan bakış açılarını değerlendirmiştir. Çalışmaya göre toplumun büyük bir kesimi sağlık hizmetlerindeki gelişmenin olumlu olduğu görüşünü paylaşmakta ancak katkı paylarını mali külfet olarak algılamaktadır. Eski sistemde SSK ya da Bağ-Kur’a tabi olanlar yeni sistemi olumlu karşılarken; Emekli Sandığına tabi olanlar yetersiz bulmaktadır (2011).

Tüm nüfusu kapsamayı hedefleyen GSS sistemi, prim ödemeyi koşul saydığından kayıtdışı istihdam sorunu gözden kaçırılmaktadır. Temelde, sosyal güvenlik açıklarının azaltılması hedefine odaklanmış görünen model, Türkiye’nin AB ülkeleri içindeki sosyal güvenliğe katkı yapmayan tek ülke olduğu gerçeğini göz ardı eder görülmektedir. Ataay’a (2008: 173) göre, o nedenledir ki bütün nüfusu sağlık hizmeti kapsamına almak yerine

“sistemin finansman açığını” kapatmaya odaklanmış gibi görünmektedir. Bununla birlikte, tüm nüfusu sosyal koruma kapsamına almak yerine kayıtdışı istihdam sorununu ortadan kaldırmanın hedeflenmesi gerektiği bu araştırmanın dışında kalıp ayrıca incelemeye ihtiyaç duyulacak bir konudur.

Kaynakların “etkili ve verimli” kullanılması amacıyla KHK ile 2011 yılında kurulan Kamu Hastane Birlikleri 2016 yılı Sayıştay raporunda zarar ettiği belirtilince 2017 yılında yine KHK ile kaldırılıp Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Genel Müdürlüğe dönüştürülerek Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatına bağlanmıştır. Dolayısıyla “idari ve mali özerkliğin” etkililik ve verimlilik getireceğini iddia eden model, “çok başlılık ve verimi düşürdüğü” gerekçesi ile kaldırılmıştır (Tükel, 2018: 214). İdari ve mali özerklik SDP’nın en önemli paradigması iken bundan vazgeçilmesiyle artık şehir hastaneleri ile somutlaşan Kamu-özel ortaklığı/işbirliği modeli programın yeni paradigması olmuştur (Yavuz, 2018: 242).

Anayasa Mahkemesi 2007 yılında içtihat değişikliği yaparak sağlık hizmetini devlet eliyle sunulması gereken zorunlu bir kamu hizmeti olmaktan çıkardığından özelleştirmenin önü açılmış oldu (Erbaş, 2018: 176). 2005 yılında yasal dayanağı oluşturulan¹¹ Kamu-Özel ortaklığı, 2010 yılında tam gün yasası sürecine ilişkin tartışmalarda Türk Tabipler Birliği ve bu sayede kamuoyu tarafından daha fazla görünür olmuş ve geç kalınmış olarak değerlendirilen ilk müdahaleler bundan sonrasında gelmeye başlamıştır (Bilaloğlu, 2018). Yap-Kirala-Devret modeli ile oluşturulan şehir hastaneleri, ilk önce entegre sağlık kampüsü, daha sonra kamu-özel ortaklığı ve içinde geçen “ortaklık”tan çekincelerle kamu-özel işbirliği adıyla anıldıktan sonra Şehir hastaneleri adıyla kamuoyuna duyurulmuştur. Şehir hastaneleri için ilk ihale 2011 yılında yapılmış; 2011 yılından itibaren ihale sürecinde karşılaşılan yasal engeller aşama aşama kaldırılmış ve birtakım yasal ayrıcalıklara bağlanmıştır. Var olan devlet hastanelerinin değer kazanmış arazilerini ve yerlerini pazarlamak, şehir hastanelerinin açıldığı yerleri ranta açmak amacıyla şehir içindeki devlet hastaneleri, “şehir hastanesi” adı altında şehrin dışına toplanmaktadır. Kamu-özel ortaklığında yüksek faizle ve döviz kuruyla borçlanan özel sektör, kamunun yüksek maliyet nedeniyle yapamadığı/yapmadığı yatırımları gerçekleştirirken kamu borçlanma olanaklarından da yararlanmakta; 2013 yılında şirketlerin tüm borçlarına Hazine garantisi verildiğinden aslında maliyetler aynı kaynaktan karşılanmaktadır. Özel sektör, borçlarını Sağlık Bakanlığı ödemelerine yansıttığından tüm riskin aslında kamu tarafından üstlenilmesini sağlayacak Hükümet güvenceleri talep etmiştir. Şehir hastaneleri için Sağlık Bakanlığı ile şirketler arasında imzalanan sözleşme, idare hukuku kapsamından çıkarılmış; özel hukuka tabi kılınmıştır. Bu nedenle şirkete ödenecek kaynak

¹¹ 03.07.2005 tarih 5396 sayılı kanunla 3359 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu”na ek madde eklenmiştir. (ek madde-7)

ticari sır olarak kalmış ve kamuya açıklanmamıştır (Tükel, 2018). Birkaç yılda sabit yatırımı karşılayacak olan hastaneler için 25 yıl boyunca, her yıl yükselecek kira bedeli ödeyecek olan devlet, “maliyet yüksekliği” gerekçesi ile özel sektöre kaynak aktarmış oluyor (Pala, 2018: 99-134). Yentürk ve Yılmaz’a göre (2018), KÖİ çerçevesinde özel sektör tarafından yapılacak yatırım, GSS fonundaki bir yıllık fazlanın (2013 yılı için 12 milyar TL) tümüyle hastane yatırımına ayrılmış olması durumunda aslında kamu tarafından yapılabilirdi; ancak mevcut durumda kira bedeli ve hizmet alımı bütçede önemli bir yük oluşturacaktır.

Pala’nın (2018), kamu-özel ortaklığı finansman modelinin adında ‘ortaklık’ geçse bile daha çok ‘kamudan özel sektöre kaynak aktarmak’ şeklinde tanımladığı şehir hastaneleri hakkında hasta ve tedavi odaklı olduğu, hizmet verecek sağlık personelinin düşünülmediği, kapalı alan büyüklüğünün ihtiyacın çok üstünde olup zaman ve enerji kaybına yol açtığı, asistan eğitiminin planlanamadığı, hastane içerisindeki görevlendirmelerde iktidarın yerel temsilcilerinin belirleyici olduğu, özel hastane işletmesi mantığındaki bir çalışma düzenine sahip olduğu, yaşanan sorunların daha çok ana sözleşmeden kaynaklandığı, personel yetersizliğinin dosya eksikliklerine ve bunun da SGK ödemelerinin gecikmesine neden olduğu, denetim ve disiplinin sağlık personeli üzerindeki performans ve ciro baskısında kullanıldığı görece sınırlı literatürde yer almaktadır. Soyer’e (2012) göre, yeni bir sağlık düzeni kurulmaktadır. Bu düzen, kamu personel rejim değişikliği ve özelleştirme ile birlikte ele alındığında, taşeron çalıştırmanın ön planda olduğu, sosyal hakların sınırlandığı ve çalışma şartlarının zorlaştığı bir “fabrika düzeni”dir. Kampüsler tamamlandıkça, şehir merkezinde bulunan devlet hastaneleri taşınacak, taşınan tesislerin de büyük şirketlere – ihaleye katılanların öncelikli olabileceği- alışveriş ya da iş merkezi olarak devredilmesi söz konusu olacaktır. Şehir hastanelerinin % 70 doluluk oranı ile çalışacağı TTB’nin açtığı davalarda erişilen belgelerle ortaya çıkmakta ve bu oran tutmazsa eksik bedelin idare tarafından karşılanacağı belirtilmektedir (Bilaloğlu, 2018); ki ulaşılabilir uzaklıktaki kamu hastanelerinin kapatılarak şehrin dışındaki şehir hastanelerine gitmeyi zorunlu hale getirmek de bunun bir başka boyutu olsa gerektir. Bununla birlikte, şehir hastanelerinin kamusal sağlık harcamalarında ciddi bir artışa yol açması ve fakat görece genç oluşu ve sınırlı literatürü, bu çalışmayı bu konuya değinmediğinde eksik; bu konuyu derinlemesine incelediğinde kaplayacağı geniş hacmin temel sorunsaldan uzaklaştıracığı düşüncesi ile sınırlı tutulmuştur. Şehir hastaneleri ayrıca ve özellikle incelemeyi gerektirecek bir konu olup özetle bahsetmek yeterli görülmüş; neoliberal dönüşümün, belki de Türkiye’ye özgü şekilde ilerleyen, sağlık harcama süreci detaylı bir şekilde incelenmeye çalışılacaktır.

İKİNCİ BÖLÜM

KAMUSAL SAĞLIK HARCAMALARININ ARTIŞ SEYRİ

Neoliberal perspektifin pratik politika bağlamında en temel önerisi hemen her alanda kamusal harcamaların azaltılmasıdır. 2000’li yıllardan bugüne kamusal sosyal harcamaların GSYİH içindeki payı, neoliberal politika tercihlerinin yaygın bir biçimde yapıldığı bir dönemde artış eğiliminde olması dikkat çekici ve paradoksal görünümündedir (Yentürk, 2018). Türkiye’de neoliberal politikaların egemen olduğu süreçte birçok alanda kamusal harcamalar azalıyor olmasına karşın, sağlık alanında tam tersi bir eğilim olduğu gözlenmektedir. Bu bağlamda, bu bölümde kamusal sağlık harcamalarındaki artışın nedenleri ortaya konulmak istenmektedir.

2.1. Kamusal Sağlık Harcamalarındaki Sürekli Artış: Neoliberalizme Bir Aykırılık mı, Görüngüsel Bir Yanılgı mı?

Neoliberal süreçte kamu sağlık hizmetlerinde dönüşümün hayata geçirilmesine yönelik çabalar 1980 sonrasında başlamış, 1990 sonrasında “Sağlıkta Reform”; 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” adını almıştır. 2006 yılında kabul edilip 2008 yılında yürürlüğe giren Genel Sağlık Sigortası, 2010 yılında devlet memurları, 2012 yılında da Yeşil Kartlıları kapsamına alarak Türkiye’de sağlık hizmeti finansman modelini değiştirmiştir. 2006 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı aynı çatı altında birleştirildiğinden sağlık hizmeti sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılmış; sağlık hizmeti sunumu Sağlık Bakanlığı tarafından üstlenildiğinden belediye ve kamu kurumlarına ait ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunumu yapan (üniversite ve Milli Savunma Bakanlığına ait hastaneler hariç) kamu hastaneleri Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. Sağlıkta dönüşüm programının temel hedeflerinden olan birinci basamak sağlık hizmeti sunumu için Aile Hekimliği Sistemi ve “idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri” olarak Kamu Hastane Birlikleri kısa vadede hayata geçirilmeye çalışılırken, reform paketinin içinde yer alan kamu-özel ortaklığı/işbirliği olarak entegre sağlık kampüsleri ya da daha bilinen adıyla şehir hastaneleri 2013 yılında yapılan yasal düzenlemelerle sağlıkta dönüşüm programının nihayet gündeminde yer almıştır. WB ve IMF gibi uluslararası kuruluşların program ve ilkelerine uyumlu olarak, sağlık hizmetlerinin tamamen piyasa işleyişine bırakılmasını hedefleyen “SDP”, 2003 yılından itibaren Türkiye’de sağlık hizmetlerinin metalaşma sürecini hızlandırmıştır. Bununla birlikte, Program, kamusal sağlık harcamalarının azaltılmasını hedeflediği halde, 2003 yılında Sağlık Bakanlığının devlet bütçesindeki payı % 2,5 iken 2005

yılında Yeşil Kart uygulamasının ayakta tedavi giderlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanması ile önce % 3,5'a çıkmış daha sonra % 4-% 5 seviyelerinde devam etmiştir (Cevahir, 2016: 85).

Kamu harcamalarının kısılması argümanından hareketle sosyal güvenliğin metalaştırılması söyleminin tersine, metalaştırma sürecine paralel olarak kamusal sağlık harcamalarında gözle görülür bir artış olmuştur. GSS'nin başladığı 2008 yılında, toplam sağlık harcamaları 57 milyar 740 milyon liradır. Bunun % 73'ü kamusal sağlık harcamasıdır (TÜİK, 2011). 2014 yılına gelindiğinde, 94 milyar 750 milyon lira olan toplam sağlık harcamalarının % 77,4'ü kamusal sağlık harcamasıdır (TÜİK, 2015).

GSS sistemi ile hükümet kamu hastanelerini özel hastane ve üniversite hastaneleriyle rekabet eden otonom bir ticari kuruma çevirmiştir. Böylelikle SGK, kamu ve özel sağlık hizmetinin finansman sağlayıcı ve en temel alıcısı konumuna gelmiştir (Eder, 2010: 171). Sağlık hizmetlerinin tamamen piyasadan satın alınmaya başlamasıyla, sağlık sektöründe özel hastanelerin sayısı hızla artmıştır. Toplam özel hastane sayısı 2003 yılında 274 iken, 2017 yılında 571'e çıkmıştır. Bu dönemde üniversite hastanelerinin sayısı 50'den 68'e ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin sayısı da 789'ten 879'a çıkmıştır (TÜİK, 2018a).

Bu bölümde, kamusal sağlık harcama kalemlerinin yıllar itibariyle seyri izlenmeye çalışılacaktır. Literatürden, raporlardan ve istatistiki bilgilerden elde edilen verilerle sonuç değerlendirilmeye çalışılacaktır.

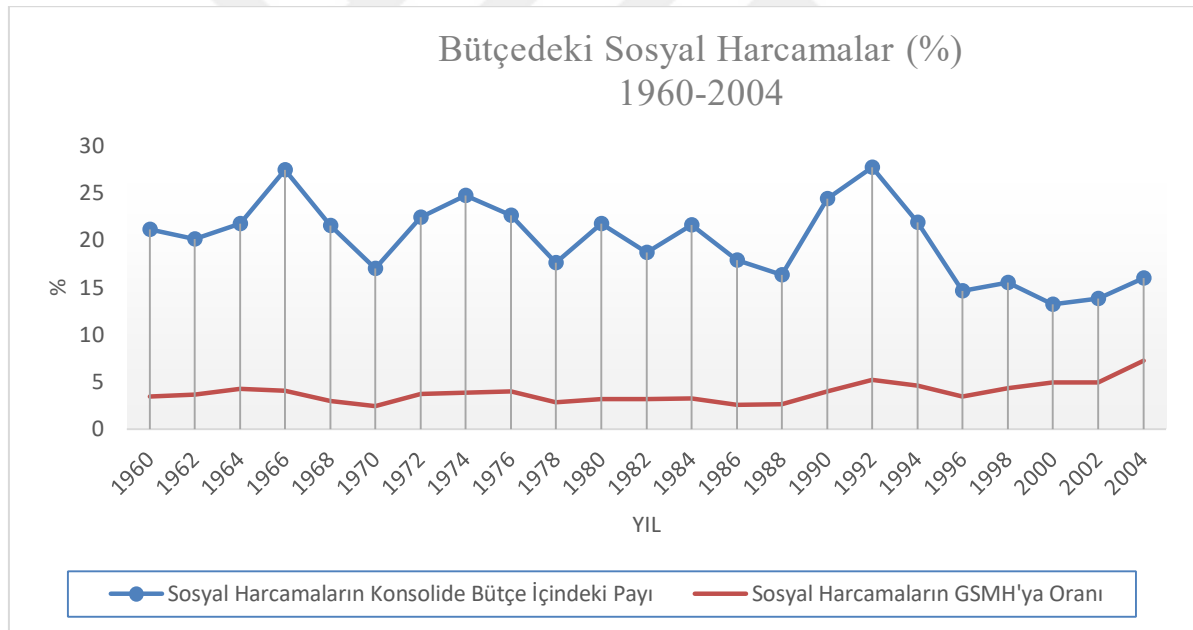
Neoliberal dönüşüm sürecinin hız kazandığı dönem 1980'li yıllar olmakla birlikte incelemeye sağlık hizmetlerinde sosyalleştirme çabalarının başladığı 1960'lı yıllardan başlamak, harcamaların dönüşümü ve seyrini kavramak açısından daha anlamlı olacağından 1960 yılından itibaren sayısal veriler toplanıp derlenmeye çalışılmıştır. Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Teşkilatı (Organisation for Economic Co-Operation and Development-OECD) 1970 yılı sonrasına ilişkin verileri içerse de, Türkiye İstatistik Kurumu(TÜİK) sağlık harcama verilerini 1999 yılından başlamak üzere yayınladığından ve önceki döneme ilişkin veri elde etmede yaşanan güçlük nedeniyle; ayrıca literatürde kamusal sağlık harcamaları ile ilgili dikkatler 2000'li yıllarda toplandığından bu çalışmada da incelemelerin bu döneme yoğunlaşması uygun görülmüştür.

2.2. Sosyal Harcamalarda Nicel Durum

Sosyal harcama kavramının ölçütüne ilişkin literatürde ortak bir tanım olmadığına dikkat çeken Erdoğan (2013: 56), kamu harcamaları ile sosyal harcamaların çoğunlukla birbirine karıştırıldığını, ancak bu iki kavramın eş anlamlı olmadığını ve günlük sosyal yaşamı

ne ölçüde ve doğrudan ya da dolaylı etkiledikleri noktasında birbirinden ayrıldığını ifade etmektedir. Kamu harcamaları, kamu tarafından gerçekleştirilirken, bazı sosyal harcamalar kamu dışı kesimler tarafından (sivil toplum örgütleri vb) da gerçekleştirilebilir olduğunu ve birçok durumda sosyal harcamaların etkileri dolaylı şekilde gerçekleşirken bu ayrımın kapitalist bir ekonomik sistem açısından anlam ifade ettiğini belirten Erdoğan (2013: 58), sosyal harcamaların kapitalist sistemi korumaya hizmet eden bir sigorta işleviyle sisteme bağlılığı sağlamaya çalıştığını vurgulamaktadır.

Literatürde sosyal harcama kavramına ilişkin ortak bir tanım olmaması nedeniyle, bu çalışmada derlenen veriler, yazarlarının ifade ettiği tanımlar çerçevesinde değerlendirilmiştir. Dönüşüm sürecinde, kamusal harcamaların karşı karşıya kaldığı azaltma baskısına rağmen sosyal harcamalarda ve özellikle, konu gereği, sağlık harcamalarında gözlenen artışı, TÜİK, OECD, Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, literatür ve çeşitli raporlardan elde edilen verilere dayanarak oluşturulan grafikler aşağıda sunulmaktadır.

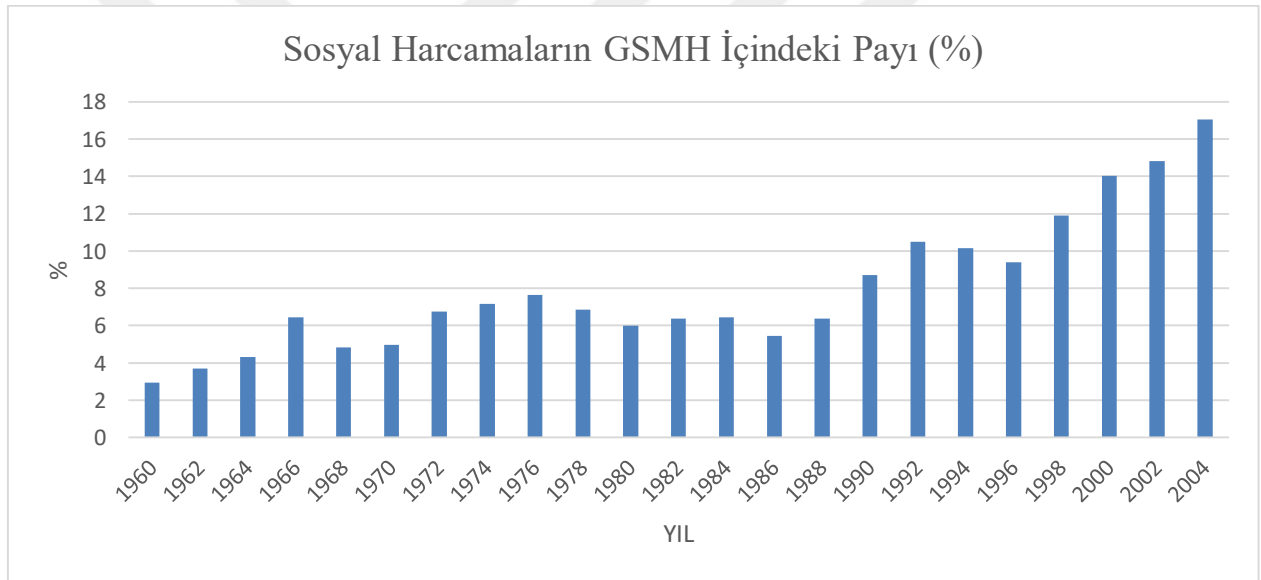


Grafik 2.1 1960-2004 Türkiye’de sosyal harcamaların konsolide bütçe içindeki payı

Kaynak: (Yılmaz, 2006: 65-66).

Ülkemizde sosyal harcamalara konsolide bütçe içinde ayrılan pay ve bu payın GSMH’ya oranının yer aldığı Grafik 2.1’e göre 1960 yılından 1966 yılına kadar, 1962 yılı hariç tutulursa, genel olarak artışı sürdüren harcamalar (% 27,4) 1966’dan itibaren düşüşe geçerken 1971 yılında hızlıca bir düşüşle % 6,7 seviyesinde gerçekleşmiştir. Şüphesiz ki siyasi konjonktürden etkilenen sosyal harcamalar yeniden ve kaldığı yerden, 1972 yılından itibaren artmaya devam etmiştir. 1980 sonrasında 2005 yılına kadar olan dönemde, önceki

döneme göre düşme eğiliminde olan konsolide bütçedeki sosyal harcamalara ayrılan pay, ancak 1992 yılında önceki dönemin oranını yakalayabilmiştir. İzleyen yıllarda yeniden düşme eğilimine girmiş ve 2005 yılına kadar dalgalı seyri sürdürmüştür. Arın'a (2013) göre, aslında sosyal harcamalara ayrılan pay, Türkiye'nin sosyal devletten uzak olduğunu açıkça ortaya koymaktadır. Arın'ın 1990 yılını baz alarak uluslararası karşılaştırmalarda elde ettiği verilere göre, Türkiye'de sosyal refah harcamalarının bütçe harcamaları içindeki payı % 3,6 olurken, eğitim, sağlık ve sosyal refah dahil toplam sosyal harcamaların GSMH içindeki payı % 6,5 olmuştur. Yazar, bu oranlar ile Türkiye'nin orta gelirli 33 ülke arasındaki sıralamada sonlarda kaldığına dikkat çekmektedir. Sosyal harcamalar açısından Türkiye'de devletin çok büyük olduğu ve küçültülmesi gerektiği yönündeki iddiaların tutarsız olduğu ve sosyal alanda dünyanın en geri ülkelerinden biri olduğunu da vurgulamaktadır (Arın, 2013: 376).



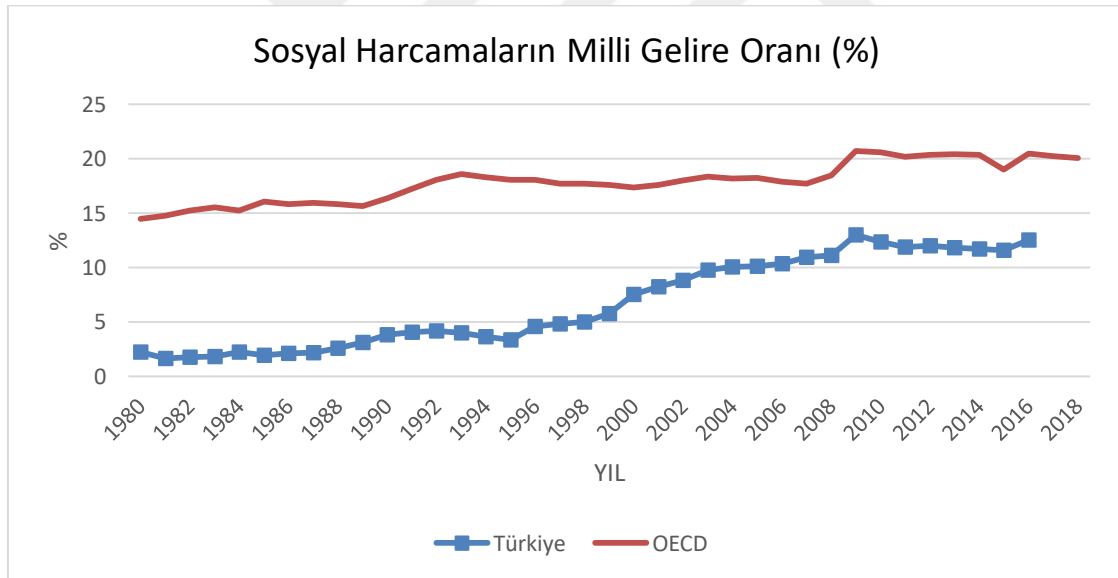
Grafik 2.2 1960-2004 Toplam sosyal harcamaların GSMH İçindeki Payı

Kaynak: (Yılmaz, 2006: 107).

Yılmaz'ın (2006: 106), konsolide bütçeden yapılan sosyal harcamalara 1960 yılından itibaren (1969-1976 dönemi hariç) yerel yönetimlerin yaptığı sosyal transfer harcamalarının, 1965 yılından itibaren sosyal güvenlik kuruluşlarınca gerçekleştirilmiş olan harcamaların ve 1986 yılından itibaren Sosyal Yardımlaşma Dayanışmayı Teşvik Fonu'ndan yapılan harcamaların tutarını ekleyerek elde ettiği verilere göre, 1960 yılından itibaren sosyal harcamalar genel olarak artış eğilimindeyken 1967 yılından itibaren 1971 yılına kadar düşmüştür (Grafik 2.2). Dönemin siyasi krizinin yaşandığı 1971 yılından sonra 1960-1980 dönemi için en yüksek seviyeye 1977 yılında ulaşmış ve daha sonra yeniden 1985 yılına kadar gerileme eğilimine girmiştir. 1985 yılından itibaren ise, Yılmaz'a (2006: 106-109) göre, 1994

krizi ve sosyal harcamalardaki azalma ile 2000 yılı kriz arifesi ve 2001 yılı kriz etkisi nedeniyle gerçekleşen gerileme hariç tutulursa sosyal harcamaların GSMH içindeki payı sürekli artış eğilimindedir. Sosyal harcamaların, ekonomik ve siyasi krizlerde politik tabanda merhem olarak kullanıldığı düşünülürse, bu artış, sosyal devlet gereğinin çok ötesindedir.

OECD¹² verilerine göre oluşturulan Grafik 2.3 Türkiye için 1980-2016 döemi sosyal harcamaların milli gelire oranını yansıtmaktadır. 1998 yılına kadar % 5'in altında seyreden oran, bu yılda % 5,02 oranına yükselmiş, sonraki yıllarda artmaya devam etmiş ve 2009 yılında en yüksek seviyesine, % 13,02 oranına ulaşmıştır. İlgili dönem boyunca OECD ortalamasının çok altında kaldığı grafikten de anlaşıldığı gibi 2009 yılından itibaren yeniden düşmeye başlamış ve dalgalı bir seyir izlemiştir. Çalışmanın elde ettiği veriler gösteriyor ki; 2009 yılı sosyal harcamaların ve sağlık harcamalarının 1980 sonrası dönemde en yüksek olduğu yıl 2009 yılıdır. Öyle ki, genel seyrin çok üstünde oranlarla 2009 yılında gerçekleşen kırılmalar, siyasi konjonktürden etkilenen harcamaların Türkiye'de neoliberal politikaların kendine özgü şekilde gerçekleştiğini destekler niteliktedir.



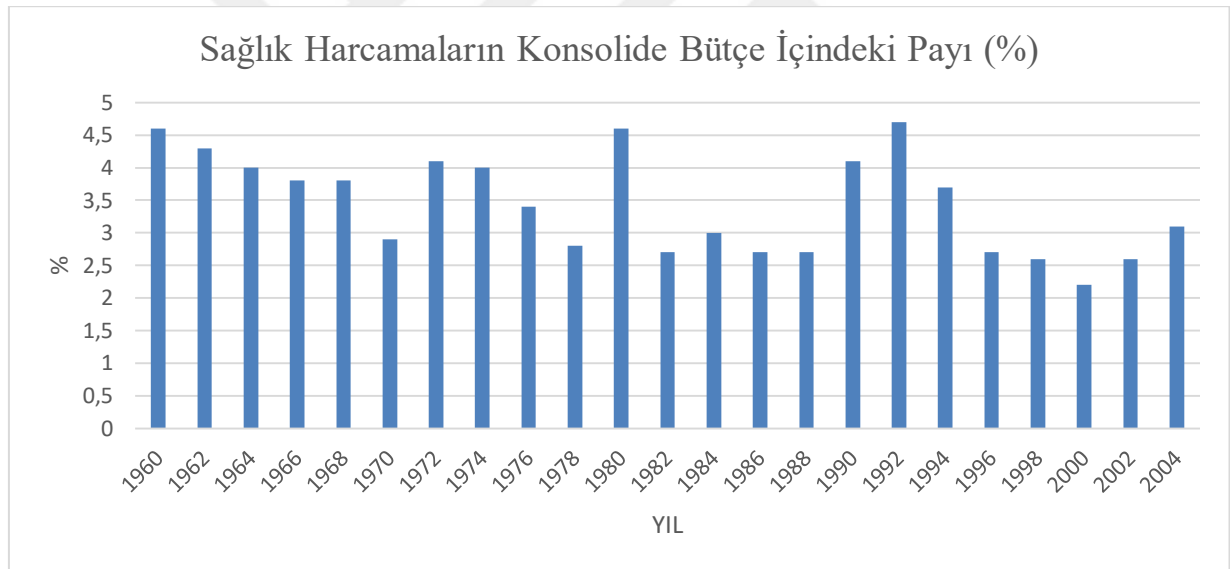
Grafik 2.3 1980-2016 sosyal harcamaların milli gelire oranı

Kaynak: (OECD, 2018).

¹² OECD'nin yayınladığı verilerde sosyal harcamalar, nakit yardımlar, doğrudan aynı mal ve hizmetleri ve sosyal amaçlı vergi indirimlerini kapsamaktadır. Yardımlar, düşük gelirli hanehalkı, yaşlı, engelli, hasta, işsiz ve gençlere yönelik olabilir. Programların "sosyal" olarak düşünülebilmesi için, ya hane içinde kaynakların yeniden dağılımını ya da zorunlu katılımı içermesi gerekir. Sosyal yardımlar, genel devlet (yani merkezi devlet, yerel devlet ve sosyal güvenlik fonları dahil) finansal akışın uygunluğunu kontrol ettiği zaman kamusal olarak adlandırılır. Genel devlet tarafından sağlanmayan tüm yardımlar özel olarak kabul edilir. Hanehalkları arasındaki özel transferler sosyal olarak kabul edilmez ve bu hesaplara dahil edilmez. Net toplam sosyal harcamalar hem kamu hem de özel harcamaları içerir. Doğrudan ve dolaysız vergiler ve sosyal amaçlı vergi indirimleriyle vergi sisteminin etkisini de oluşturmaktadır/kapsamaktadır. Bu veriler GSYİH (Milli Gelir) yüzdesi veya ABD doları cinsinden ölçülmüştür.

2.3. Kamusal Sağlık Harcamalarında Nicel Durum

Konsolide bütçe kaynaklarından eğitim, sağlık, sosyal güvenlik ve diğer sosyal hizmetlere yönelik harcamaların toplamda konsolide bütçeden aldıkları payı yansıtan sosyal harcamalardan çalışma konusu gereği sağlık harcamalarını ayrıştırarak elde edilen Grafik 2.4'e göre 1960-1980 dönemi için en az pay yine 1971 yılında % 1,1 oranında gerçekleşmiştir. 1960'tan 1971'e kadar sürekli düşme eğiliminde olmuş; 1971'de en düşük seviyeye düştükten sonra 1972'de hızlıca toparlanmış ve % 4,1 seviyesine ulaşmış 1977'ye kadar da genel olarak gerileyerek devam etmiştir. 1978 yılından 1980 yılına kadar sağlık harcamalarının konsolide bütçe içindeki payı artmış, 1980 yılında % 4,6 ile en yüksek seviyeye ulaşmış ancak 1980 yılından 1989 yılına kadar genel olarak gerilemiştir. 1980-2005 dönemini yansıtan Grafik 2.4 gösteriyor ki 1990 yılında yeniden yükselmiş ve 1992 yılında % 4,7 ile en yüksek seviyeye ulaştıktan sonra yeniden 2000 yılına kadar düşme eğilimine girmiştir.

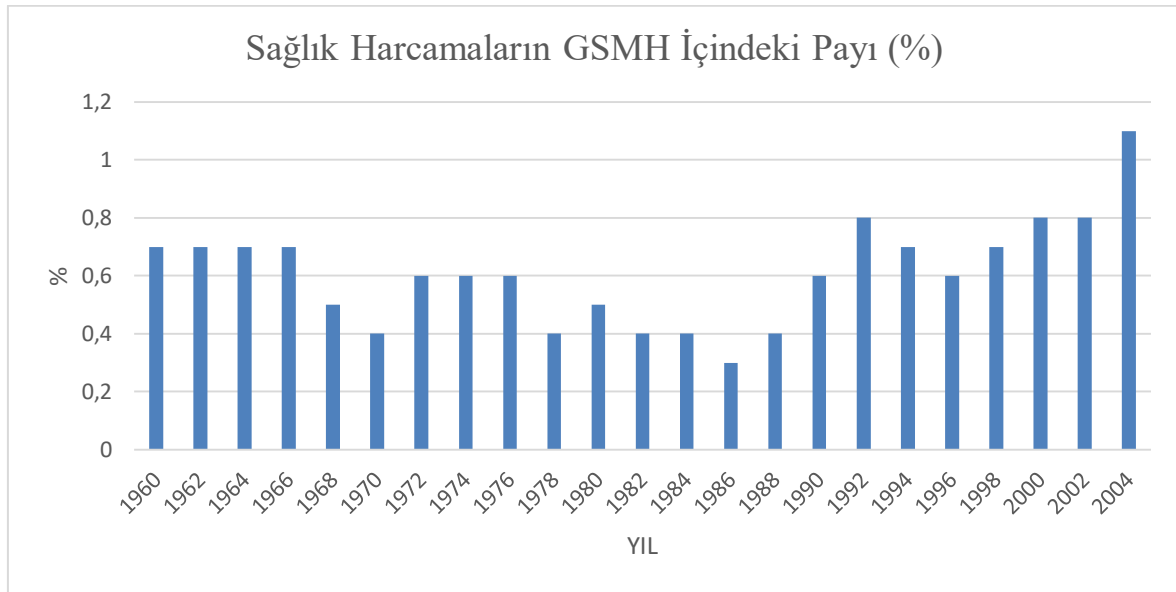


Grafik 2.4 1960-2004 Sağlık harcamalarının konsolide bütçe içindeki payı

Kaynak: (Yılmaz, 2006: 73-74).

Aynı dönemin sağlık harcamalarının GSMH içindeki payını gösteren Grafik 2.5'e göre de konsolide bütçedeki oranlarla GSMH içindeki pay yaklaşık olarak aynı doğrultuda seyir izlemiştir. 1960-1980 döneminde sağlık harcamalarının konsolide bütçe oranları ile GSMH içindeki payı benzer şekilde ilerlerken, 1980-2005 dönemi için yıllar içerisinde dalgalanmalar gösterse de genel itibari ile artış eğilimindedir. Tam da neoliberal politikalarının genel ekonomi politikası olarak uygulanma olanağı bulunduğu 1980 sonrası dönemde sağlık

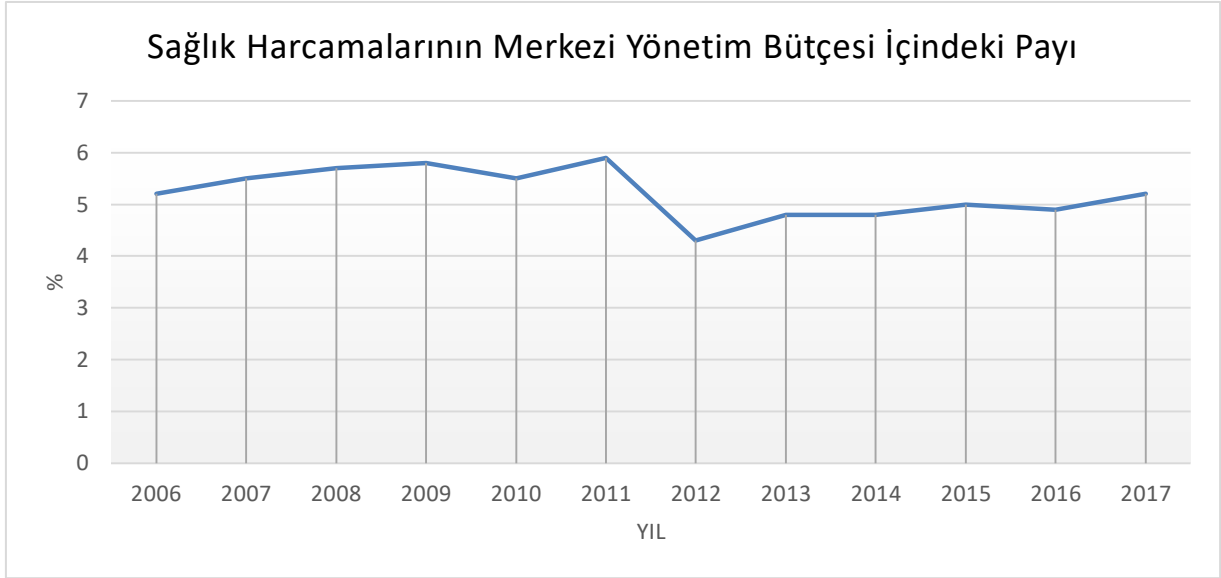
harcamalarının artış seyri, neoliberal dönüşüm sürecinin Türkiye’de kendine özgü şekilde ilerlediğini desteklemektedir.



Grafik 2.5 1960-2004 Sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı

Kaynak: (Yılmaz, 2006: 87-88).

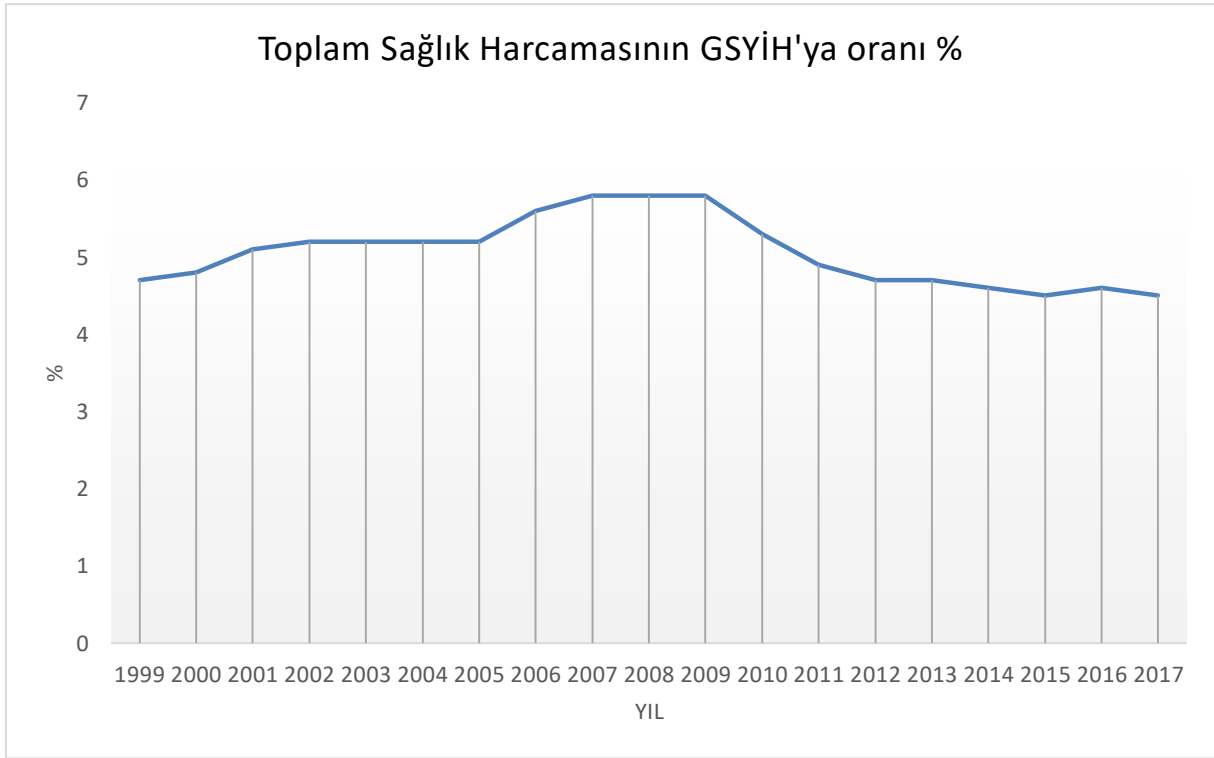
Sağlık hizmeti için yapılan harcamalar 2006 yılında, SGK sağlık harcamaları, GSS primi, merkezi yönetim harcamaları ve yeşil kart harcamaları toplamı, sosyal koruma harcamalarının % 37’sini oluştururken, 2017 yılında % 30,6’sını oluşturmaktadır. Sağlık harcamaları, sigorta ve emeklilik ödemeleri, sosyal hizmet ve sosyal yardımın toplam sosyal koruma harcamalarını oluşturduğu aynı verilere göre, sigorta ve emeklilik ödemeleri aynı yıllar için % 57,7’den % 62,1’e; sosyal hizmet ve sosyal yardım harcamaları da % 5’ten % 7,3’e yükselmiştir. 2006-2017 döneminde sabit fiyatla artış % 87’dir (Yentürk, 2018).



Grafik 2.6 Sağlık harcamalarının merkezi yönetim içindeki payı

Kaynak: (BÜMKO, 2018).

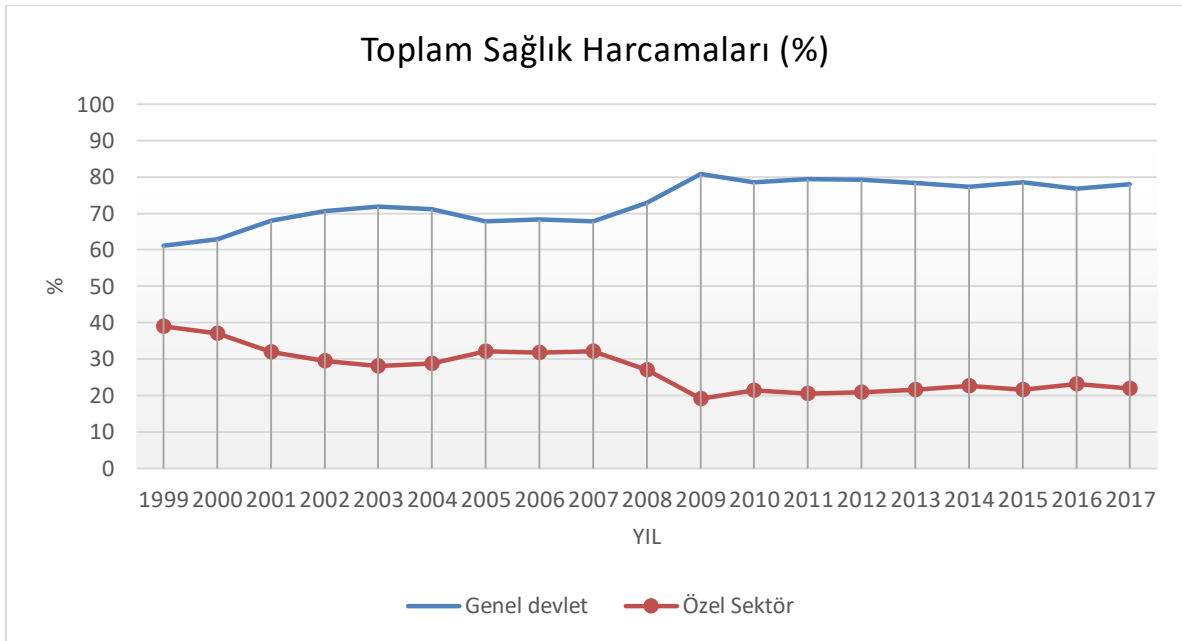
Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü'nün (BÜMKO) verilerine göre, sağlık harcamalarının merkezi yönetim bütçesi içindeki payı 2006-2017 dönemi içinde 2011 yılında en yüksek seviyeye (% 5,9) ulaştıktan sonra 2012 yılında en düşük seviyede (% 4,3) gerçekleşmiş; daha sonrasında yaklaşık olarak aynı seyrinde devam etmiştir (Grafik 2.6). İdari ve mali özerkliğe sahip, 2011 yılında uygulamaya geçirilen Kamu Hastane Birliklerinin kendi gelir-gider dengesini koruyacağı beklentisi, 2012 yılında sağlık harcamaları için merkezi yönetim bütçesinden aldığı payı düşürmüştü; ancak CEO'larla yönetilmenin maliyeti adım adım merkezi yönetim bütçesinden karşılanmaya çalışılmıştır. Merkezi yönetim sağlık harcamaları toplamı 2006 yılında 9,273.455 TL iken 2017 yılında 35,212,779 TL'ye yükselmiştir (Yentürk, 2018).



Grafik 2.7 1999-2017 Toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı

Kaynak: (TÜİK, 2018b).

Toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranını gösteren Grafik 2.7'ye göre ise 1999 yılından 2007 yılına kadar artış eğilimindeyken 2007, 2008 ve 2009 yılında % 5,8 oranından sonra düşme eğilimine girmiştir.



Grafik 2.82 1999-2017 Toplam sağlık harcamaları

Kaynak: (TÜİK verilerinden hareketle tarafımızca oluşturulmuştur).

Toplam sağlık harcamalarını, merkezi devlet, yerel devlet ve sosyal güvenlik toplamı olan genel devlet ile hanehalkları ve diğer toplamı olan özel sektör olarak ayıran TÜİK verilerinden oluşturulan Grafik 2.8 gösteriyor ki; genel devlet harcamaları ile özel sektör harcamaları 1999 yılında nispeten daha yaklaşık oranlarda başlamış olsa da dalgalı seyir en çok 2009 yılında birbirinden uzaklaşmıştır. 2009 yılında toplam sağlık harcamalarının¹³ % 80,9'u olan genel devlet harcaması, izleyen yıllarda yaklaşık olarak bu seyrinde devam etmiştir. Genel devlet harcaması ile özel sektör harcaması arasındaki oransal fark, dönüşüm sürecinin aksini iddia eder gibi görünmektedir.

Yentürk ve Yılmaz'a (2018) göre, kamusal sağlık harcamaları yalnızca reform sürecinde değil, SDP uygulamaya geçirilmeden önceki dönemde de ciddi artış göstermiştir. Dolayısıyla uzun dönemli bir artış eğilimine işaret etmektedir. Çalışmaya göre kamusal sağlık harcamaları büyük oranda kişisel sağlık harcamalarındaki, yani ilaç ve tedavi harcamalarındaki artıştan kaynaklanmaktadır (Maliyet artışı, performans kriteri, GSS primi, özel hastane fark ücreti faktörleri ile). 2008 yılından itibaren, nüfus artış oranı sabit kalmasına rağmen, Satın Alma Gücü temelinde Türkiye'nin kişi başı kamusal sağlık harcamaları artmasına karşılık, Türkiye, en düşük oranda harcama yapan OECD ülkeleri arasındadır. Elbek'e (2015: 24) göre ise, 2003'ten sonra reforme edilmeye çalışılan kamu sağlık sisteminde cepten ödemeler, "bağış" olan zorunlu "gönüllü" ödemelerde % 11,1; cerrahi hizmetlerde % 23,5; ilaçlarda % 50,5 artmıştır. Özellikle tıbbi tetkik ve görüntüleme hizmetinin, taşeron şirketlerden hizmet satın alma yoluyla yapıldığı, hekimler üzerindeki performans baskısının yapay taleplere neden olduğu, ilaç fiyatlarının serbest piyasa koşullarında (kamu fiyat kontrolleriyle) belirlendiği göz önüne alınacak olursa, kişisel sağlık harcamalarındaki artış anlamaya çalışmak önem kazanmaktadır.

Neoliberal dönüşüm sürecinde kamusal harcamaların azaltılması yönündeki baskılar ve bu doğrultudaki proje ve söylemlere rağmen veriler gösteriyor ki sağlık harcamaları yıllar içerisinde siyasi ve ekonomik dalgalanmalardan etkilense de artış eğilimindedir. Türkiye'nin sosyal devlet olmaktan uzak olduğu (Arın, 2013) verilerle desteklense de kamusal sağlık harcamalarındaki bu sürekli artışın nedenini aramak, bu çalışmanın temel problemi olup bir sonraki başlıkta incelenmeye çalışılacaktır.

¹³ TÜİK, sağlığı geliştirme veya koruma amacını benimseyen tüm koruma , geliştirme, bakım, beslenme ve acil programlar için yapılan harcamaları "sağlık harcaması" olarak kabul etmektedir.

2.4. Kamusal Sağlık Harcama Kalemlerinde Detaylı İnceleme

2.4.1. Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağı

Sağlık Bakanlığının, Mehmet Atasever tarafından kaleme alınan, 2002-2013 döneminin analizini yayınladığı kitaptan elde edilen, sağlık harcamalarının finansmanı sağlayanlarına göre detaylı dağılımını gösteren Tablo 2.1'e göre, 2002 yılından 2013 yılına reel olarak en fazla artış (% 121) sosyal güvenlik kurumlarının sağlık harcamalarındaki artış olmuştur. 2002 yılında % 40,6 olan sosyal güvenlik harcamaları 2013 yılında % 55,7 seviyesine yükselmiştir. SSK hastane ve eczanelerinin hizmetten çekilmesi SDP'nin uygulanma koşulu olduğundan SSK hastaneleri 2005 yılında Sağlık Bakanlığına devredilmiş ve SSK eczaneleri kapatılmıştır. Özel hastanelerin SGK kapsamındaki tüm vatandaşlara açılması, SSK eczaneleri kapanınca özel eczanelerden ilaç temin edilmesi sosyal güvenlik harcamalarının artışındaki önemli gelişmelerdir. Sağlık hizmetini standardize etmeyi amaçlayan GSS sistemi 2006 yılında tam anlamıyla hazırlanmış ancak planlandığı gibi yürürlüğe girememiş; 1 Temmuz 2007 tarihinde yürürlüğe girmiş ve 2007 Ocak ayından itibaren SGK sağlık hizmetlerinin ödeme sisteminde en önemli ve belirleyici kurum olmaya başlamıştır. Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında birleşmesi, kapsamının genişlemesinin (2007 üç kurumun birleşmesi, 2010 devlet memurlarının 2012 yeşil kart harcamalarının SGK çatısı altında birleşmesi) bunda etkili olduğu dikkate alınır; 2013 yılı fiyatlarıyla Atasever'in (2014: 91) yaptığı karşılaştırmada görülüyor ki kamu sağlık harcamaları 2002 yılından 2013 yılına % 79 artarken özel sektör sağlık harcamaları yalnızca % 18 artmıştır. Oysa süreç, tam tersini hedefleyerek, kamusal harcamaların azaltılıp özel sektörü etkin hale getirme hedefiyle başlamıştı.

Tablo 2.1 2002-2013 Sağlık harcamalarının finansmanı sağlayanlara göre detaylı dağılımı (Milyon TL)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış [Kat]
Sosyal Sigortalar Kurumu	TL	3.596	4.981	6.717	7.458	11.107	SGK (SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı Dahil)			SGK (Memurlar Dâhil)		SGK (Yeşil Kart Dâhil)		
	%	19,2	20,5	22,4	21,1	25,2								
Bağ-Kur	TL	2.195	3.183	3.719	3.626	3.816								
	%	11,7	13,1	12,4	10,3	8,7								
Emekli Sandığı	TL	1.840	2.498	2.795	2.917	2.744								
	%	9,8	10,3	9,3	8,2	6,2								
Sosyal Güvenlik Kurumları	TL	7.631	10.662	13.231	14.000	17.667	19.697	25.346	28.277	30.695	34.937	41.630	46.993	5,2
	%	40,6	43,9	44,1	39,6	40,1	38,7	43,9	48,8	49,8	50,9	56,1	55,7	
Kamu Görevlileri	TL	1.654	2.035	2.524	2.277	2.513	2.807	2.822	3.336	804	280	308	336	-0,8
	%	8,8	8,4	8,4	6,4	5,7	5,5	4,9	5,8	1,3	0,4	0,4	0,4	
Yeşil Kart	TL	538	665	756	1.667	2.911	3.914	4.030	5.473	4.867	5.106	228	1	-1,0
	%	2,9	2,7	2,5	4,7	6,6	7,7	7,0	9,5	7,9	7,4	0,3	0,0	
Sağlık Bakanlığı	TL	2.435	2.953	3.571	4.847	5.668	6.573	8.062	8.417	10.526	12.156	14.827	16.460	5,8
	%	13,0	12,2	11,9	13,7	12,9	12,9	14,0	14,5	17,1	17,7	20,0	19,5	
Üniversiteler	TL	195	229	379	464	509	605	651	702	824	893	959	1.040	4,3
	%	1,0	0,9	1,3	1,3	1,2	1,2	1,1	1,2	1,3	1,3	1,3	1,2	
Diğer Kamu	TL	461	435	428	264	166	66	384	17	188	651	171	589	0,3
	%	2,5	1,8	1,4	0,7	0,4	0,1	0,7	0,0	0,3	0,9	0,2	0,7	
Merkezi Yönetim	TL	5.283	6.317	7.659	9.520	11.766	13.966	15.948	17.946	17.209	19.086	16.493	18.425	2,5
	%	28,1	26,0	25,5	26,9	26,7	27,4	27,6	31,0	27,9	27,8	22,2	21,8	
Yerel Yönetimler ve Diğer Kamu Kurumları	TL	356	482	500	467	683	867	865	667	577	557	662	810	1,3
	%	1,9	2,0	1,7	1,3	1,6	1,7	1,5	1,2	0,9	0,8	0,9	1,0	
Kamu Sağlık Harcamaları	TL	13.270	17.462	21.389	23.987	30.116	34.530	42.159	46.890	48.482	54.580	58.785	66.228	4,0
	%	70,7	71,9	71,2	67,8	68,3	67,8	73,0	81,0	78,6	79,6	79,2	78,5	
Cepte Harcamalar	TL	3.725	4.482	5.775	8.049	9.684	11.105	10.036	8.142	10.062	10.590	11.750	14.156	2,8
	%	19,8	18,5	19,2	22,8	22,0	21,8	17,4	14,1	16,3	15,4	15,8	16,8	
Diğer Özel Sağlık Harcamaları	TL	1.779	2.335	2.856	3.323	4.269	5.269	5.545	2.879	3.134	3.438	3.654	4.006	1,3
	%	9,5	9,6	9,5	9,4	9,7	10,4	9,6	5,0	5,1	5,0	4,9	4,7	
Özel Sektör Sağlık Harcamaları	TL	5.504	6.817	8.632	11.372	13.953	16.374	15.580	11.021	13.196	14.028	15.404	18.162	2,3
	%	29,3	28,1	28,8	32,2	31,7	32,2	27,0	19,0	21,4	20,4	20,8	21,5	
Toplam Sağlık Harcamaları	TL	18.774	24.279	30.021	35.359	44.069	50.904	57.740	57.911	61.678	68.607	74.189	84.390	3,5

Kaynak: (Atasever, 2014: 90).



Grafik 2.9 Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2017).

Sağlık Bakanlığının 2017 yılında yayınladığı faaliyet raporunda yer alan, 2002-2015 yıllarını kapsayan dönemde cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranını gösteren Grafik 2.9'a göre, 2003 yılından sonra hızla yükselen oran 2005 yılında % 22,8 ile en yüksek noktada gerçekleştiikten sonra 2007 yılından sonra da yine hızla düşmeye başlamıştır. 2009 yılında % 14,1 ile en düşük oranda gerçekleşen cepten yapılan sağlık harcamaları dalgalı seyirle daha düşük hızla artışa devam etmiştir. Kamusal harcamaların en yüksek olduğu dönemde cepten yapılan harcamaların en düşük olacağı göz önüne getirilirse ilgili dönemde sürecin olması gerekenin aksi yönde ilerlediği anlaşılabılır. Bununla birlikte, cepten yapılan harcamaların dağılımında reçete katılım payı, muayane katılım payı, ilaç katılım payı, eşdeğer ilaç farkı adı altında alınan ödemeler dikkat çekmektedir. Cepten yapılan ödemelerin politik tabanda oluşturulan ücretsiz sağlık hizmeti algısını yönlendirmekte etkili olduğu söylenebilir. Neoliberal dönüşüm süreci, sermayenin iktidarını sağlamaya yönelik politika oluşturma bağlamında, Türkiye'de kendine özgü süreçte ilerlemektedir.

Tablo 2.2 2002-2013 Özel sağlık tesislerinin finansman kaynağı (Milyon TL)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
Sosyal Güvenlik Kurumları	TL	396	538	743	1.021	1.723	2.345	4.327	4.506	4.959	5.948	6.633	7.148	17,0
	%	12,3	13,0	15,5	15,6	20,3	21,2	35,3	47,6	50,1	49,5	46,1	44,9	
Merkezi Yönetim Bütçesi	TL	192	236	271	269	341	408	552	779	205	70	68	46	-0,8
	%	6,0	5,7	5,7	4,1	4,0	3,7	4,5	8,2	2,1	0,6	0,5	0,3	
Yerel Yönetim Bütçesi	TL	51	65	65	65	107	142	138	90	82	76	94	116	1,3
	%	1,6	1,6	1,4	1,0	1,3	1,3	1,1	1,0	0,8	0,6	0,7	0,7	
Özel Sektör	TL	2.575	3.313	3.713	5.191	6.298	8.140	7.226	4.085	4.652	5.912	7.600	8.593	2,3
	%	80,1	79,8	77,5	79,3	74,4	73,8	59,0	43,2	47,0	49,2	52,8	54,0	
Toplam	TL	3.214	4.152	4.793	6.547	8.468	11.034	12.242	9.460	9.898	12.006	14.396	15.903	3,9

Kaynak: (Atasever, 2014: 143).

Özel sağlık hizmet sunucularından hizmet alımını yaygınlaştırmak adına 2008 yılı Haziran ayında sigortalılardan en fazla SGK tarafından ödenen bedelin % 30'una kadar ilave ücret talep edilebileceğine ilişkin düzenleme yapılmıştır. Bu fark, 2009 Aralık ayında % 70; 2012 yılı Mart ayında % 90; 2013 yılı Ekim ayında ise % 200'e çıkarılmıştır. İlave ücretin talebinde belirlenen üst limitin sigortalıyı mı özel sağlık hizmet sunucusunu mu koruduğu tartışmalıdır. Zira Atasever'in çalışmasında yer alan, özel sağlık tesislerinin finansman kaynağının detaylandırıldığı Tablo 2.2'ye göre 2002 yılında % 80 olan özel sektör harcamaları 2013 yılında % 54'e düşmüştür. Bu durumda kamu harcamaları da 2002 yılında yaklaşık % 20 iken 2013 yılında % 46'ya yükselmiş; en büyük paya sahip sosyal güvenlik harcamaları 2002 yılında % 12,3 iken 2013 yılında % 44,9'a yükselmiştir. Merkezi yönetim bütçesi ve yerel yönetim bütçesi de sosyal güvenlik kurumları harcamalarına dahil edilince özel sağlık tesislerinin finansmanı % 46 oranında kamu tarafından finanse edilmektedir; ki bu oran 2002 yılında yani sağlıkta dönüşüm programına geçmeden önce % 20 civarındadır. Öyleyse bu verilere göre, hizmet sunumundan çekilmek kamusal sağlık harcamalarında azalış değil artışa neden olmuştur. Ancak, kamusal sağlık harcamalarının azalmak yerine artması, özel sektör sağlık hizmetinin finansmanı rolünde en önemli konumda olan sosyal güvenlik kurumları aracılığıyla kamusal kaynakların özel sektöre aktarıldığını göstermektedir. Bu şekilde, sermaye iktidarının devamını sağlamak, vazgeçilmez bir meta haline gelen sağlık hizmeti eliyle gerçekleşmektedir.

2.4.2. Sağlık Hizmeti Sunucusuna Göre Sağlık Harcamaları

Hizmet sunumundan çekildikten sonra, çoğunlukla hizmet alımı şeklinde gerçekleşen sağlık hizmetinin kamusal sağlık harcamalarındaki artışın en temeli nedeni olmakla birlikte, hizmet alımının finansal kaynağı büyük oranda genel devlet ve genel devlet harcamaları içindeki sosyal güvenlik kurumları harcamalarıdır.

Tablo 2.3 2002-2013 Sosyal güvenlik kurumlarının sağlık harcamalarının hizmet sunucularına göre gelişimi (Milyon TL)

Hizmet Sunucuları/ Yıllar		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesisleri*	TL	1.817	2.998	4.083	3.521	5.442	6.399	7.204	7.307	8.118	10.160	15.784	18.436	9,1
	%	23,8	28,1	30,9	25,2	30,8	32,5	28,4	25,8	26,4	29,1	37,9	39,2	
Üniversite Sağlık Tesisleri	TL	620	827	1.079	1.083	1.325	1.523	2.223	2.529	3.376	3.964	4.927	5.680	8,2
	%	8,1	7,8	8,2	7,7	7,5	7,7	8,8	8,9	11,0	11,3	11,8	12,1	
Özel Sağlık Tesisleri	TL	396	538	743	1.021	1.723	2.345	4.327	4.506	4.959	5.948	6.633	7.148	17,0
	%	5,2	5,0	5,6	7,3	9,8	11,9	17,1	15,9	16,2	17,0	15,9	15,2	
Serbest Eczaneler	TL	4.300	5.615	6.399	7.001	8.372	8.858	10.717	13.161	13.547	14.144	13.446	14.765	2,4
	%	56,4	52,7	48,4	50,0	47,4	45,0	42,3	46,5	44,1	40,5	32,3	31,4	
Diğer	TL	498	685	926	1.373	805	572	876	773	695	720	839	964	0,9
	%	6,5	6,4	7,0	9,8	4,6	2,9	3,5	2,7	2,3	2,1	2,0	2,1	
Toplam	TL	7.631	10.662	13.231	14.000	17.667	19.697	25.346	28.277	30.695	34.937	41.630	46.993	5,2

* 2005 yılına kadar SSK Sağlık Tesislerine yapılan harcamalar dâhil edilmiştir.

Kaynak: (Atasever, 2014: 96).

Sosyal güvenlik harcamalarının da hizmet sunucularına göre detaylandırıldığı Tablo 2.3'e göre 2002 yılından 2013 yılına sağlık harcamalarına ayrılan payda en önemli artış özel sağlık tesislerine yapılan harcamalardır. 2002 yılında % 5,2 olan pay 2013 yılında % 15,2'ye yükselmiştir. Serbest eczanelerin ilaç harcamalarının payı ise 2002 yılında % 56,4 iken 2013 yılında % 31,4'e gerilemiştir. İlaç harcamalarındaki azalmanın nedeni olarak ilaç sektöründeki kamu fiyat kontrolleri ve sabit Euro kuru uygulaması (19.02.2019 tarihinden itibaren 1€=3,40TL olmuş, yaklaşık olarak % 26 yükselmiştir) görülebilir.

Merkezi yönetim kurumlarının hizmet sunucularına göre detaylandırıldığı Tablo 2.4'e göre Sağlık Bakanlığının merkezi yönetim bütçesinde aldığı pay 2002 yılında % 61,5 iken 2013 yılında % 90,1'e yükselmiştir. Serbest eczanelerin ilaç harcamaları ise yine büyük oranda azalmış; 2002 yılında % 21,6 olan oran 2013 yılında % 3,6'ya gerilemiştir

Tablo 2.4 2002-2013 Merkezi yönetim kurumlarının sağlık harcamalarının hizmet sunucularına göre gelişimi (Milyon TL)

Hizmet Sunucuları/ Yıllar		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesisleri	TL	3.250	3.957	4.717	6.223	8.055	9.415	11.012	12.324	13.574	15.040	14.967	16.607	4,1
	%	61,5	62,6	61,6	65,4	68,5	67,4	69,0	68,7	78,9	78,8	90,7	90,1	
Üniversite Sağlık Tesisleri	TL	687	834	1.074	1.210	1.448	1.704	1.747	1.788	1.590	2.189	1.097	1.102	0,6
	%	13,0	13,2	14,0	12,7	12,3	12,2	11,0	10,0	9,2	11,5	6,7	6,0	
Özel Sağlık Tesisleri	TL	192	236	271	269	341	408	552	779	205	70	68	46	-0,8
	%	3,6	3,7	3,5	2,8	2,9	2,9	3,5	4,3	1,2	0,4	0,4	0,3	
Serbest Eczaneler	TL	1.140	1.277	1.520	1.728	1.845	2.328	2.515	2.919	1.800	1.759	356	669	-0,4
	%	21,6	20,2	19,8	18,2	15,7	16,7	15,8	16,3	10,5	9,2	2,2	3,6	
Diğer	TL	14	13	77	90	78	111	123	136	39	28	5	0	-1,0
	%	0,3	0,2	1,0	0,9	0,7	0,8	0,8	0,8	0,2	0,1	0,0	0,0	
Toplam	TL	5.283	6.317	7.659	9.520	11.766	13.966	15.948	17.946	17.209	19.086	16.493	18.425	2,5

Kaynak: (Atasever, 2014: 99).

Serbest eczanelerden temin edilen ilaç harcamaları sağlık hizmet sunucularına göre yapılan sağlık harcamalarında önemli bir orana sahip olduğundan Atasever'in (2014: 144) çalışmasındaki verilere dikkat çekmek gerekirse, 2002 yılında serbest eczanelerden temin edilen ilaç harcamaları toplam sağlık harcamaları içerisinde % 37'sini oluştururken 2013 yılında bu oran % 23,7'ye düşmüştür. Bu oranının düşmesindeki en önemli etken KDV oranının 2004 yılı Mart ayından itibaren % 18'den % 8'e düşürülmesi, referans fiyatlı sistem ve bu sayede birçok kalem ilaçta % 1 ile % 80 arasında değişen oranlarda indirim sağlanmasıdır. Serbest eczanelerden temin edilen ilaç harcamalarının en önemli finansman kaynağı sosyal güvenlik kurumları olup bu oran 2002 yılında % 61,8 iken 2013 yılında % 73,7'ye yükselmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın 2019 yılı bütçe sunumunda, 2016 yılında 2.113 milyon olan ilaç kutu sayısının 2018 yılında 2.320 milyona; yine 2016 yılında 24.417 milyon TL olan kamu ilaç harcamasının 2018 yılında 30.667 milyon TL'ye yükseldiği (2018: 129) ifade edilirken bu verilerin tek başına değerlendirilmesinin anlamlı olmayacağı açıktır. İlaç kutu sayısındaki ve ilaç harcamalarındaki artışın, nüfustaki artışla orantısı bir yana, sağlık hizmetinin tüketilen ilaç bazında değer görmesi sürecin temel tüketim argümanına uygun olarak değerlendirilebilir.

TÜİK'in yayınladığı 1999-2017 döneminin her yılı için ayrı ayrı sağlık hizmeti sunucusuna göre sağlık harcamalarını yansıtan verilerden, başlangıç (1999), bitiş (2017) ve harcama grafiklerinin hemen hepsinde kırılmalar olduğu için dikkati çeken 2009 yılını değerlendirmek uygun görülmüştür. TÜİK'ten elde edilen 1999-2017 dönemini yansıtan

verilere göre, 1999 yılında (Tablo 2.5) toplam sağlık harcamalarının % 96'sını oluşturan cari sağlık harcamaları, sağlık harcaması grafiklerinde kırılma noktalarından biri olan 2009 yılında (Tablo 2.6) % 95'i, 2017 yılında (Tablo 2.7) ise % 93'ü oranında gerçekleşmiştir. 1999 yılında cari sağlık harcamalarının % 39'unu oluşturan hastane harcamaları ise, yine 2009 yılında % 42'si ve 2017 yılında % 53'ü oranında gerçekleşmiştir. Toplam genel devlet harcamaları içinde 1999 yılında % 53 oranında gerçekleşen sosyal güvenlik kuruluşlarının yaptığı harcamalar, 2009 yılında % 60, 2017 yılında da % 66 oranına yükselmiştir. Yine 1999 yılında, toplam sağlık harcamaları içinde % 38 olan özel sektör harcamaları, 2009 yılında % 19'a düşmüş ve 2017 yılında yaklaşık % 22 oranında gerçekleşmiştir.

Tablo 2.5 Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları, 1999

(Milyon TL)

	Genel devlet					Özel sektör		
	Genel toplam	Toplam	Merkezi devlet	Yerel devlet	Sosyal güvenlik	Toplam	Hanehalkları	Diğer ⁽¹⁾
Toplam sağlık harcaması	4 985	3 048	1 274	158	1 616	1 937	1 449	488
Cari sağlık harcaması	4 786	2 872	1 195	110	1 567	1 914	1 433	481
Hastaneler	1 913	1 581	647	8	926	332	243	89
Evde hemşirelik bakımı	-	-	-	-	-	-	-	-
Ayakta bakım sunanlar	1 150	321	287	-	34	829	673	156
Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar	1 301	765	211	10	544	536	494	42
Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi	6	5	5	-	-	1	-	1
Genel sağlık yönetimi ve sigorta	93	42	11	-	31	51	-	51
Sınıflandırlamayan diğer kategori	323	158	34	92	32	165	23	142
Yatırım	199	176	79	48	49	23	16	7

(1) "Diğer" sağlık harcamaları; özel sosyal sigorta (banka sandıkları), hanehalklarına hizmet eden kar amacı gütmeyen kuruluşlar, KİT'ler, vakıf üniversiteleri, özelleştirme kapsamındaki kuruluşlar ve diğer işletmelerin yaptığı sağlık harcamalarını kapsamaktadır.

Kaynak: (TÜİK, 2000).

Halk sağlığı programları için yapılan harcamalara bakıldığında, toplam sağlık harcamaları içinde oranlar 1999 yılında % 0,1; 2009 yılında % 1,2; 2017 yılında ise % 4,2'dir. Sağlık Bakanlığı 2019 yılı Bütçe Sunumunda, Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetleri için 2002 yılında 4.599 Milyon TL olan bütçe harcamasının 2018 yılında 3 kat artarak 13.962 Milyon TL'ye yükseldiğine (2018: 26) dikkat çekilirken; bu verilerin SDP'nin sağlık hizmetlerinde devletin rolünü koruyucu sağlık hizmetler ile sınırlı tutmasıyla doğru orantılı

gibi görünmektedir. Ancak sosyal güvenlik kurumlarının yaptığı harcamaların çoğunlukla tedavi edici hizmetleri finanse ettiği ve sosyal güvenlik harcamalarındaki artış dikkate alındığında, koruyucu hizmetlere yapılan harcamanın yetersizliği ile tedavi edici hizmetlerin hizmet satın alma yoluyla kaynak aktarmaya yatkınlığı arasında paradoksal bir politika oluşumundan söz edilebilir.

Tablo 2.6 Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları, 2009

(Milyon TL)

	Genel toplam	Genel devlet				Özel sektör		
		Toplam	Merkezi devlet	Yerel devlet	Sosyal güvenlik	Toplam	Hanehalkları	Diğer ⁽¹⁾
Toplam sağlık harcaması	57 911	46 890	17 946	667	28 277	11 021	8 142	2 879
Cari sağlık harcaması	55 294	44 511	16 659	479	27 373	10 783	8 022	2 761
Hastaneler	23 241	21 443	9 975	92	11 376	1 798	907	891
Evde hemşirelik bakımı	1	-	-	-	-	1	-	1
Ayakta bakım sunanlar	8 733	5 061	2 811	172	2 078	3 673	2 887	785
Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar	20 018	16 102	2 898	43	13 161	3 916	3 254	662
Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi	699	699	650	49	-	-	-	-
Genel sağlık yönetimi ve sigorta	294	184	-	-	184	110	-	110
Sınıflandırılmayan diğer kategori	2 307	1 021	325	122	574	1 286	973	313
Yatırım	2 616	2 379	1 287	188	904	237	120	118

(1) “Diğer” sağlık harcamaları; özel sigorta şirketleri, hanehalklarına hizmet eden kar amacı gütmeyen kuruluşlar ve diğer işletmelerin yaptığı sağlık harcamalarını kapsamaktadır.

Kaynak: (TÜİK, 2010).

Tablo 2.7 Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları, 2017

(Milyon TL)

	Genel toplam	Genel devlet				Özel sektör		
		Toplam	Merkezi devlet	Yerel devlet	Sosyal güvenlik	Toplam	Hanehalkları	Diğer ⁽¹⁾
Toplam sağlık harcaması	140 647	109 744	35 316	1 303	73 125	30 904	24 004	6 900
Cari sağlık harcaması	130 981	101 786	27 694	1 216	72 876	29 195	22 770	6 425
Hastaneler	69 636	56 826	15 016	77	41 733	12 810	9 252	3 558
Evde hemşirelik bakımı	1	-	-	-	-	1	-	1
Ayakta bakım sunanlar	17 163	11 403	6 378	602	4 423	5 760	4 547	1 213
Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar	33 908	25 553	64	10	25 479	8 355	7 275	1 080
Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi	6 011	6 011	5 802	209	-	-	-	-
Genel sağlık yönetimi ve sigorta	601	293	-	-	293	309	-	309
Sınıflandırılmayan diğer kategori	3 660	1 700	434	318	948	1 960	1 696	265
Yatırım	9 666	7 958	7 623	86	249	1 709	1 234	475

(1) “Diğer” sağlık harcamaları; özel sigorta şirketleri, hanehalklarına hizmet eden kar amacı gütmeyen kuruluşlar ve diğer işletmelerin yaptığı sağlık harcamalarını kapsamaktadır.

Kaynak: (TÜİK, 2018).

2.4.3. Merkezi Yönetim Sağlık Harcamaları

2010 yılından itibaren devlet memurlarının sağlık giderleri, 2012 yılından itibaren ise yeşil kartlıların sağlık giderlerinin SGK tarafından karşılandığı dikkate alınarak, yukarıdaki merkezi yönetim kurumlarının sağlık harcamalarının detaylı incelendiği Tablo 2.8’e bakılırsa, finansmanı merkezi yönetim bütçesinden karşılanan sağlık harcamalarının en önemli kalemi olan Sağlık Bakanlığı merkezi yönetim bütçesinden karşılanan harcamalar, 2002 yılında % 46,1 oranındayken 2013 yılında % 89,3 oranına yükselmiştir.

Tablo 2.8 2002-2013 Merkezi yönetim kurumlarının sağlık harcamaları (Milyon TL)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
Kamu Görevlileri	TL	1.654	2.035	2.524	2.277	2.513	2.807	2.822	3.336	804	280	308	336	-0,8
	%	31,3	32,2	33,0	23,9	21,4	20,1	17,7	18,6	4,7	1,5	1,9	1,8	
Yeşil Kart	TL	538	665	756	1.667	2.911	3.914	4.030	5.473	4.867	5.106	228	1	-1,0
	%	10,2	10,5	9,9	17,5	24,7	28,0	25,3	30,5	28,3	26,8	1,4	0,0	
Sağlık Bakanlığı	TL	2.435	2.953	3.571	4.847	5.668	6.573	8.062	8.417	10.526	12.156	14.827	16.460	5,8
	%	46,1	46,7	46,6	50,9	48,2	47,1	50,5	46,9	61,2	63,7	89,9	89,3	
Üniversiteler	TL	195	229	379	464	509	605	651	702	824	893	959	1.040	4,3
	%	3,7	3,6	4,9	4,9	4,3	4,3	4,1	3,9	4,8	4,7	5,8	5,6	
Diğer Kamu	TL	461	435	428	264	166	66	384	17	188	651	171	589	0,3
	%	8,7	6,9	5,6	2,8	1,4	0,5	2,4	0,1	1,1	3,4	1,0	3,2	
Toplam	TL	5.283	6.317	7.659	9.520	11.766	13.966	15.948	17.946	17.209	19.086	16.493	18.425	2,5

Kaynak: (Atasever, 2014: 98).

Tablo 2.9 2002-2013 Fonksiyonlarına göre sağlık harcamalarının dağılımı (Milyon TL)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
Halk Sağlığı ve Aile Hekimliği Hizmetleri	TL	885	1.162	1.600	1.953	2.389	2.635	3.095	3.840	4.346	5.127	6.286	7.444	7,4
	%	4,7	4,8	5,3	5,5	5,4	5,2	5,4	6,6	7,0	7,5	8,5	8,8	
112 Acil Sağlık Hizmetleri*	TL	62	124	169	220	357	479	641	801	1.055	1.268	1.503	1.555	24,3
	%	0,3	0,5	0,6	0,6	0,8	0,9	1,1	1,4	1,7	1,8	2,0	1,8	
Hastane Hizmetleri	TL	7.946	10.782	12.874	14.634	19.890	24.688	28.119	25.551	28.629	32.831	38.417	43.368	4,5
	%	42,3	44,4	42,9	41,4	45,1	48,5	48,7	44,1	46,4	47,9	51,8	51,4	
Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri	TL	896	940	1.281	1.955	2.218	2.549	2.614	3.078	3.320	3.961	4.366	4.510	4,0
	%	4,8	3,9	4,3	5,5	5,0	5,0	4,5	5,3	5,4	5,8	5,9	5,3	
İlaç Hizmetleri	TL	6.955	8.610	9.993	11.413	13.553	14.654	16.454	19.405	18.790	19.662	17.677	20.042	1,9
	%	37,0	35,5	33,3	32,3	30,8	28,8	28,5	33,5	30,5	28,7	23,8	23,7	
Yönetim Hizmetleri	TL	540	723	923	1.052	1.393	1.657	1.949	2.174	2.372	2.484	3.109	4.251	6,9
	%	2,9	3,0	3,1	3,0	3,2	3,3	3,4	3,8	3,8	3,6	4,2	5,0	
Diğer Sağlık Hizmetleri	TL	1.491	1.938	3.180	4.133	4.268	4.242	4.868	3.061	3.165	3.274	2.831	3.221	1,2
	%	7,9	8,0	10,6	11,7	9,7	8,3	8,4	5,3	5,1	4,8	3,8	3,8	
Toplam	TL	18.774	24.279	30.021	35.359	44.069	50.904	57.740	57.911	61.678	68.607	74.189	84.390	3,5

* Uluslararası standartlarda acil sağlık hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetleri içinde yer almaktadır. Bu çalışmada ise Türkiye sağlık sistemine ve Sağlık Bakanlığının mevcut teşkilat yapısına daha uygun olduğu düşünüldüğünden acil sağlık hizmetleri ayrı bir kalem olarak yer almaktadır.

Kaynak: (Atasever, 2014: 150).

Fonksiyonlarına göre sağlık harcamalarının dağılımını gösteren Tablo 2.9'a göre en önemli paylar hastane hizmetleri ile ilaç hizmetlerine aittir. Kamu hastane birliklerinin hayata geçirilmesi ile hastane yönetimi hizmetlerine verilen önem de tablodan anlaşılmaktadır. 2002 yılından 2013 yılına en büyük üçüncü artış bu kalemdedir. Öyleyse hastane yönetimi de en az sağlık hizmeti kadar sağlık harcamaları içerisinde ciddi bir maliyet unsurudur. İdari ve mali özerkliği hedefleyen ve 2011 yılında uygulamaya geçirilen Kamu Hastane Birlikleri yönetiminin CEO'lara bırakıldığı hatırlanacak olursa, kamu hastaneleri birliğinin CEO'lar tarafından yönetilmesi kamusal sağlık harcamalarında ciddi bir maliyet oluşturduğu açıktır.

Halk sağlığı ve aile hekimliğine için yapılan 2002 yılından 2013 yılına artış % 7,4 (Tablo 2.9) olurken, bu artışın daha çok aile hekimliğine geçiş sürecinde gerçekleştiğini söylemek mümkündür. Aile hekimliği sisteminin, hasta takibini kolaylaştırması nedeniyle koruyucu sağlık hizmeti olarak değerlendirilmesi olağanken; tedavi edici hizmetler için yapılan harcamanın azalmaması halk sağlığı hizmetlerine yeterince önem verilmediğini göstermektedir. Bununla birlikte, sevk zinciri uygulamasının kaldırılması da hastanın koruyucu sağlık hizmetlerinden önce tedavi edici hizmetlere yönelmesiyle sağlık harcamalarında önemli bir artışa neden olduğu gözden kaçırılmaktadır.

Tablo 2.10 2002-2013 Niteliğine göre detaylı sağlık harcamaları (Milyon TL)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
Personel	TL	4.446	6.485	7.878	8.729	11.318	14.081	15.540	15.386	16.554	21.008	25.449	29.579	5,7
	%	23,7	26,7	26,2	24,7	25,7	27,7	26,9	26,6	26,8	30,6	34,3	35,1	
Hizmet Alım	TL	921	1.236	1.532	2.057	2.939	3.770	3.809	4.308	5.181	5.364	6.399	7.021	6,6
	%	4,9	5,1	5,1	5,8	6,7	7,4	6,6	7,4	8,4	7,8	8,6	8,3	
İlaç	TL	7.290	9.003	10.384	11.918	14.271	15.546	17.673	21.122	20.612	21.334	19.941	21.885	2,0
	%	38,8	37,1	34,6	33,7	32,4	30,5	30,6	36,5	33,4	31,1	26,9	25,9	
Tıbbi Malzeme	TL	1.555	1.938	2.333	2.723	2.423	2.712	3.014	3.209	3.476	3.812	4.647	5.500	2,5
	%	8,3	8,0	7,8	7,7	5,5	5,3	5,2	5,5	5,6	5,6	6,3	6,5	
Tıbbi Tetkik (Lab. ve Görüntüleme)	TL	340	484	585	700	830	1.212	1.845	2.086	2.422	2.681	3.056	3.339	8,8
	%	1,8	2,0	1,9	2,0	1,9	2,4	3,2	3,6	3,9	3,9	4,1	4,0	
Yönetim	TL	540	723	923	1.052	1.393	1.657	1.949	2.174	2.372	2.484	3.109	4.251	6,9
	%	2,9	3,0	3,1	3,0	3,2	3,3	3,4	3,8	3,8	3,6	4,2	5,0	
Kanuni Yükümlülükler	TL	404	477	1.123	1.277	1.919	934	888	960	1.437	1.269	1.243	1.390	2,4
	%	2,2	2,0	3,7	3,6	4,4	1,8	1,5	1,7	2,3	1,8	1,7	1,6	
Diğer Cari	TL	1.844	2.080	1.603	2.077	2.440	3.096	5.457	3.830	4.165	4.959	4.534	4.528	1,5
	%	9,8	8,6	5,3	5,9	5,5	6,1	9,5	6,6	6,8	7,2	6,1	5,4	
Sınıflandırılmayan Giderler	TL	992	1.251	2.254	2.759	3.415	3.488	2.144	2.222	2.405	2.462	1.910	2.209	1,2
	%	5,3	5,2	7,5	7,8	7,7	6,9	3,7	3,8	3,9	3,6	2,6	2,6	
Cari Sağlık Harcamaları	TL	18.331	23.676	28.616	33.292	40.949	46.495	52.320	55.295	58.624	65.371	70.288	79.702	3,3
	%	97,6	97,5	95,3	94,2	92,9	91,3	90,6	95,5	95,0	95,3	94,7	94,4	
Yapı Tesis	TL	233	348	697	957	1.544	2.078	2.159	1.321	1.628	1.544	1.779	2.499	9,7
	%	1,2	1,4	2,3	2,7	3,5	4,1	3,7	2,3	2,6	2,3	2,4	3,0	
Makine Teçhizat	TL	148	184	529	659	997	1.318	897	830	835	887	1.127	1.134	6,7
	%	0,8	0,8	1,8	1,9	2,3	2,6	1,6	1,4	1,4	1,3	1,5	1,3	
Onarım	TL	46	54	150	407	436	700	391	285	421	546	712	786	16,2
	%	0,2	0,2	0,5	1,2	1,0	1,4	0,7	0,5	0,7	0,8	1,0	0,9	
Ambulans	TL	6	8	11	19	34	45	57	49	51	88	95	39	5,0
	%	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	
Diğer	TL	10	10	18	25	109	268	1.916	132	120	170	189	230	22,4
	%	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2	0,5	3,3	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	
Yatırım Harcamaları	TL	443	603	1.405	2.067	3.120	4.409	5.420	2.616	3.054	3.236	3.901	4.688	9,6
	%	2,4	2,5	4,7	5,8	7,1	8,7	9,4	4,5	5,0	4,7	5,3	5,6	
Toplam	TL	18.774	24.279	30.021	35.359	44.069	50.904	57.740	57.911	61.678	68.607	74.189	84.390	3,5

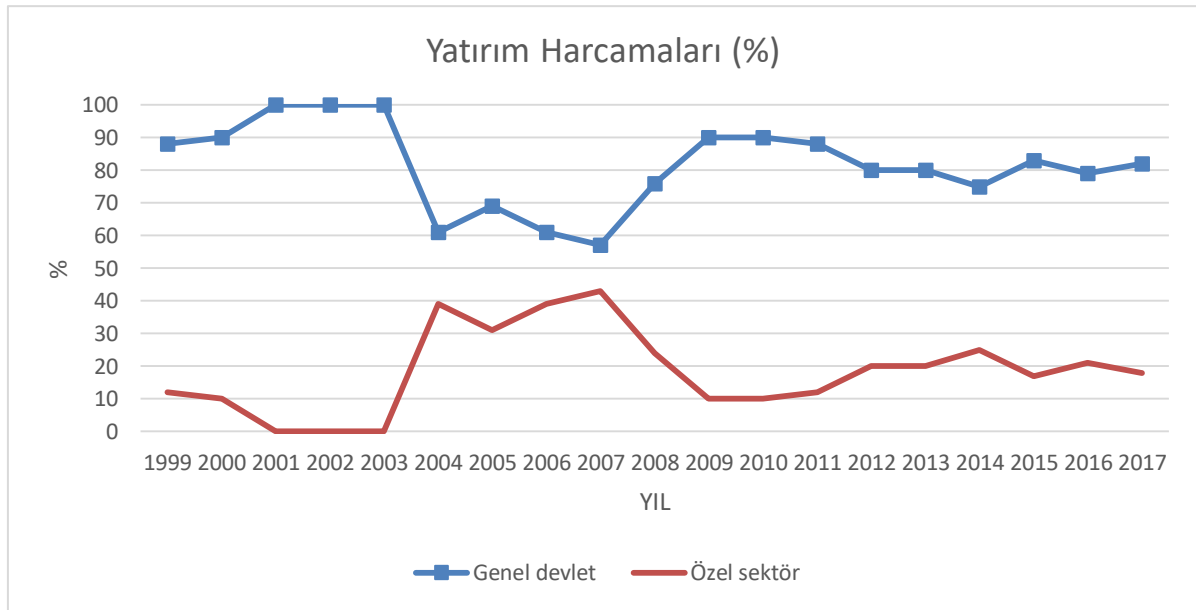
Kaynak: (Atasever, 2014: 173).

Niteliğine göre sağlık harcamalarının detaylandırıldığı Tablo-2.10'a göre cari sağlık harcamaları içerisindeki en önemli paylar personel harcamaları ile ilaç harcamalarına aittir. 2013 yılı için personel harcamaları, cari sağlık harcamalarının %35,1'ini; ilaç harcamaları ise % 25,9'unu oluşturmaktadır. Artış oranına dikkat edersek en önemli artış tıbbi tetkik giderlerinde gerçekleşmiştir. Tıbbi tetkik ihtiyaçlarının ilgili sağlık işletmesi tarafından karşılanması zorunluluğu yurttaşın özel laboratuvar ve görüntüleme merkezlerine cepten yaptığı sağlık harcamalarını azaltmış ve devlet hizmet alımı ile (neoliberal dönüşüme aykırı olarak) bu maliyeti üstlenmiştir. Diğer önemli artışlar ise yönetim hizmetleri giderleri ile hizmet alım giderlerinde gerçekleşmiştir. Çevre işler olarak görülen temizlik, güvenlik, bilgi işlem vb destek hizmetleri ile radyolojik görüntüleme ve laboratuvar gibi tıbbi tetkik hizmetlerinde gerçekleşen hizmet alımları ciddi bir maliyet artışına yol açmanın ötesinde;

kamu hastanelerine yerleşen nepotik, klientalist ve güvencesiz istihdam biçimi taşeron çalışmayı yaygın istihdam biçimi haline getirmiştir.

2.4.4. Yatırım Harcamaları

Neoliberal dönüşümün özellikle SDP ile en yoğun hissedildiği dönem olan 2000’li yıllarda toplam sağlık harcamaları içinde oransal olarak artması beklenen özel sektör harcamaları tam tersine azalmıştır. Yatırım harcamaları, toplam sağlık harcamaları içinde 1999 yılında % 3 oranında iken 2009 yılında % 4’e, 2017 yılında % 6’ya çıkmıştır. Yatırım harcamalarının asıl dikkat çeken noktası ise toplam yatırım harcamaları içindeki genel devlet harcamalarının oransal ve mutlak yüksekliğidir. Yatırım harcamalarının TÜİK tarafından yayınlanan dönem olan 1999-2017 dönemi içerisinde 1999 yılında yaklaşık % 90 olan genel devlet yatırım harcamaları 2001, 2002, 2003 yıllarında % 100 devlet harcaması şeklinde gerçekleşmiştir (Grafik 2.10). İlgili yıllarda, özel sektör harcamaları Türkiye’nin içinde bulunduğu ekonomik koşullardan etkilenmiş olabilir; ancak özel sektör yatırım harcamaları 2004 yılında yeniden yükselmiş ve en yüksek seviyeye 2007 yılında % 43 ile ulaşmıştır. Dolayısıyla genel devlet yatırım harcamaları ile özel sektör yatırım harcamalarının oransal olarak birbirine en çok yaklaştığı 2007 yılından sonra yeniden uzaklaşmaya başlamış ve 2009 yılında yeniden en uzak oranda (% 90 - % 10) gerçekleştikten sonra izleyen yıllarda da yaklaşık olarak aradaki mesafeyi korumuştur. Oysa neoliberal dönüşüm sürecinde olması beklenen yatırım harcamalarının kamusal harcama olarak değil özel sektör harcaması olarak gerçekleşmesidir. Dönüşüm sürecinde gerçekleşen onca hazırlık, raporlar, dönüşüm programları, politika önerileri kamusal harcamaların azaltılmasına yönelmişken yatırım harcamalarının da devlet eliyle gerçekleşmesi sürece aykırılık teşkil etse de kamuoyuna başarı öyküsü olarak lanse edilmesi sürecin kendi içerisinde kolay kolay çözülemeyecek bir çelişkiyi barındırır. Zira homojen bir toplum yapısına sahip olunmadığını vurgulayan Civaner vd. (2013) belirttiği üzere, 1990’lı yıllarda başlatılan Sağlıkta Reform başlığı altındaki WB uygulamalarının SDP adıyla tamamlanmasından sonra, “SDP kimin için başarılıdır?” sorusunu yanıtlamak gerekirse SDP’nin başarısı sermaye sınıfı içindir. Hem sağlık alanına yatırım yapan-bu alandan para kazanmakta olanlar hem de diğer sermaye sınıfı-kamu kaynakları toplumun sağlığına değil kendilerine aktarılanlar için SDP başarılı bir uygulamadır.



Grafik 2.10 1999-2017 Yatırım harcamaları

Kaynak: (TÜİK verilerinden hareketle tarafımızca oluşturulmuştur).

Sonuç olarak sağlıkta özelleştirmelerle artan kamusal sağlık harcamaları aslında kamudan özele kaynak aktarımını ifade etmektedir. Böylece, neoliberal evrede, tarihsel olarak refah rejimlerinin kapitalist birikim açısından yerine getirdiği işlevlere bir yenisini daha eklenmiş ve refah hizmetlerinin kendisi karlı bir yatırım alanı haline gelmiştir. Sağlık alanındaki özel sektör yatırımlarının, daha çok, kamu kaynaklarının özel kesime aktarılması biçiminde gerçekleştiği tespit edilmektedir (Erdoğan, 2006). Dolayısıyla sağlığın özelleştirilmesi ve piyasadan satın alınması, sosyal güvenlik kurumlarının kamusal kaynakları sağlık hizmeti satın alarak özele aktarması, kamu maliyesi üzerinde gittikçe artan oranda yük oluşturmaktadır.

SONUÇ

Türkiye ekonomisinde 1980’den bugüne neoliberal dönüşüm gittikçe her alana yayılmaya ve her alanda derinleşmeye devam etmektedir. Dönüşüm süreci, başlangıcı gibi, işleyişi açısından da özgün bir içeriğe sahiptir. Sosyal politika uygulamalarının sınıf temelli olmaktan çıkarılıp, cinsiyet ve kültürel kimlik temelli oluşturulması, “sosyal sermaye” kavramının “sosyalın sermayeleşmesi” anlamını kazanması, WB’nin yoksullukla mücadele programlarının yoksulluğu azaltmaya yönelik olduğu görüntüsünün altında yoksulluğu yönetmeyi amaçlaması neoliberal süreçte sosyal politika alanında yaşanan niteliksel dönüşümün birkaçıdır. Workfare uygulamaları ile sosyal yardım ve hizmetlerden yararlanmanın emek gücü satımına bağlanması dönüşüm sürecinden etkilenen sosyal yardımların yansımalarıdır. Yeniden yapılandırılan işgücü piyasasının yarattığı çalışan yoksulluğunun yönetiminde yararlanılan sosyal yardımlar, yoksulluğu yeniden üretmekle sınırlı kalmıştır. Aynı süreçte, sosyal güvenlikte gerçekleşen dönüşümün ise toplumsal yapının rolü göz ardı edilerek, yalnızca, uluslararası kuruluşların güdümünde, neoliberalizmle ilişkilendirilmesi için ne literatürde ne de bu çalışmada yeterli kanıt sunulamamaktadır. Sosyal güvenlik sistemine devlet katkısının geç başlaması, kayıtdışı istihdam oranının yüksek olması, ekonomik krizler, işgücü piyasasının yapısal sorunları gibi nedenlerle sosyal güvenlik sisteminde yaşanan finansman krizi, IMF ve WB’nin yapısal uyum programlarının uygulanmasına zemin hazırlamıştır.

Sosyal güvenlik sisteminde neoliberal dönüşümün izleri en çok “sosyal” güvenlikten “bireysel” güvenliğe geçişte görülebilir. Sosyal güvenlik sisteminin sürdürülebilirliği, finansman sorununun yanında siyasi sisteme özgü birtakım niteliklerden kaynaklandığına ilişkin görüş, sosyal yardım aracı olan “yeşil kart” uygulamasının klientalist yatkınlığı nedeniyle amacı dışında, öngörülen süre uzatılarak, kullanımına izin verilmesiyle örneklenebilir. Sosyal güvenliğin yurttaşlık ilişkisinden çok istihdam ile olan ilişkisi, üç sosyal güvenlik kurumunun tek çatı altında birleşerek ortak ve genel bir sağlık sigortası sisteminin kurulması ile kesilmiş oldu. Ancak sağlık sigortasından yararlanmak için getirilen prim ödeme zorunluluğu, prim ödeme gücü olmayanların primlerinin bütçeden karşılanmasına neden olmuştur. Kamusal harcamaların artması demek olan bu durum, neoliberal sürecin Türkiye’de kendine özgü bir şekilde ilerlediğine örneklerden biridir.

Sağlık hizmetleri de reform programları ile yeniden yapılandırılmıştır. Ancak kamusal sağlık hizmetlerinde dönüşüm çabaları, bu reform hareketlerinden daha önceye dayanır. Genel sağlık sigortası sisteminin oluşturulması, neoliberal dönüşümün en temel taşlarından olan

özelleştirmeler, pratikte değilse bile yasal olarak 1980’li yıllar başlamadan sağlık politikalarının içinde yer almıştır. 24 Ocak Kararları ise birçok alanda olduğu gibi sağlık hizmetleri alanında dönüşümün pratiğe geçmesi hususunda, hukuksal düzenlemelerin tamamlanıp sürecin hızlanmasını sağlamıştır. “Sağlıkta Reform” projesi ile başlayan metalaşma süreci, asıl olarak 2003 yılında hayata geçirilen “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile daha belirginleşmiştir. SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devrolmasıyla sağlık hizmetlerinin tek bir elde toplanmasını hedefleyen SDP, Sağlık Bakanlığı harcamalarının merkezi yönetim kurumlarının sağlık harcamalarının içinde artan oranda paya sahip olmasına neden olmuştur. Kamusal sağlık hizmeti üretimi ve sunumundan çekildiğinde, sağlık hizmetinin piyasadan satın alınabilir bir meta haline gelebilmesi için, üç kurumun tek çatı altında birleşmesi ve GSS sisteminin kurulması gerektiğinden 2006 yılında SGK adı altında üç kurum birleşmiş; yasal düzenlemeleri nihayet tamamlandığından 2008 yılında GSS sistemine aşamalı geçiş başlamıştır. 2011 yılında, idari ve mali özerkliği sağlamak adına Kamu Hastane Birlikleri kurulmuş; ancak zarar ettiği gerekçesiyle 2017 yılında yeniden Sağlık Bakanlığına bağlanmıştır. Programın en genç projesi olan şehir hastaneleri için de ilk ihale 2011 yılında yapılmış, ilk şehir hastanesi 2017 yılında açılmıştır.

Politik kaygı ve toplumsal yapının özgünlüğü uyum programlarında zaman zaman ödünlerin olmasına yol açsa da, WB’nin kredi verme koşulu, sağlıkta metalaşma sürecine geçişi hızlandırmıştır. Sağlık hizmetlerinde devletin rolünün koruyucu sağlık hizmeti ile sınırlı tutulması, tedavi edici sağlık hizmetinin piyasa odaklı olup hizmet alımına yönelmesi ve bakanlıkların yalnızca düzenleme ve denetleme görevini üstlenmesi ile kamusal sağlık harcamalarındaki önlenemez artışı durdurmak ve hatta harcamaları azaltmak hedeflenmiştir. Devletin sağlık hizmeti üretiminden ve sunumundan çekilmesiyle özelleştirilmeye çalışılan sağlık hizmeti, sermayenin sağlık alanında etkinliğini artırmasını sağlamış ve aslında SDP ile sağlık hizmetinin sosyal niteliği ortadan kaldırılmaya çalışılmıştır. Üç kurumun SGK çatısı altında birleşmesiyle hizmet üretimi ile finansmanının da birbirinden ayrılması sağlanmış; GSS, yalnızca sağlık hizmeti satın alan bir kurum olarak tasarlanmıştır.

Kamu hastane birlikleriyle başlayan ve şehir hastaneleri ile devam eden hastanelerin birer ticarethaneye dönüştürülmesi, sağlık kurumlarının kar amacı güden bir işletme mantığı ile yönetilmesinin yansımalarıdır. Bu anlayış ile sağlık kurumları yönetiminin sağlık çalışanı üzerinde oluşturduğu finans baskısı, koruyucu hizmetlerden çok tedavi edici hizmetlere yönelmesi, gereksiz tetkik ve tedavilerle harcamaların artmasına neden olmuştur. Şüphesiz koruyucu hizmetlerin niteliği, “sağlıklı” ile “sağlıksız” arasındaki ayrımı silikleştirdiğinde koruyucu sağlık hizmetleri de metalaşma sürecinden payına düşeni almış, kamusal sağlık ve

sosyal güvenlik harcamalarının artmasına neden olmuştur. Sağlık hizmetinin kendine özgü nitelikleri dikkate alınmadan uygulamaya geçirilen neoliberal politikalar, kamusal sağlık harcamalarını azaltmayı amaçlarken; toplumsal yapının kendine özgülüğü, genelgeçer politika önerileriyle tam tersi olarak kamusal sağlık harcamalarının artmasına yol açmaktadır.

Yalnızca dönüşüm sürecinde değil, dönüşümden önce de sağlık harcamalarının artış eğiliminde olması göz ardı edilmemekle birlikte, SDP ile sağlık hizmeti sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması, dikkatlerin özellikle 2000’li yıllarda toplanmasına neden olmuştur. Çünkü zarar ettiği gerekçesiyle hizmet sunumundan çekildiği halde hizmet satın almak için gelirden ciddi bir pay ayırması, maliyet yüksekliği nedeniyle yatırım yapamayan devletin yapacağı yatırımdan çok daha fazlasını hizmet satın almak için harcaması, sağlık harcamalarının SDP’nin hedeflediğinden aksi yönde ilerlemesini sorgulatmaktadır.

Sağlık harcamalarının içinde yer aldığı sosyal refah harcamalarını inceleyerek başladığında görünen o ki; 1980 yılından itibaren sosyal harcamaların milli gelire oranı genel olarak artmakla birlikte, OECD ortalamasının çok altında olması aslında Türkiye’nin sosyal bir devlet olduğu iddiasını desteklememektedir. Ancak sağlık harcamaları genel devlet harcaması ve özel sektör harcaması olarak ayrıldığında, aradaki oransal fark sağlık hizmetlerinin tamamen piyasaya bırakılamadığını göstermektedir.

Kamusal sağlık harcamalarındaki artış, en çok kişisel sağlık harcamalarındaki artıştan kaynaklanmaktadır. Şöyle ki, ilaç harcamalarındaki hizmet üretiminden çekilme ve fiyatının piyasa koşullarında belirlenmesiyle ortaya çıkan ciddi maliyet artışı bir yana, performans kriterinin yapay talep yaratılarak tedavi giderlerini artırması, özel hastanelere ödenen fark ücreti, prim ödeme gücü olmayanların GSS priminin ödenmesi kişisel sağlık harcamalarındaki artışın nedenleridir. Elbette cepten yapılan ödemeler de fiyat farkı, reçete katılım payı, ilaç katılım payı, muayene katılım payı, ilave ücretler vb ödemelerdeki artışla beraber mutlak olarak artmıştır. Buna rağmen cepten yapılan ödemelerin toplam sağlık harcamaları içindeki payı azalmaktadır. Bu da kamusal sağlık harcamalarının arttığını göstermektedir.

Sağlık hizmetinin en temel alıcısı olan SGK, özel hastanelerin SGK kapsamındaki tüm yurttaşa açılması, özel eczanelerden ilaç teminine başlanmasıyla gittikçe artan oranda özel sağlık hizmeti sunucularının finansman sağlayıcısı konumuna gelmektedir. Hizmet alımı SGK sağlık harcamalarını artırırken, SGK’nın kendi içindeki hizmet sunucusu harcama dağılımına bakıldığında, Kurum, en çok özel sağlık tesislerini finanse etmektedir. Cari sağlık harcamalarında en büyük paya sahip olan hastane harcamalarının en önemli finansman kaynağı yine SGK olmakla birlikte, dönüşüm sürecinin aksine sağlık harcamalarının özel

sektör tarafından finanse edilmesi sağlanamamıştır. Kamusal sağlık harcamalarının azaltılması amacıyla hizmet sunmak yerine hizmet satın alma yoluna gidilmesi, kamusal kaynakların kimlere ve neden aktarıldığı sorusunu akla getirmektedir.

Kaynakların etkili ve verimli kullanılması amacıyla CEO'lar tarafından yönetilen Kamu Hastane Birliklerinin idari ve mali özerkliğe sahip olması yönetim hizmeti harcamalarının artmasına engel olamamıştır. Yönetim harcamaları da dönüşüm sürecinde sağlık harcamalarının önemli artış nedenleri arasındadır.

Tıbbi tetkik ihtiyaçlarının ilgili işletmede giderilmesi zorunluluğu ile cepten yapılan ödemeyi azaltarak devletin bu maliyeti hizmet alımı yoluyla üstlenmesi, yurttaşın yararına gibi görünse de bu şekilde kamu kaynaklarının özele aktarıldığı açıktır.

Kamu Hastane Birlikleri projesinden, verimi düşürdüğü ve zarar ettiği gerekçesiyle şehir hastaneleri ile somut olarak hayata geçirilen kamu-özel ortaklığı projesine geçilmiştir. Maliyet yüksekliği nedeniyle devletin yapamadığı yatırımın, ihalelerle kamu borçlanma olanaklarından yararlandığı, borçlarına Hazine garantisi verdiği özel işletmeler aracılığıyla yaptırması, bu finansman modelinin kamusal sağlık harcamalarında ciddi bir artışa neden olması demektir. Kamusal kaynakların özel sektöre aktarıldığı düşüncesinin en güncel örneği, şehir hastaneleri projesinin hayata geçirilmesinde görülmektedir. Sağlık yatırımı harcamaları, üstelik gittikçe artan oranda, özel sektör yerine genel devlet tarafından finanse edilmektedir. Şehir hastaneleri projesinde olduğu gibi, maliyet yüksekliği nedeniyle doğrudan yatırım yapmak yerine daha yüksek maliyetlerle hizmet alımı yoluna gidilmesi kamusal kaynakların kimlere ve neden aktarıldığı sorusunu akla bir kez daha getirmektedir.

Kamusal sağlık harcamalarının dönüşüm sürecinde artmış olması, tamamen değilse bile çok büyük oranda, kamu kaynaklarının özel sektöre aktarılmasıyla eş zamanlıdır. Sosyal bilimlerin gereği olarak rijit bir ifadeden kaçınmakla birlikte, Türkiye'de sağlık harcamalarındaki uzun dönemli artışın, sosyal devlet olgusundan uzakta, kendine özgü neoliberal dönüşüm politikalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Akpınar, T. (2016). “Çalışma İlişkileri Araştırmalarında Kuramsal ve Kavramsal Sorunlar: Literatürden ve Alandan Gözlemler”, *Social & Economic Dynamics of Development: Case Studies*. S. Çevik, H. Şimşek ve H. Mittal (Ed). IJOPEC Publication, İstanbul, 161-166.
- Akpınar, T. and Akyol, S. (2018). “Political Economy of Transforming Social Security Policy in Turkey”, *World Review of Political Economy*, 9(1): 80-96.
- Aksu Tanık, F. (2018). “Temel Teminat Paketinden Sağlık Uygulama Tebliğine Sağlık Güvencesinin Tahribatı”, *Prof. Dr. Gürhan Fişek’in İzinde, Ortak Emek ve Ortak Eylem*. Karadoğan, E., Yenimahalleli Yaşar, G., Dertli, N., Millioğulları Kaya, Ö., Kablay, S., Akpınar, T. (hızl.). Siyasal Kitabevi, Ankara, 323-348.
- Ansal, H., Küçükçifçi S., Onaran Ö. ve Orbay B.Z. (2000), *Türkiye Emek Piyasasının Yapısı ve İşsizlik*. Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı, İstanbul.
- Arın, T. (2013). “Dünyada ve Türkiye’de Devlet Harcamaları: Devletin Küçültülememesi Krizi”, *Kriz, Devlet, İktisat, Sosyal Güvenlik Politikaları Seçilmiş Yazılar*. C. Arın (drl.). İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 365-378.
- Ataay, F. (2008). “Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları”, *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt:41(3), 169-184.
- Atasever, M. (2014). *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi*. Sağlık Bakanlığı Yayın No:983, Ankara.
- Bağımsız Sosyal Bilimciler (2012), *IMF Gözetiminde On Uzun Yıl: 1998-2008 Farklı Hükümetler Tek Siyaset* (2. Basım). Yordam Kitap, İstanbul.
- Bağımsız Sosyal Bilimciler. (2015). *AKP’li Yıllarda Emegın Durumu*. Yordam Kitap, İstanbul.
- Bakırezer, G. ve Demirer, Y. (2009). “Ak Parti’nin Sosyal Siyaseti”, *AKP Kitabı Bir Dönüşümün Bilançosu*. İ. Uzgel ve B. Duru (drl.). Phoenix Yayınları, Ankara, 153-178.
- Bayramoğlu, S. (2005). *Yönetişim Zihniyeti, Türkiye’de Üst Kurullar ve Siyasal İktidarın Dönüşümü*. İletişim Yayınları, İstanbul
- Bilaloğlu, E. (2018), “Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Girişimlerine Karşı TTB Tutumu”, *Türkiye’de Kamu-Özel Ortaklığı: Şehir Hastaneleri*. K. Pala (drl.), İletişim Yayınları, İstanbul, 177-208.
- Boratav, K. (2003). *Türkiye İktisat Tarihi 1908-2009*. İmge Kitabevi, Ankara.

- Boratav, K. (2005). *1980'li Yıllarda Türkiye'de Sosyal Sınıflar ve Bölüşüm*. 2.Baskı, İmge Kitabevi, Ankara.
- Buğra, A. (2010). *Kapitalizm, Yoksulluk ve Türkiye'de Sosyal Politika (4. Baskı)*. İletişim Yayınları, İstanbul
- Cevahir, E. (2016). *Türkiye'de Sağlık Sisteminin Dönüşümü: Toplumsal Yansıma Örnekleri*. Kibele Yayınları, İstanbul.
- Civaner, M. M. vd. (2013). “‘The Lancet’ Sağlıkta Dönüşüm Programının ‘Başarıları’nı Dünyaya Pazarlıyor”, *Toplum ve Hekim*, Cilt: 28(6), 403-422.
- Çelikay, F. ve Gümüş, E. (2011). “Sağlıkta Dönüşümün Ampirik Analizi”, *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, Cilt:66 (3), 55-92.
- Devlet Planlama Teşkilatı. (1979). *Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983)*. Devlet Planlama Teşkilatı, Ankara.
- Devlet Planlama Teşkilatı. (1985). *Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989)*. Devlet Planlama Teşkilatı, Ankara.
- Doğanay, S. (2016). *Yoksullukla Mücadele Politikaları Bağlamında Toplum Yararı Programının Yoksullukla Azaltma Üzerine Etkisi: Antalya İlinde Bir Araştırma*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.
- Durmaz, O. S. (2016). “Neoliberal Sosyal Politika Rejiminin Tesisi ve AKP”, *Çalışma ve Toplum*, 2016/1(48), 143-168.
- Ebbinghaus, B. and Manow P. (2001). “Introduction: studying varieties of welfare capitalism”, *Comparing Welfare Capitalism -Social policy and political economy in Europe, Japan and the USA*, (Edited by Bernhard Ebbinghaus and Philip Manow), London and New York: Routledge, 1-24.
- Eder, M. (2010). “Retreating State? Political Economy of Welfare Regime Change in Turkey”, *Middle East Law and Governance*, 2, 152-184.
- Elbek, O. ve Adaş, E. B. (2009). Sağlıkta Dönüşüm Eleştirel Bir Değerlendirme, *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, Cilt:12(1), 33-44.
- Elbek, O. (2015). “Her Şey Sermaye İçin Sevgilim”, *Türkiye'de Sağlık Siyaset Piyasa*. G. Yenimahalleli Yaşar, A. Göksel ve Ö. Birler (drl.). Notabene Yayınları, Ankara, 21-56.
- Erbaş, Ö. (2018). “Şehir Hastanesi Yargılamaları”, *Türkiye'de Kamu-Özel Ortaklığı: Şehir Hastaneleri*. K. Pala (drl.), İletişim Yayınları, İstanbul, 155-176.

- Erdođdu, M. M. (2013). “Sosyal Harcamaların Kapsamı ve Türkiye’de Sosyal Bütçe”, *Kamu Bütçesinde Yeni Yaklaşımlar*. A.Kesik, M. Şeker, F. Altuğ (drl.), Seçkin Yayıncılık, Ankara, 53-95.
- Erdođdu, S. (2006). “Sosyal Politikada Değışim ve Sosyal Güvenlik Reformu”, *Mülkiye Dergisi*, Cilt: 30(252), 211-236.
- Erdođdu, S. ve Kutlu, D. (2014). “Dünya’da ve Türkiye’de Çalışan Yoksulluğu: İşgücü Piyasası ve Sosyal Koruma Politikaları Bağlamında Bir Değerlendirme”, *Çalışma ve Toplum*, 2014/2 (41), 63-114.
- Ergun, C. ve Dericioğlu Ergun, A. (2010). “Dönüşüm mü, Piyasalaştırma mı? Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Üzerine Bir Tartışma”, *Toplum ve Demokrasi Dergisi*, Cilt: 4(8-9-10), 33-54.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Polity Press Cambridge.
- Fırat, A. (2014). “İşsizlikle Büyüyen Yoksul Yardımları: Türkiye’de Muhafazakar Liberalizm ve Paternalizm”. *Emeğin Kitabı*. M. Yaman, G. Yarkın, Ş. Gürçağ Tuna ve F. Ercan (Ed.). Sosyal Araştırmalar Vakfı, İstanbul, 312-334.
- Fine, B. (2002). “It Ain’t Social, It Ain’t Capital and It Ain’t Africa”, *Studia Africana*, 13: 18-23.
- Fişek, A. G., Türcan Özşuca, Ş. ve Şuğle, M. A. (1997). *Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi: 1946- 1996*, Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı, Ankara.
- Fişek, H. N. (1991). “Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Sağlık Politikaları”, *Toplum ve Hekim*, Cilt:7(48), Aralık 1991, 2-4.
- Friedman, M. (1963). *Capitalism and Freedom*, Sedond Impression, The University of Chicago Press, Chicago.
- Gough, I. (1979). *The Political Economy of the Welfare State*. the Macmillan Press, London.
- Gün, S. (2013). “Toplum Yararına Çalışma Programı: İşsizlikle Mücadelede Yeni Bir Yöntem Mi?”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Cilt:3(2), 76-95.
- Hamzaoğlu, O. (2006). “Kapitalizmin Depresyonu ve Sağlık: Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı”, *İktisat Dergisi*, Sayı:479-480, Kasım-Aralık 2006, 58-65.
- Handler Joel F. (2003). “Social Citizenship and Workfare in The US and Western Europe: from Status to Contract”, *Journal of European Social Policy*, 2003:13(3), London, 229-243.
- Harvey, D. (2005). *A Brief History of Neoliberalism*. Oxford University Press, Oxford.
- Jessop, B. (2002), *The Future of the Capitalist State*. Polity Press, Cambridge.

- Kart, E. (2013). “‘Sağlıkta Dönüşüm’ Sürecinde Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Hekimler Üzerindeki Etkileri”, *Çalışma ve Toplum*, Sayı:38, 103-140.
- Kartal, F. (2009). “Özelleştirilen Yurttaşlık: Türkiye’de Sağlık Politikalarında Dönüşüm”, *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt:42(2), 23-43.
- Keynes, J. M. (1936). *The General Theory of Employment, Interest and Money*, MacMillan and Co. Limited, London.
- Köse, A. H. ve Bahçe S. (2009). “Hayırsever Devletin Yükselişi: AKP Yönetiminde Gelir Dağılımı ve Yoksulluk”, *AKP Kitabı Bir Dönüşümün Bilançosu*. İ. Uzgel ve B. Duru (drl.). Phoenix Yayınları, Ankara, 492-509.
- Marshall T. H. (1950). *Citizenship and Social Class and Other Essays*. Cambridge University Press, Cambridge, 1-85.
- Müller, W. and Neusüss, C. (1978). “The ‘Welfare-State Illusion’ and the Contradiction between Wage Labour and Capital”, *State and Capital – A Marxist Debate*, (Edited by John Holloway and Sol Picciotto), Austin: University of Texas Press, 32-39.
- Mütevellioglu, N. ve Işık, S. (2009). “Türkiye Emek Piyasasında Neoliberal Dönüşüm”, *Küreselleşme, Kriz ve Türkiye’de Neoliberal Dönüşüm*. N. Mütevellioglu ve S. Sönmez (drl.). İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 159-204.
- O’Connor, J. (1973). *The Fiscal Crisis of the State*. St. Martin’s Press, New York.
- Offe, C. (1993). “Some contradictions of the modern welfare state”, *Contradictions of the Welfare State, (Fifth printing)*, J. Keane (Ed.). The MIT Press, Cambridge-Massachusetts, 147-161.
- Oyan, O. (2003). “Tarımsal Politikalarından Politikasız Tarıma Doğru”, *Neoliberalizmin Tahribatı: 2000’li Yıllarda Türkiye*. N. Balkan ve S. Savran (drl.). Metis Yayınları, İstanbul, 44-67.
- Oyan, O. (2017). “Tarımda Bağımlılaşma ve Metalaşma”, *Çalışma Ortamı*, 2017:153, 7-10
- Öztürk, M. (2008). *Geç Kapitalistleşme Sürecinde Kriz, Türkiye 1979 Krizi*. Sosyal Araştırmalar Vakfı, İstanbul.
- Özuğurlu, M. (2003). “Sosyal Politikanın Dönüşümü ya da Sıfatın Suretten Kopuşu”, *Mülkiye Sosyal Politika Özel Sayısı*, XXVII, 239, 59-74.
- Pala, K. (2018). “Kamu Hastanelerinin Piyasalaştırılması ve Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Modeli”, *Türkiye’de Kamu-Özel Ortaklığı: Şehir Hastaneleri*. K. Pala (drl.), İletişim Yayınları, İstanbul, 99-134.

- Sallan Gül, S. ve Dericioğlu Ergun, A. (2010). “Piyasa Odaklı Bir Uygulama Olarak Aile Hekimliği: Sağlık Hizmetinin Sunumunda Olası Kayıplar”, *Sosyal Haklar Ulusal Sempozyumu*, Pamukkale Üniversitesi, Petrol-İş Yayını, 317-337.
- Schumpeter, J.A. (1949). *The Theory of Economic Development –An Inquiry into Profits, Capital, Credit, Interest, and the Business Cycle*, (Translated from the German by Redvers Opie), Third Printing, Harvard University Press, Cambridge.
- Sert, M. (2011). “Düzenleme’nin Seyri”, *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2011-2(23): 64-78.
- Soyer, A. (2012). “Sağlık Hizmetlerinde Fabrika Dönemine Geçiliyor”, *Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, Cilt:12 (45-46), 59-61.
- Sönmez, M. (1985). *Türkiye Ekonomisinde Bunalım 24 Ocak Kararları ve Sonrası (birinci kitap)*. Belge Yayınları, İstanbul.
- Sönmez, M. (1986). *Türkiye Ekonomisinde Bunalım: 12 Eylül ve Sonrasının Ekonomi-Politigi (ikinci kitap)*. Belge Yayınları, İstanbul.
- Talas, C. (1982). “Bir Toplumsal Politika Belgesinin Yorumu: Toplumsal Anlaşma”, *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları*, No: 488, 100. Doğum Yılında Atatürk’e Armağan Dizisi: 31.
- Topak, O. (2012). *Refah Devleti ve Kapitalizm: 2000’li Yıllarda Türkiye’de Refah Devleti*. İletişim Yayınları, İstanbul.
- Tükel, R. (2018). “Sağlıkta Dönüşümde Son Dönem: Şehir Hastaneleri”, *Türkiye’de Kamu-Özel Ortaklığı: Şehir Hastaneleri*. K. Pala (drl.), İletişim Yayınları, İstanbul, 209-226.
- Türk Sanayicileri ve İş Adamları/İnsanları Derneği (TÜSİAD). (1996). *Emekli ve Mutlu – Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin Sorunları, Çözüm Önerileri ve Özel Sigortacılık Girişimi*. TÜSİAD, İstanbul.
- Türk Sanayicileri ve İş Adamları/İnsanları Derneği (TÜSİAD). (1997). *Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Yeniden Yapılanma - Sorunlar, Reform İhtiyacı, Arayışlar, Çözüm Önerileri*. TÜSİAD, İstanbul.
- Ünlütürk Ulutaş, Ç. (2011). *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Üretiminin Dönüşümü*, Yayımlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- von Hayek, F. A. (1944). *The Road to Serfdom*. University of Chicago Press, Chicago.
- Williamson, J. (1990). “What Washington Means by Policy Reform”, *Latin American Adjustment: How Much Has Happened?*. J. Williamson (Ed.), Institute for International Economics, Washington, 7-20.

- Wahl, A. (2015). *Refah Devleti'nin Yükselişi ve Düşüşü*. (Çev. H. Ünal ve B. Öztürk), h2o Yayınları, İstanbul.
- World Bank. (2003a). *Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency*. Report No: 24358-TU, Volume I: Main Report, March 2003
- World Bank. (2003b). *Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency*. Report No: 24358-TU, Volume II: Background Papers, March 2003
- Yavuz, C.I. (2018). “Şehir Hastanelerinde Çalışanların İstihdam Koşulları ve Özlük Hakları”, *Türkiye’de Kamu-Özel Ortaklığı: Şehir Hastaneleri*. K. Pala (drl.), İletişim Yayınları, İstanbul, 227-248.
- Yeldan, E. (2006). *Küreselleşme Sürecinde Türkiye Ekonomisi: Bölüşüm, Birikim ve Büyüme*. İletişim Yayınları, İstanbul.
- Yenimahalleli Yaşar, G. (2015). “Türkiye’de Sağlık Güvencesi: Neredeyiz?”, *Türkiye’de Sağlık Siyaset Piyasa*. G. Yenimahalleli Yaşar, A. Göksel ve Ö. Birler (drl.). Notabene Yayınları, Ankara, 86-124.
- Yentürk, N. (2018). “Türkiye’de Sosyal Koruma Harcamaları Kimi Koruyor?”, *Sosyal Yardımlardan Güvenliğe Türkiye’nin Kamu Harcamaları (2006-2017)*. N. Yentürk (Ed.). İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 29-47.
- Yılmaz, V. ve Yentürk, N. (2018). “Türkiye’de Kamusal Sağlık Harcamalarının Tarihsel Seyri ve Geleceği”, *Sosyal Yardımlardan Güvenliğe Türkiye’nin Kamu Harcamaları (2006-2017)*. N. Yentürk (Ed.). İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 87-116.
- Yıldırım, E. A. (2008). “Psikiyatrinin Penceresinden Kamu Hastaneleri Birlikleri Kanun Tasarısı ve Geleceğe Yönelik Öngörüler”, *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, Cilt: 11(3), 8-15.
- Yılmaz, G. A. (2006). *OECD Ülkeleri ve Türkiye’de Sosyal Devlet ve Sosyal Harcamalar*. Arıkan Yayınevi, İstanbul.
- Yılmaz, V. ve Yentürk, N. (2018a). “Türkiye’de Sosyal Politika Alanının Dönüşümü”, *Sosyal Yardımlardan Güvenliğe Türkiye’nin Kamu Harcamaları (2006-2017)*. N. Yentürk (Ed.). İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 3-27.
- Yılmaz, V. ve Yentürk, N. (2018b). “Türkiye’de Sosyal Güvenlik Reformu: Sosyal Güvenlik Harcamalarının Uzun Dönemli Analizi”, *Sosyal Yardımlardan Güvenliğe Türkiye’nin Kamu Harcamaları (2006-2017)*. N. Yentürk (Ed.). İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 71-86.

- Zabcı, F. Ç. (2003). “Sosyal Riski Azaltma Projesi: Yoksulluğu Azaltmak mı, Zengini Yoksuldan Korumak mı?”, *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 58(1): 215-239.
- Zencir, M. (2012). Sağlık Reformlarının Arka Planı: Sağlık Hizmetlerinin Sermaye Birikim Sürecine Doğrudan Katkısı, *Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, Cilt:12 (45-46), 49-58.

İnternet Kaynakları

- Bahçe, S. (2018). “Türkiye Ekonomisinin Ağır Ölümü, Tahtakuruları ve İşçiler: Domuz Bağı”, *BirGün Gazetesi*, 23.09.2018, www.birgun.net, (erişim tarihi: 12.11.2018).
- Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü (BÜMKO). (2018). *Merkezi Yönetim Bütçe Giderleri 2006-2017*. <http://www.bumko.gov.tr/TR,165/merkezi-yonetim-butce-giderleri-2006-2017.html>, (erişim tarihi: 09.02.2019).
- Hazine Müsteşarlığı. (1999). *IMF’ye Sunulan Niyet Mektubu (9 Aralık 1999)*. www.tcmb.gov.tr Menü+Araştırma ve Yayınlar+Raporlar+Eski Rapor ve Çalışmalar, (erişim tarihi: 25.12.2018).
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2018). *Sosyal Harcamalar*. <https://data.oecd.org/social-exp/social-spending.htm>, (erişim tarihi: 10.02.2019).
- Sağlık Bakanlığı. (2003). *Sağlıkta Dönüşüm*, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>, (erişim tarihi: 16.04.2019).
- Sağlık Bakanlığı. (2017). *Faaliyet Raporu 2016*, <https://www.saglik.gov.tr/TR,18754/tc-saglik-bakanligi-2016-yili-faaliyet-raporu.html>, (erişim tarihi: 20.04.2019).
- Sağlık Bakanlığı. (2018). *2019 Yılı Bütçe Sunumu*, <https://sgb.saglik.gov.tr/Shared%20Documents/2019%20Y%C4%B1%C4%B1%20B%C3%BCt%C3%A7e%20Sunumu.pdf>, (erişim tarihi: 12.06.2019).
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2000). *Sağlık Harcamaları*. http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084, (erişim tarihi: 20.04.2019).
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2010). *Sağlık Harcamaları*. http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084, (erişim tarihi: 20.04.2019).
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2018). *Sağlık Harcamaları*. http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084, (erişim tarihi: 20.04.2019).

- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2011). *Sağlık Harcama İstatistikleri 2008*, Haber Bülteni, Sayı: 34, (18 Şubat 2011), <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=10703>, (erişim tarihi: 06.02.2016).
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2015). *Sağlık Harcama İstatistikleri 2014*. Haber Bülteni, Sayı: 18853, (25 Kasım 2015), <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18853>, (erişim tarihi: 06.02.2016).
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2018a). *Sağlık İstatistikleri, Yataklı ve Yataksız Sağlık Kurumları*. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095, (erişim tarihi: 18.04.2019).
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2018b), *Sağlık Harcamaları ile İlgili Göstergeler*. <http://tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>, (erişim tarihi: 20.04.2019).



ÖZGEÇMİŞ

Adı ve SOYADI	Ela AĞAR
Doğum Yeri - Tarihi	Seyhan – 1988
EĞİTİM DURUMU	
Mezun Olduğu Lise	Yüreğir İncirlik Lisesi, Adana, 2006
Lisans Diploması	Ankara Üniversitesi, Siyasal Bilgiler Fakültesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü, Ankara, 2011
Yabancı Dil / Diller	İngilizce
İŞ DENEYİMİ	
Çalıştığı Kurumlar	Sosyal Güvenlik Kurumu, Antalya Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezi
E-Posta	elaagar@hotmail.com