

Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikalarında Gözlenen Neoliberal Dönüşüm ve Sonuçları Üzerine Değerlendirmeler

Gülbiye YENİMAHALLELİ YAŞAR*

1970’lerin başlarında üst üste yaşanan petrol şoklarıyla kapitalist sistemde başlayan istikrarsızlık ve daralma, sosyal refah devletinin küçültülmesine odaklanan neoliberal politikalar ile aşılmaya çalışılmıştır. Türkiye’de de benzer bir süreç yaşanmış, 1977 yılında ilk belirtileri ortaya çıkan ekonomik bunalım 24 Ocak 1980 kararları olarak adlandırılan neoliberal politikaları gündeme getirmiştir. Bu kararlar, Uluslararası Para Fonu (IMF)’nin 1970’li yıllardan itibaren pek çok az gelişmiş ülkeye empoze ettiği standart istikrar politikası paketi ile daha çok Dünya Bankası (WB) tarafından geliştirilen yapısal uyum programını içermektedir (Boratav, 2006: 148-149). İktisat politikası ağırlıklı bu kararlar, başta sağlık politikası olmak üzere diğer sosyal politika alanlarına da yayılmış, özelleştirme ve ticarileştirmeye odaklanan politikalarla kamu sağlık hizmetleri önemli oranda aşındırılmıştır. Bu aşınma sonucunda sağlık durumunda beklenen iyileşmeler gözlenememiş, birtakım hastalıkların görülme sıklığı ile sağlıkta eşitsizlikler ve adaletsizlikler artmıştır.

* Dr. , Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü Öğretim Görevlisi

Oysa çağdaş hukuk sistemlerinde kişinin sahip olduğu temel hak ve özgürlüklerin başında yaşama hakkı gelmektedir. Yaşama hakkının ayrılmaz bir parçası da yaşamın sağlıklı bir şekilde sürdürülmesidir. İlk kez 1946 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasası'nda yer alarak gündeme gelen sağlık hakkı yalnızca sağlık hizmetlerine erişim hakkını içermez, sağlığın sosyo-ekonomik belirleyicileri ile yakından ilişkili olan sağlıklı yaşama hakkını da kapsar. Günümüzde sağlık hakkını güvence altına almanın koşulu yeterli, ulaşılabilir, nitelikli kamu sağlık hizmetini, sosyal dayanışmaya dayanan adaletli bir finansman sistemi ile tüm nüfusun hizmetine eşit olarak sunmaktır.

Bu çalışma, Türkiye'de 1980 sonrası sağlık politikalarında gözlenen neoliberal dönüşümü ve dönüşümün sonuçlarını ortaya koyup değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Bu amaçla 1980 yılından günümüze kadar uygulanan politikaların dönemler şeklinde incelenmesi benimsenmiştir. Dönemler iktisadi, sosyal ve siyasi özellikler de dikkate alınarak 1980-88, 1989-2002 ve 2002 sonrası olarak belirlenmiştir. İlk iki dönem daha dar kapsamlı tutularak içinde bulunduğumuz 2002 sonrası döneme ve bu döneme damgasını vuran "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nın incelenmesine ağırlık verilmiştir. Daha sonra sağlık politikalarındaki dönüşümün sonuçları; sağlık durumundaki eşitsizlikler, koruyucu hizmetlerin yetersizliği nedeniyle bazı bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığının artması ve sağlık finansmanı ile hizmet sunumundaki eşitsizlikler alt başlıkları ile incelenmiştir.

1. SAĞLIK POLİTİKALARINDA NEOLİBERAL DÖNÜŞÜM

Bazı yazarlar Türkiye'de sağlık politikalarındaki 1980 sonrası dönüşümü, politikaların izlediği çizginin aynı olması nedeniyle tek bir dönem olarak sınıflandırmayı tercih ederken (Pala, 2007:62), bazıları sağlığın sosyo-ekonomik belirleyicilerini daha ayrıntılı bir şekilde ortaya koyabilmek amacıyla Boratav'ın (2006) sınıflandırmasına sadık kalarak 1980-88 ve 1989-2005 (1989 sonrası) dönemleri şeklinde ele almaktadır. Bu çalışma, AKP dönemi politikalarını daha ayrıntılı bir şekilde inceleyebilmek amacıyla iki dönemlendirmeden farklı olarak 2002 sonrası dönemi ayrı olarak değerlendirmeyi tercih etmiştir.

İlk dönem, neoliberal politikaların başlangıç yılı olan 1980 yılı ile başlayıp çeşitli müdahaleler nedeniyle henüz hız kazanmadığı 1988 yılı ile sona ermektedir. Bu dönemi izleyen 1989-2002 dönemi örgütlenmeden finansmana kadar çeşitli konularda bir dizi yasa tasarının gündeme geldiği ancak yasalaşmanın sınırlı olduğu bir dönemi simgelemektedir. AKP iktidarı ile başlayan 2002 sonrası dönem ise, bu tarihe kadar kısmen gerçekleştirilen neoliberal uygulamaların aşama aşama hayata geçirilmeye başlandığı bir dönem olarak karşımıza çıkmaktadır.

A) 1980-88 DÖNEMİ SAĞLIK POLİTİKALARI:

24 Ocak Kararları ile başlayan bu dönemde birbiri ile örtüşen politikalar izleyen iki yönetim söz konusudur. Biri 1980-83 dönemi Milli Güvenlik Konseyi (MGK) yönetimi, diğeri 1983-87 arası Anavatan Partisi (ANAP)'nin ilk iktidar dönemi ile 1987-91 arasını kapsayan ikinci iktidar döneminin bir bölümüdür. Dünya ekonomisi ile "ticaret yoluyla bütünleşme" (Boratav, 2006) amacını güden bu döneme sermayenin vergi yükünün azaltılması ve düşük ücret politikaları damgasını vururken, sınırlandırılan sosyal harcamalar yaşam koşullarını olumsuz yönde etkileyerek sağlık hizmetlerine erişimi zorlaştırmıştır (Soyer, 2003:303-304). 1980-88 tarihleri arasında Gayrı Safi Milli Hasıla (GSMH) içerisinde kamunun yaptığı toplam sosyal harcamalar OECD ülkelerinde ortalama yüzde 18,7, Avrupa Birliği (AB)-15 ülkelerinde yüzde 22,2 oranında gerçekleşirken Türkiye'de yalnızca yüzde 4,6 oranında olmuştur (OECD, 2005).

1980-83 MGK döneminde sağlık politikalarını etkileyen ilk önemli değişiklik, 1982 Anayasası ile devletin sağlık alanında üstlendiği görevlerin yeniden tanımlanması olmuştur. Sağlık hakkını açıkça düzenleyen 1961 Anayasası, devletin, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevli olduğunu ve yoksul ve dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alacağını belirtmiştir. Öte yandan herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahip olduğunu belirten 1982 Anayasası, herkesin sağlıklı bir yaşam sürdürmesini sağlamak amacıyla devletin sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermeyi düzenlemesini öngörerek, devlete yalnızca düzenleyici bir rol vermiştir. Böylece devlete ödevler yükleyen sosyal devlet anlayışı bu ödevlerden yoksun düzenleyici devlet anlayışla yer değiştirmiştir.

MGK döneminin bazı neoliberal sağlık politikalarını şöyle sıralamak mümkündür: 1981 yılı sonunda Bakanlar Kurulu (BK) Kararı ile sağlık yatırımlarının teşvik kapsamına sokularak sağlık sektöründeki kamusal kaynakların özel sektöre aktarılması uygulamasının başlatılması; kamuda çalışan sağlık personelinin özlük haklarını düzenleyen "Tam Gün Yasası"nın ücret ve mali yükümlülükler ile ilgili hükümleri yürürlükten kaldırılırken diğer kamu çalışanlarına oranla 1 saat fazla çalışma düzenlemesine dokunulmaması ve hekimlere 4 yıl zorunlu hizmet getirilmesi; bu dönemde çıkarılan yasalar konusunda sağlık çalışanlarının örgütlerinin görüşlerine başvurulmamasının yanı sıra meslek örgütlerinin 1982 Anayasası'nda yapılan değişikliklere paralel olarak değiştirilmesi ve yetkilerinin daraltılması (Soyer, 2003:305-306); Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Yasası ile sosyal hizmetlerin Sağlık

Bakanlığı (SB) bünyesinden çıkarılarak kamu hizmetlerinin parçalanması; 1981 yılında kamu sektöründe ve sosyalleştirilmiş sağlık hizmetinde çalışan hekimlere özel muayenehane açma izni verilmesi¹ (Kerman, 2004:31); yine 1981 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)'nın aktif çalışanları ve bağımlıları için yüzde 20², 1983 yılında SSK kapsamında gelir ve aylık almakta olanlar ile bağımlıları için yüzde 10 oranında³ ilaç katkı payının getirilmesidir (Fişek, Özsuca ve Şuğle, 1998:24).

Öte yandan I. ve II. ANAP Hükümeti Programları ve bu programlarla büyük oranda örtüşen V. Beş Yıllık Kalkınma Planı (BYKP) da, 1980'li yıllar boyunca kamu sağlık hizmetlerine yöneltilecek neoliberal eleştirilerin ve izlenecek neoliberal politikaların habercisi olmuşlardır. Bu bağlamda V. Plan; sağlık kuruluşlarının hizmet verimliliğinin artırılması için işletmecilik yönünden ele alınacağını, özel sağlık müesseseleri ve hastanelerin teşvik edileceğini, bu hastanelerin sundukları hizmetin karşılığı olan ücretlerin serbest bırakılacağını, serbest çalışan hekimlerle anlaşmalar yapılarak sağlık hizmeti sunulma yoluna gidileceğini, kamu ve sigorta kurumlarının kendilerinin sağlık hizmeti vermek üzere teşkilatlanmalarından kaçınılacağını ve sağlık sigortasına geçileceğini duyurmuştur (DPT, 1984:152).

Bu dönemin neoliberal yaklaşımını en iyi yansıtan belge 1987 tarih ve 3359 sayılı "Sağlık Hizmetleri Temel Yasası" olmuştur. Yasa, kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşlarının sağlık işletmesine dönüştürülebileceğini belirtmektedir. Ayrıca kamu kurumlarında çalışan hekimlerin mesai saatleri dışında kurumda özel teşhis ve tedavi yapabilmelerini öngörerek kamunun olanaklarını kullanarak kişisel kazanç sağlamaya imkan vermekte, sağlık işletmesi uygulamasına geçen kuruluşa sözleşmeli sağlık personeli çalıştırma yetkisi tanımaktadır. Böylece kamu sağlık hizmetlerinin piyasaya açılarak ticarileştirilmesi, sağlık personelinin sözleşmeler yoluyla güvencesiz çalıştırılması mümkün hale getirilmek istenmiştir. Ancak yoğun muhalefet nedeniyle Anayasa Mahkemesi tarafından önemli maddeleri iptal edilen yasanın uygulama olanağı büyük ölçüde yitirilmiştir (Soyer, 2003:307-308, Kerman, 2004, Pala, 2007:64).

B) 1989-2002 DÖNEMİ SAĞLIK POLİTİKALARI:

1989 yılından 1994 yılına kadar olan dönemde ekonomik genişlemenin etkisiyle sağlık çalışanlarını da kapsayan toplumun geniş kesimlerinin yaşam

1 Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun, Tarihi: 31.12.1980, Sayısı: 2368, R.G.Tarihi: 31.12.1980, Sayısı: 17207 (Mükerrer).

2 2422 sayılı Yasa. Kabul tarihi: 6.3.1981.

3 2795 sayılı Yasa. Kabul tarihi: 28.1.1983.

koşullarında ve kamu sağlık harcamalarında görece bir iyileşme gözlenmiştir. Ancak 1994 yılından sonra başlayan ekonomik gerileme ve gelir dağılımı bozukluğu, sosyal harcamaları büyük ölçüde eriterek “kamu hizmetleri için bedel ödeme” anlayışına zemin hazırlamıştır.

1990 yılında, WB projelerini yürütmek amacıyla SB'na bağlı, ancak bakanlık bürokrasisini devre dışı bırakan Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü'nün kurulması dikkat çekicidir. Koordinatörlük, WB'nın sağlık kredi anlaşmalarında geleneksel yaklaşımın yerine politika reformu yaklaşımını benimsediği bir dönemde kurulmuştur. Politika reformu yaklaşımı, sektör için kullanılan kredilerin özelleştirme politikalarını desteklemesini öngörmektedir. Bu yaklaşıma göre koruyucu sağlık hizmetlerini devlet, tedavi hizmetlerini ise özel sektör üstlenmelidir. Bu işbölümü için kullanılacak üç araç; yerelleştirme, fiyatlandırma ve özelleştirme olmalıdır. Yerelleştirme, hastanelere daha geniş işletme özerkliği verilmesi ve kaynakların bölgeler düzeyine aktarılması ile sağlanmaktadır. Aslında WB yaklaşımında yerelleştirme, politik anlamda güç ve kaynakların merkezi hükümetten özel sektöre aktarılmasında uzun erimli bir sürecin bir aşamasından ibarettir. Fiyatlandırma, sağlık hizmetinin ücret tarifeleri güncelleştirilerek başlatılmakta, finansman kaynaklarının çeşitlendirilmesi ve sonuçta finansman reformu ile kurumsallaşmaktadır. Bu reformun iki özelliği bulunmaktadır. Birincisi prim ödemenin tümüyle çalışana yüklenerek işgücünün ucuzlatılması, ikincisi ise özelleşen sigorta sisteminin mali piyasalara fon yaratmasıdır. Özelleştirme ise hastane temizliği gibi iç işlerin özel sektöre devredilmesinden başlayarak devlet hastanelerinin satışına kadar uzanan geniş bir yelpazedeki teknikler ile gerçekleştirilmektedir (Güler, 2005:192-194).

1991 yılında iktidara gelen DYP-SHP koalisyonu, SHP'nin sosyalleştirme yasası ağırlıklı taleplerine rağmen ANAP Hükümetlerini aratacak nitelikte uygulamalara imza atmıştır. Bir yarısı sosyalleştirme yasasına diğer yarısı ANAP Hükümetleri tarafından ortaya atılan genel sağlık sigortası ve fak-fuk-fonu çağrıştıran yeşil karta dayanan hükümet programı, 1992 “Ekonomik Paketi” ile netlik kazanmıştır. Genel olarak devletin sağlığa ayıracak parasının olmadığını vurgulayan paket; bütçe ve kamu yatırımı boşluğunun özel sağlık sektörüne verilecek teşviklerle kapatılacağını, yeşil kart uygulaması ile sosyal sağlık sigortası sisteminin yaygınlaştırılacağını ve sağlık sektörünün yabancı sermayeye açılacağını duyurmaktadır (Soyer, 2003:311).

DYP-SHP koalisyonunun en çok hatırlanan uygulamaları 1992 - 1993 yıllarında gündeme getirilen “sağlık reformları” tartışmalarıdır. Reformların ana eksenini birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin bir aracı olarak

aile hekimliğinin gündeme getirilmesi, 3359 sayılı Yasa'nın ilgili maddelerinin iptal edilmesine rağmen kamu hastanelerinin işletmeleştirilmesi/özelleştirilmesi, genel sağlık sigortasına geçiş, sağlık hizmetlerinde yerel güçlerin söz sahibi kılınması ve sağlık personelinin sözleşmeli hale getirilmesi oluşturmaktadır (Soyer, 2003:312).

Bu dönemde hazırlanan VII.BYKP, dönemin neoliberal anlayışını açıkça yansıtmaktadır. Buna göre, "SB, halk sağlığını koruyucu, standart ve norm koyucu bir yapıya kavuşturulacak, doğrudan yataklı tedavi hizmeti sunumundaki rolü giderek azaltılacaktır; hizmetin sunulmasında yerel yönetimlerin rolü arttırılacaktır; bireye hekim ve hastane seçme imkanı getirilecektir; hastaneler idari ve mali özerkliğe kavuşturulacak, çağdaş işletmecilik anlayışıyla yönetim yapıları güçlendirilecektir; kendi gelirleri ile giderlerini karşılayan ve piyasa koşullarında çalışan hastanelerden kamu sübvansiyonu kademeli olarak kaldırılacaktır; ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması, bulaşıcı ve salgın hastalıklar ve diğer koruyucu sağlık hizmetleri ile muhtaç ve güçsüzlerin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerinin dışında sunulan hizmetlerin bedelinin yararlanıcılar tarafından ödenmesi esas olacak, uzun vadede genel sağlık sigortası sistemine geçilecektir; özel kesimin sağlık sektöründeki faaliyetleri özendirilecektir" (DPT, 1995:46-48).

Böylece devletin sağlık hizmetleri alanındaki görevi tam da WB ve IMF'nin belirttiği üzere, koruyucu hizmetler ve muhtaç durumdaki vatandaşlara destek ile sınırlı tutulmuştur. Bu anlayışla, 5 Nisan 1994 kararlarından sonra kamu sağlık kurumlarına devlet katkısı yalnızca personel giderlerini karşılama düzeyine indirilmiştir. Bunun sonucunda özellikle devlet hastaneleri en temel harcamaları için bile ödenek bulamaz hale getirilmişken, sağlık ocakları verilen hizmet karşılığında ücret almaya başlamıştır. Bu sürecin doruk noktası, 3359 sayılı yasaya dayanarak Ankara Yüksek İhtisas ve İstanbul Koşuyolu Hastanelerinin işletme haline getirilmesi olmuştur (Soyer, 2003:313).

C) AKP DÖNEMİ SAĞLIK POLİTİKALARI

Kasım 2002 seçimleri ülkemizi biri çok kısa süren iki AKP Hükümeti ile tanıştırmıştır. 58. ve 59. hükümetler. Bu hükümetlerin sağlıkla ilgili temel belgeleri "AKP Parti Programı, Hükümet Programları, Acil Eylem Planı ve Sağlıkta Dönüşüm Programı"dır. AKP 59. Hükümet süresince sağlıkta son yirmi yılın en hızlı dönüşümlerini gerçekleştirmiştir. Temmuz 2007 seçimlerinde de değişmeyen AKP parti programının sağlık politikaları:

- Devletin herkesin temel sağlık hizmetlerini gerekirse özel sektörle işbirliği yaparak yerine getirmek zorunda olduğu,

- Koruyucu ve tedavi edici hizmetler başta olmak üzere sağlık hizmetleri alanının gönüllü kuruluşlara ve özel sektöre açık olduğu,
- Aile hekimliğinin uygulamaya konulacağı ve aile hekimliği muayenahanelerinin kurulması için devletin ucuz kredi vereceği,
- SB'nın sadece organizasyon, koordinasyon, yol gösterici, denetleyici, takip edici, politika üretici bir rol üstleneceği,
- Yerel yönetimlerin kendi sınırlar ve sorumluluklarında bulunan alanların sağlık profillerini de dikkate alarak kısa, orta ve uzun vadeli yatırım programlarını belirleyecekleri,
- Hemşirelik okulu, hemşirelik yüksek okulu, sağlık teknisyenliği okullarının vakıflar ve özel sektör tarafından açılacağı ve devletin bu eğitim hizmetini veren kuruluşları teşvik edip destekleyeceği,
- Genel sağlık sigortası sistemine geçileceği doğrultusundadır (AKP Parti Programı, 2007).

Bu bakış açısıyla hazırlanan 58. ve 59. Hükümet Programları sağlık sektörü için şu tespitleri yapmaktadır:

- Mevcut sağlık sistemi kurumsal yapı, işleyiş, personel yapısı ve dağılımı itibariyle ihtiyaca cevap veremiyor; sistem kaçakları nedeniyle maliyetler artmış, sağlık hizmetleri ulaşılmaz hale gelmiş, standart birliği kalmamış;
- Nüfusun yüzde 19'unun sağlık güvencesi yok;
- Sosyal güvenlik kuruluşlarının asıl yapması gereken işlerini engelleyen sağlık işleri ile uğraşması bu kuruluşları da verimsiz hale getirmiş;
- Amaç; etkin, ulaşılabilir, kaliteli sağlık sistemidir ve hükümet köklü değişiklikler yaparak herkesin ulaşabileceği nitelikli ve etkin çalışan bir sağlık sistemi oluşturmakta kararlıdır;
- Devlet herkesin temel sağlık ihtiyacını gerekirse özel sektörle işbirliği yaparak yerine getirmek zorundadır (58. Hükümet Programı, 2002; 59. Hükümet Programı, 2003) .

Bu tespitleri takiben yapılması gerekenleri 58.Hükümet Programı şöyle sıralamıştır:

- Devlet-sigorta-kurum hastanesi ayrımı kaldırılarak, hastaneler idari ve mali yönden özerkliğe kavuşturulacak;
- SB yeniden yapılandırılacak;
- Sağlık sektörüne rekabet getirilecek;
- Sağlık hizmeti sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılacak;
- Sağlık sigortası uzun vadeli sigorta kollarından çıkarılacak;
- Nüfusun tamamını kapsayan Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemi kurulacak, ödeme gücü bulunmayanların primleri devletçe ödenecek;
- Aile hekimliği uygulamasına geçilerek, sağlam bir hasta sevk zinciri sistemi kurulacak;
- Bilişim teknolojisinden azami yararlanılacak, sağlık bilgi sistemi kurulacak;
- Hasta haklarının korunmasında hukuki eksiklik giderilecek.

58. Hükümet'in kısa bir süre içerisinde açıkladığı Acil Eylem Planı da; sağlık bilgi sistemi ve hasta hakları konusundaki hukuki eksiklikler dışındaki uygulamaların bir yıl içerisinde gerçekleştirilmesini öngörmüş olmasına rağmen, önemli bir kısmı halen yürürlüğe girmemiştir (58. Hükümet Acil Eylem Planı, 2003:99).

Acil Eylem Planı'nı oluşturan başlıklar Haziran 2003 tarihinde kamuoyuna bu kez "Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)" adı ile sunulmuştur. Sekiz bileşenden oluşan SDP'nin WB görüş ve önerileri ile biçimlendirilmiş bir proje olduğu çok açıktır. Gerek sağlık sistemi ve sorunlarına gerekse çözüm önerilerine ilişkin öneriler WB'nin iki ciltlik "Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Reformu" isimli yayını ile birebir örtüşmektedir (WB, 2003; Pala, 2003). SDP'nin WB tarafından desteklendiğini gösteren diğer bir belge Banka ile imzalanan "Sağlıkta Dönüşüm Projesi"dir. Proje kapsamında SDP için 2004-2007 yılları arasında kullanılmak üzere 49.42 Avro kredi desteği sağlanmaktadır (<http://www.>

worldbank.org.tr). Proje TÜSİAD tarafından da desteklenmektedir. TÜSİAD'ın 2004 tarihli "Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri" raporu SDP'nin alternatifsiz olduğunu vurgulamaktadır (TÜSİAD, 2004).

SDP'nin sekiz bileşeni:

1. Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı
2. Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası sistemi
3. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık sistemi
 - a) Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri: Aile hekimliği modeli
 - b) Etkili, kademeli sevk zinciri
 - c) İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri: Özerk hastaneler
4. Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü
5. Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları
6. Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon
7. Ulusal İlaç ile Tıbbi Cihaz Kurumları
8. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi'dir (SB, 2003a:6).

Bu bileşenlerden ilk dördü bir yandan WB'ın sağlık sektörü için önerdiği yerelleştirme, fiyatlandırma ve özelleştirme araçları ile tam olarak örtüşmekte diğer yandan sağlık sisteminde köklü dönüşümleri beraberinde getirmektedir. Bakanlığın görevinin politika belirleyici, düzenleyici ve denetleyici rolle sınırlandırılacağını, bu anlayışa yönelik olarak "...Bakanlığa bağlı kuruluşların yerinden yönetim ilkeleri doğrultusunda yapılandırılacağını..." belirten ilk bileşen hizmetlerin yerelleştirileceğini duyurmaktadır (SB, 2003a:26). İkinci bileşen olan GSS sistemi, bir yandan yerelleştirmenin hayata geçirilebilmesi için sağlık hizmetleri sunumu ile finansmanını birbirinden ayırırken, diğer yandan sağlık sektöründe hizmet satın alma uygulamasına geçişi öngörerek hizmetlerin fiyatlandırılmasını kaçınılmaz kılmaktadır. Üçüncü bileşen sistemin hem

temel sağlık hizmetleri ayağının hem de hastanelerin özelleştirileceğini açıkça belirtmektedir. Dördüncü bileşende sözü edilen “çakılı sözleşmeli personel” özelleştirmenin istihdamda da söz konusu olacağını ifade etmektedir.

Sağlık sisteminin örgütlenmesinde, sağlık hizmetleri sunumunda ve sağlık finansmanında köklü dönüşümleri gündeme getirdikleri için SDP'nin ilk dört bileşenini daha ayrıntılı bir şekilde ele almak yararlı görölmektedir. Sonraki dört bileşen sistemi dönüştürmeye değil desteklemeye yönelik bileşenler oldukları için değerlendirme kapsamı dışında tutulmuşlardır.

1. Sağlıkta Dönüşüm Programı

1.1. Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı

Bu bileşen Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılarak sağlık hizmeti üreten bir kurum olmaktan çıkarılması, Bakanlığın yalnızca politika belirleyen, koordinasyon sağlayan ve “sağlık piyasası”nı denetleyen ve düzenleyen bir kuruma dönüştürülmesini amaçlamaktadır. Bu amaç kamunun neoliberal ekseninde yeniden yapılandırılmasına da uygundur. 29 Aralık 2003 tarihinde TBMM'ye sunulan “Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Yasa Tasarısı” SB'nin yeniden yapılandırılarak, küçük, düzenleyici ve denetleyici bir yapıya kavuşturulmasını öngörmüştür⁴. Tasarıya göre:

- SB'nin taşra teşkilatı kaldırılacak, sağlık hizmetleri il özel idarelerine devredilecektir;
- SB'na bağlı kuruluşların taşra teşkilatı olabilecektir (Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hudut ve Sahiller Sağlık Gen. Müd.);
- Eğitim hastaneleri SB tarafından işletilmeye devam edecektir;
- Bazı devlet hastaneleri özerk statüye geçecek, diğerleri il özel idarelerine devredilecektir;
- Ulusal programlar SB tarafından yürütülecektir (sıtma, verem, trahom, bağışıklama, aile planlaması, anemi mücadelesi vb);

4 TBMM Genel Kurulu'nda 18 Şubat 2004 tarihinde başlanan görüşmeler, 15 Temmuz 2004 tarihinde sona ermiştir. 5227 Sayılı “Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun”, 3 Ağustos 2004 tarihinde Cumhurbaşkanı Ahmet Necdet Sezer tarafından kısmen veto edilmiştir.

- İl özel idareleri sağlık kuruluşlarını belediyelere, üniversitelere, meslek kuruluşlarına ve özel sektöre devredebilecektir;
- Bakanlık içinde strateji belirleme ve performans değerlendirme birimi kurulacak, yıllık planlar hazırlanacaktır (HASUDER, 2007:10).

1.2. Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası Sistemi

59. Hükümet döneminde, "...nüfusun tümüne, hakkaniyete uygun ve eşit..." sağlık hizmeti yaklaşımı ile (Başbakanlık, 2005:55) yola çıkan Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (SSGSS) Yasası 5510 sayı ile 2006 yılında kabul edilmiştir⁵. Yürürlüğe giriş tarihi 1 Ocak 2007 olarak belirlenen Yasa'nın önemli maddeleri 15 Aralık 2006 tarihinde Anayasa Mahkemesince iptal edilmiştir⁶. İptalden sonra yürürlük tarihi ilk olarak 1 Temmuz 2007⁷, ikinci olarak 1 Ocak 2008 ve üçüncü olarak da 1 Haziran 2008 tarihine ertelenmiştir. Bu kez Yasa'nın iptal edilen maddeleri ile ilgili düzenlemeleri kısmen içeren, bu nedenle başka sorunlara ve tartışmalara da neden olan bir Yasa Tasarısı 24 Kasım 2007 tarihinde TBMM gündemine getirilmiş⁸ ve 17.4.2008 tarihinde 5754 sayı ile yasalaşmıştır⁹. 5754 sayılı Yasa ile yapılan değişiklikler çerçevesinde genel sağlık sigortasına ilişkin düzenlemelerin önemli bir kısmınının 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe girmesi öngörülmektedir¹⁰.

Bu sürecin en önemli özelliği gerek TBMM gündemine getirilen Değişiklik Tasarısı'nın, gerekse GSS hükümlerinde yapılan değişikliklerin hiçbirinin Anayasa Mahkemesi'nin iptal kararı ile örtüşmemesidir. Aslında bu durum pek şaşırtıcı değildir. Nitekim sağlık hakkına vurgu yapan Anayasa Mahkemesi Kararı GSS yaklaşımı ile taban tabana zıttır. Çünkü GSS sağlığı bir hak olarak

5 Tarih: 31.5.2006, T.G.Tarihi:16.6.2006, Sayısı: 26200.

6 Tarih:15.12.2006, Esas Sayısı 2006/111, Karar Sayısı :2006/112.

7 2007 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Yasası'na konulan bir hüküm ile. Tarihi: 26.12.2006, Sayısı:5565, R.G.Tarihi:29.12.2006, Sayısı: 26391 (Mükerrer)

8 Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı.

9 Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, Tarihi:17.4.2008, Sayısı:5754, R.G.Tarihi: 8.5.2008, Sayısı:26870.

10 5510 sayılı Yasa'nın yürürlük hükümlerini düzenleyen 108 inci maddesi, hangi maddenin hangi tarihte yürürlüğe gireceğini tek tek saymak suretiyle belirlemiştir. Buna göre Yasa hükümleri dört farklı tarihte yürürlüğe girmektedir. İki 1.1.2008, ikincisi 30.4.2008, üçüncü ise 1.7.2008 tarihinde yürürlüğe girecek hükümlerdir. Bu üç tarihte yürürlüğe girmeyen diğer maddeler ise 1.10.2008 tarihinde yürürlüğe girecektir.

kabul eden bir yaklaşıma değil, özel sigortacılık mantığı üzerine inşa edilmiş ve kamu kaynaklarının özel sektöre aktarılacağı bir finansman modeli olarak kurgulanmıştır (Bağımsız Sosyal Bilimciler-BSB-, 2007:106).

5754 sayılı Yasa ile 5510 sayılı Yasa'da yapılan bazı önemli değişiklikleri şöyle sıralamak mümkündür:

Anayasa Mahkemesi'nin iptal kararına rağmen, 5754 sayılı Yasa ile devlet memurları kapsamında kalmaya devam etmektedir. Yeşil Kart alma ölçütüne gelir durumunun yanı sıra harcama ve servet durumu da eklenerek Yeşil Kart almak zorlaştırılmıştır. Olimpiyat ve Avrupa şampiyonluğu kazanmış sporcular kapsama alınmaktadır. Yabancıların kapsama alınmasında karşılıklılık (mütekabiliyet) esası getirilmektedir. Vatani görevini yapan askerlerin bakmakla yükümlü olduğu kişilerin hizmete başvuru öncesinde ödemesi gereken 30 gün prim uygulaması kaldırılmıştır. GSS fiyat tarifelerinin belirlenmesi sırasında sosyal taraflardan görüş almak zorunluluğu isteğe bağlı hale getirilmiştir. Otelcilik hizmetleri ve öğretim üyesi tarafından sağlanan sağlık hizmetleri için alınan "iki katına kadar fark" tavanı kaldırılmıştır. Kamu sağlık kuruluşlarına da öğretim üyesi (üst sınır yok), otelcilik (Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen tutarın 3 katını geçmemek üzere) ve istisnai sağlık hizmetleri için hastadan fark alma hakkı tanınmıştır. Acil haller dışında sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından satın alınan sağlık hizmeti bedelleri Kurumca ödenmeyecektir. İdari para cezaları kaldırılarak sözleşme feshi yaptırımı korunmaktadır. Sevk zincirine uymamanın yaptırımı kaldırılmıştır.

5754 sayılı Yasa'nın, sürdürülebilirliği konusunda ciddi tartışmalar yaşanan GSS sistemi için ek katılım payı getirme, ilave ücret talep edebilme ve bunlar için 5510 sayılı Yasa'da belirlenen tavanların kaldırılması, sağlık hizmetlerinin piyasa ilişkileri çerçevesinde sunulması ve SGK yetkilerini genişleten düzenlemelere yer vermesi şaşırtıcı değildir.

5510 sayılı Yasa yürürlüğe girememiş olmasına rağmen 15.6.2007 tarihinde Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından çıkarılmış olan Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) GSS'nin birçok hükmünü hayata geçirmiştir. Sosyal Güvenlik Kurumu kapsamında olan kişilere sağlanacak yardımların karşılanması için devlet hastaneleri, üniversiteler ve özel sağlık tesisleri ile sözleşmeler/protokoller imzalanmasını öngören SUT, devredilen SSK, Bağ-Kur ve ES sağlık hizmetlerinde uygulama birliği getirmiştir. Bu çerçevede:

- Emekli Sandığı (ES) gibi SSK ve Bağ-Kur'lular da doğrudan sözleşmeli üniversite hastanelerine başvurabilecekler ve sağlık

giderleri Kurumca karşılanacaktır. Böylece sevk zinciri tamamen ortadan kaldırılmıştır.

- SSK'luların doğrudan, Bağ-Kur'luların yatarak tedavilerde doğrudan, ES mensuplarının birinci basamağa doğrudan ancak ikinci basamağa sevkle gidebildikleri sözleşmeli özel sağlık tesislerinin birinci ve ikinci basamağına doğrudan başvuru yapılabilecektir. Bu düzenleme de sevk zincirini ortadan kaldırmaktadır.

- Yatan hastalara reçete yazılarak büyük ölçüde dışarıdan temin ettirilen ilaç ve tıbbi malzemeler, Tebliğin yürürlük tarihinden 120 gün sonra (15 Ekim 2007 tarihinden itibaren) hastanelerce temin edilmek zorunda olacaktır.

- Tebliğ yürürlük tarihinden itibaren 120 gün sonra yatan hastalara hastaneler tarafından temin edilmesi zorunlu olan tıbbi malzemelerin hastaya aldırılması durumunda, olabilecek fiyat farkının hastaya ödetilmesi uygulaması kaldırılarak fatura tutarı üzerinden ödeme yapılacaktır.

- Raporlu ilaçların sadece bir kez reçete edilmesi yetecek, 2 yıl boyunca raporla reçetesiz ilaç alınabilecektir. Ayrıca ilaçların bitmesi beklenmeyecek, 7 gün önceden alınabileceklerdir.

- SSK'da sadece belediye mücavir alan dışına çıkışları ödenen, Bağ-Kur'da ödenmeyen, ES'nda her koşulda ödenen ambulans ücretleri koşulsuz olarak ödenmeye başlanacaktır.

- SSK'lılar da Bağ-Kur ve ES mensupları gibi tüm dış tedavileri için devlet hastaneleri ve sözleşmeli üniversite hastanelerinden sevk alarak özel muayenehane ve sağlık tesislerine başvurabileceklerdir.

- Tebliğin yürürlüğe girmesinden 120 gün sonra sağlık tesisleri tarafından tetkik ve tahlil için dışarı sevk yapılmayacaktır. Hastaneler özel merkezlerden hizmet alarak tüm tetkik ve tahlilleri yapacaklardır.

2005 yılında 5283 sayılı "Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Yasa"¹¹ ile bazı kamu kurumları dışında, kamuya ait tüm sağlık birimlerinin SB'na devredilmesi

¹¹ R.G.Tarihi:19.1.2005 , Sayısı: 5705 (Mükerrer).

sağlanarak, başta GSS sistemi olmak üzere SDP'nin birçok bileşeni için altyapı hazırlanmıştır. Yasa ile "hastaneler tek çatı altında" toplanmış ve hizmet sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılmıştır. Böylece SB'nin nüfus alanı genişlemiş, kamu hastanelerinin neredeyse tümünün özelleştirilmesi, özelleştirilmesi mümkün hale gelmiş ve hizmet sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılarak GSS sistemine ve özel sigortacılığa zemin hazırlanmıştır.

Öte yandan sosyal güvenlik sistemindeki dönüşümün de bir ayağını oluşturan GSS sistemi, WB tarafından SDP için kullanılan kredilere ek olarak, Program Amaçlı Kalkınma Politikası Kredileri (Programmatic Public Sector Development Policy Loan – PPDPL) ile de desteklenmektedir. Genel olarak kamu sektörüne yönelik reformları desteklemeyi amaçlayan PPDPL'ler üç programdan oluşmaktadır. Serinin ilk kredisi 7 Temmuz 2006 tarihinde, ikincisi ise 20 Haziran 2008 tarihinde sağlanmış olup, ilki 403 milyon ikincisi ise 255.4 milyon Avro değerindedir (<http://www.hazine.gov.tr>)¹².

GSS Yasası, tüm nüfusu sağlık güvencesi şemsiyesi altına alma, finansmanda adalet, verimlilik ve sürdürülebilirlik iddialarıyla gündeme getirilmiş olmasına rağmen, temel mantığı sağlık hizmetleri sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması ve temel teminat paketinin dar tutularak yurttaşları hizmetler karşılığında ek ödeme yapmaya ve özel sağlık sigortalarına yönlendirmeye dayanmaktadır. Böylece sağlığın özelleştirilmesi ve özel sağlık sigortacılığı müşteri kitlesinin garanti altına alınması hedeflenmektedir. GSS Yasası'nın hedeflediği amaçlara ulaşip ulaşamayacağını daha ayrıntılı bir şekilde ele almakta yarar görülmektedir.

GSS Sağlık Finansmanının Temel İlkelerini Yerine Getirebilecek Midir?

• Tüm nüfusa güvence sağlama ve sağlık hizmetlerine erişim:

Tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlama amacını taşıyan GSS Yasası; mevcut sosyal sağlık güvencesi programlarını tek bir Yasa altında toplayan, katılımı zorunlu ve prime dayalı bir finansman sistemi öngörmektedir. GSS, mevcut sistemde sağlık güvencesi kapsamında bulunanların yanı sıra güvence kapsamı dışında kalan işsizlik sigortası dışındaki işsizler, isteğe bağlı sigortalılar, oturma izni almış yabancılar ile Yasanın 60. maddesinde sayılmayan diğer kişileri de primleri kendilerince ödenmek kaydıyla kapsam altına almıştır. Bu çerçevede bugünkü koşullarda net asgari ücretin altında, ancak üçte birinden fazla geliri

12 T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Basın Duyurusu, Sayı:2006/73, Tarih: 7 Temmuz 2006 ve Basın Duyurusu, Sayı:2008/115, Tarih:20 Haziran 2008.

olanlar (yani Yeşil Kart alamayanlar) GSS primi ödemek zorunda kalacaklardır. Sağlık karneleri dikkate alınarak yapılan hesaplamaya göre, 2004 yılında, yaklaşık 13.5 milyon Yeşil Kartlı hariç 10.189.818 kişi sosyal sağlık güvencesi kapsamı dışındadır (Yaşar, 2007:195).

GSS primi, kısa ve uzun vadeli sigorta kollarına tabi olanlar için prime esas kazancın yüzde 12,5'idir. Bu primin yüzde 5'i sigortalı, yüzde 7,5'i ise işveren katkısıdır. Yalnızca GSS'na tabi olanların primi, prime esas kazancın yüzde 12'sidir. GSS kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için sağlık hizmeti sunucusuna başvurulduğu tarihten önceki bir yıl içinde toplam 30 gün GSS primi ödeme gün sayısının bulunması gereklidir. İsteğe bağlı sigortalı ve yabancılar kapsamında olanlar için bu koşul ile birlikte kısa ve uzun vadeli sigorta primleri dahil GSS prim borçlarının bulunmaması da gereklidir¹³. Bu şartların hizmete erişimi olumsuz yönde etkileyeceği açıktır. Nitekim mevcut sistemde 2004 yılı verileri ile SSK kapsamında bulunan nüfusun yüzde 27'si, Bağ-Kur kapsamında bulunan nüfusun ise yüzde 40'ı prim yükümlülüklerini yerine getir(e)memekten dolayı sağlık karnesine ulaşamamaktadır. Benzer bir durum GSS sistemi için de söz konusu olacaktır. Ayrıca primleri kendileri tarafından ödenecek gruplar içerisinde yer alan ve "diğer" olarak tanımlanan grup için prime esas günlük kazanç alt sınırının iki katının otuz günlük tutarı olarak belirlenen asgari prim miktarı, adaletli bir düzenleme olmayıp hizmete erişimi doğrudan engelleyecektir. Nitekim 2004 yılında SSK'luların yüzde 43,6'sı asgari ücret yüzde 70'i asgari ücrete çok yakın bir miktar, Bağ-Kur'luların da yüzde 92'si 1-12. basamaklar üzerinden prim ödemişlerdir¹⁴ (Yaşar, 2007).

İsteğe bağlı sigortalılar ve yabancılar kategorisinde yer alanlar için öngörülen prim ve prime ilişkin her türlü borcunun bulunmaması şartı, 5510 sayılı Yasa'da bağımsız çalışanları da kapsamakta idi. 5754 sayılı Yasa ile bağımsız çalışanların bu kapsamdan çıkarılması, bu grupta gözlenen ve yüzde 40 gibi yüksek bir orana sahip hizmete erişememe durumunun ortadan kaldırılabilmesi açısından isabetli olmuştur. Ayrıca 5510 sayılı Yasa'ya göre beş yıl boyunca prim ödeme yükümlülüğünü yerine getir(e)meyen kendi adına ve hesabına çalışanların sistem dışına çıkarılacak olması, GSS sisteminin temel amacını oluşturan sosyal korumanın tüm nüfusa yaygınlaştırılması ilkesi ile çelişmekte idi. Bu durum dayanışmayı zayıflattığı gibi, daha sağlıklı olanların bilinçli olarak böyle bir yola başvurup daha az prim ödeme olasılıkları olan özel sağlık sigortalarına yönelmeleri

13 5510'da primleri kendilerince ödenecekler için getirilen bu koşul, 5754 ile sadece isteğe bağlı olarak çalışanlar ve yabancılar ile sınırlı tutulmuştur.

14 5510 sayılı Yasa'nın 80/c maddesi uyarınca primleri kendileri tarafından ödenecek olan bütün grupları (isteğe bağlı sigortalılar, bağımsız çalışanlar, yabancılar ve diğer) kapsayan bu düzenleme 5754 ile "yabancılar" ve "diğer" kategorisi ile sınırlandırılmıştır.

sonucunu doğurabilecekti. Böyle bir tercihin, benzer uygulamalara sahip Şili, Almanya ve Hollanda gibi ülkelerin sağlık finansman sistemlerinde gözleendiği üzere, daha riskli grupların kamu sisteminde yoğunlaşmasına neden olarak kamu sisteminin finansman yapısını zayıflattığı bilinmektedir¹⁵. Bu nedenle 5754 sayılı Yasa ile bu düzenlemenin ortadan kaldırılması da isabetli olmuştur.

GSS Yasası'nın mevcut sistemde bulunan kullanıcı katkılarını sürdürmenin yanı sıra ek katkılar öngörmesi, hizmete erişimi olumsuz yönde etkileyecektir. Nitekim tedaviyi yarım bırakma nedenleri arasında maddi yetersizliğin Yeşil Kart'lılarda yüzde 93, sigortalı olanlarda yüzde 73 ile oldukça yüksek oranlarda olması, bu grupların cepten ödemeler konusunda ne kadar kırılgan olduklarının en açık göstergesidir (Tatar vd 2003:64). Ayrıca kayıt dışı istihdam ile işsizliği azaltmak için gerekli önlemlerin alınmaması durumunda, GSS sisteminin de fiili olarak tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlaması imkânsızdır.

• Sağlık Finansmanında Adalet

Finansmanda adaleti sağlamayı hedefleyen GSS Yasası, ülkemizde ilk kez zorunlu devlet katkısı uygulamasını başlatacaktır. Bu olumlu gelişmenin gelirin yeniden dağıtımına katkı sağlaması beklenmektedir. Ancak, bugünkü adaletsiz vergi yapısı değiştirilmezse tersine bir gelir dağılımına neden olması kaçınılmazdır. Mevcut sosyal sağlık sigortası sisteminde, finansmanda dikey adalet ve gelirin yeniden dağıtımının düzeyi, herhangi bir iyileştirmeye gidilmediği sürece GSS sisteminde de geçerli olacaktır. GSS Yasası'nın bazı gruplar için getirdiği prime esas günlük kazancın alt sınırının otuz günlük tutarının iki katı oranındaki prim miktarı, gelir ile ilişkilendirilmediği için dikey adaletsizliğe neden olacaktır. Ayrıca mevcut sistemde gelir ve aylık alanlar ile aile bireyleri için yüzde 10 olan kullanıcı katkıları oranının yüzde 10-20 arasında belirlenebilecek olması ve ek kullanıcı katkılarının öngörülmesi, finansmanda dikey adaleti azaltacak ve gelirin yeniden dağıtımını bozacaktır (Yaşar, 2007).

Öte yandan tek bir kurum tarafından istihdam statüsüne bağlı olarak değişmeyen tek bir prim oranı üzerinden katkı toplamayı öngören GSS sisteminde yatay adaletsizlik durumları da söz konusu olacaktır. Özel sağlık sigortası primi ve bireysel emeklilik katkı paylarının aylık asgari ücretin yüzde 30'unu geçmeyen

15 Şili, Almanya ve Hollanda'da zorunlu sigortalılık esastır. Almanya ve Hollanda'da gelir düzeyi belirli bir seviyenin üzerinde olan bireyler istedikleri taktirde kamu sigortalarından ayrılmış özel sigortaya geçebilmektedirler. Şili'de ise isteyenler kamu yerine özel sigorta şirketlerine (işçi ve işveren) primlerini ödeyebilmektedirler. Bu durum hastalık riski daha yüksek olan gelir düzeyi düşük vatandaşların kamu sistemlerinde yoğunlaşmasına neden olmuştur. Böylece bir yandan kamu fonlarının gelirlerinde azalma gözlenirken, diğer yandan sosyal dayanışma zayıflamıştır (Unger ve diğerleri, 2008; Busse, 2000; Exter ve diğerleri, 2004).

kısımının prime esas kazançtan düşülebilecek olması, benzer hane gelirine sahip olanlardan özel sağlık sigortası primi ve bireysel emeklilik katkı payı ödeyenlerin yaptıkları katkı miktarını azaltacağından yatay adaletsizliğe neden olacaktır. Ayrıca prim miktarı hane gelirine göre değil, bireysel ücret gelirine göre belirlenmeye devam edeceği için mevcut sosyal sigorta sisteminde görülen yatay adaletsizlik durumları GSS sisteminde de gözlenecektir. Son olarak Sosyal Güvenlik Kurumu'nun mevcut kullanıcı katkılarının bir kısmını yükseltme yetkisinin bulunması ve GSS Yasası'nın ek kullanıcı katkıları öngörmesi yatay adaleti bozacaktır (Yaşar, 2007).

• Sağlık Finansmanında Verimlilik ve Sürdürülebilirlik:

GSS sisteminin sağlık sistemi maliyetlerini arttırması beklenmektedir (Başbakanlık, 2005:74-75). Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB) ve WB tarafından yapılan projeksiyonlar GSS ile birlikte finansman açığında büyük bir artış olacağı ve kamu sağlık harcamalarının 2025 yılında Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH)'nin yüzde 8,8'ine ulaşacağını göstermektedir. Ancak 2006 yılı itibariyle oranın yüzde 7,7'ye yükselmiş olması hem projeksiyonların çok sağlıklı yapılmadığını göstermekte hem de maliyet artışının tahmin edilenin çok ötesinde olacağını ortaya koymaktadır. Gün geçtikçe adım adım özelleştirilen sistemin böyle bir sonuç doğurması ve sürdürülemezliği açıktır.

Ülkemizde toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı, 2004 yılında yüzde 7,7 ile yüzde 9,0 olan OECD ortalamasına yaklaşmasına rağmen hala altındadır (SB, 2007a:191). Bu düşük ortalamaya rağmen kaynakların sağlık sektörü içindeki dağılımı açısından önemli sorunlar bulunmaktadır. En önemli sorunlardan biri, kaynak tahsisinin verimli bir şekilde yapılmasını sağlayacak (il düzeyinde ihtiyaç analizi, hastalık profili, ölüm oranları, sağlık sistemini kullanım durumu gibi) verilerin bulunmamasıdır.

Kaynakların çeşitli sağlık hizmetleri arasındaki dağılımı, maliyet etkililiği en yüksek olan koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların çok düşük olduğunu göstermektedir. 2000 yılında cari sağlık harcamalarının hizmet sunucularına göre dağılımında, "halk sağlığı programları sunumu ve yönetimi" için yapılan harcamaların toplam cari sağlık harcamaları içerisindeki payı yüzde 0,44 ile yüzde 2,3 olan OECD ortalamasının oldukça altındadır (OECD, 2005). Bu nedenle Türkiye 2000 yılında toplam sağlık harcamalarının yüzde 33,5'ini ilaçlara harcamıştır (SB, 2004a:26). Sosyal güvenlik kurumlarının toplam sağlık harcamaları içerisinde bu oran 2000 yılında yüzde 51,9 iken, çeşitli önlemlerle 2006 yılında ancak yüzde 43,9'a düşürülebilmiştir (SB, 2007a:142). İlaç harcamalarının

gelişmiş ülkelerdeki oranı yüzde 15'ler düzeyindedir. Öte yandan, 2000 yılında hastane harcamalarının yüzde 38'inin ayakta tedavi hizmetleri için yapılmış olması, gelişmiş ülkelerdeki yüzde 15-20'lik düzey dikkate alındığında, önemli bir verimsizlik göstergesi olarak değerlendirilmektedir. 9. BYKP'na göre yataklı tedavi kurumlarında verilen poliklinik hizmetlerinin yüzde 95'i ayakta tedavi hizmetlerinden oluşmaktadır. Bu durum artık sevk sisteminin uygulanmadığının da en önemli göstergesidir. Nitekim sevk sistemi 2007 Haziran ayı ortasından itibaren fiili olarak zaten kaldırılmıştır.

Türkiye'de sağlık finansman sisteminin büyük bir bölümü sosyal güvenlik sisteminin bir parçasıdır. Bu nedenle, 1990'ların başından bu yana bozulan makro ekonomik dengeler ve çözülen kamu maliyesinin bir uzantısı olarak sürdürülemez boyutlarda mali ve idari kriz içine giren sosyal güvenlik sistemi, sağlık finansmanını da etkilemiştir. Türk sosyal güvenlik sisteminde yaşanan bu mali kriz, gelişmiş ülkelerin genellikle yaşlanan nüfuslarına dayalı demografik sorunlardan farklı olarak, büyük oranda ekonominin yapısal nitelikli bir dizi sorununun bir yansıması olarak ortaya çıkmaktadır (Yeldan ve Köse, 1999).

Türkiye'de işgücüne katılım oranının düşüklüğü, kayıt dışı ve enformel istihdamın yaygınlığı ve işsizliğin artışı gibi istihdam yapısının bazı sorunları sosyal güvenlik sisteminin gelir oluşturmasını doğrudan etkilemektedir. Son birkaç yıldır artan ekonomik büyüme istihdam yaratmadığı gibi kayıt dışı istihdamı da körüklemektedir. Gelir dağılımının bozukluğu ve yoksulluğun yaygınlaşması, kayıt dışı istihdam açısından kırılgan olan kırdaki yaşayanlar, tarım sektöründe çalışanlar, kadınlar, eğitim seviyesi düşük olanlar gibi gruplar ile işsizlerin kırılganlığını daha da arttırmaktadır. Ayrıca, prime esas ücret düzeyinin düşüklüğü ve prim tahsilatının tam olarak yapılamaması ve aktif pasif oranındaki düşüş diğer gelir azaltan etmenler olarak sistemin finansman ayağını zayıflatmaktadır. Öte yandan prim karşılığı olmayan ödemeler gibi sigortacılıkta nimet-külfet ilkesine dayanmayan ve bu nedenle aktüeryal dengeleri bozan uygulamalar ile sağlık harcamalarının hızlı artışı giderleri arttırmaktadır¹⁶. Büyük bir bölümü sosyal güvenlik sisteminin düzenlenmesi ile doğrudan ilgili olmayan bu etmenlerin çoğu, GSS sisteminin finansman yapısını da zayıflatan niteliktedir. Ayrıca, Türkiye'nin demografik yapısı, vergi yapısı, finansman kurumlarının kapasitesi, kültürel etmenler ve çevresel-politik etmenler de sağlık finansmanını doğrudan etkileyen diğer etmenler olarak varlıklarını sürdürmektedirler.

16 Sosyal sigortacılıkta nimet-külfet dengesi sigorta hizmetleri karşılığında prim alınması esasına dayanmaktadır.

1.3. Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Sistemi:

a) Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri: Aile Hekimliği Modeli

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sunumuna ilişkin ilke ve kurallar, halen yürürlükte olan 1961 tarih ve 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Yasa” ile düzenlenmiştir. Bu nedenle bu Yasa Türkiye’deki sağlık politikasının temelini oluşturmaktadır (HASUDER, 2007:2).

SDP ile birinci basamak sağlık kurumlarında 224 sayılı Yasa’yla çelişen yapısal bir değişiklik söz konusudur. Nüfus sayısına göre örgütlenen, kişiye ve çevreye yönelik koruyucu hekimlik hizmetlerini bütüncül bir yaklaşımla sunan ve ekip hizmeti yaklaşımı ile çok disiplinli bir hizmet anlayışını benimseyen 224 sayılı Yasa’ya dayalı sağlık ocağı sisteminin yerini “aile hekimliği” sistemi almaktadır. Aile hekimliği uygulaması çevreye ve kişiye yönelik koruyucu hizmetleri ve çok disiplinli hizmet anlayışını parçalayarak, sadece kişiye yönelik koruyucu hizmetleri yalnızca “aile hekimi”nin sorumluluğuna yüklemektedir. Ayrıca sözde “hekim seçme özgürlüğü” hakkına sahip bireyler belli koşullarla istedikleri aile hekiminden sağlık hizmeti alabileceklerdir (Hamzaoğlu ve Yavuz, 2006:280).

Gerçekte mevcut sağlık ocağı alt yapısı kullanılarak ve serbest piyasa ekonomisinin arz talep dengesi gözetilerek birinci basamak sağlık hizmetleri özelleştirilmektedir. Özellikle kentlerde serbest hekimlik ve özel poliklinik uygulamalarından da yararlanılacağı, aile hekimleri muayenecilerinin kurulması için devletin ucuz kredi vereceği gibi duyurular uygulamanın serbest hekimlik ve özel sektör yönelimli olacağını göstergeleridir (Hamzaoğlu ve Yavuz, 2006:280; Pala, 2007:64).

Aile hekimliği sistemine ilişkin yasal düzenlemeler SB’nin bu konuda 2004 yılında yayımladığı bir belgeyi takiben çıkarılan 5258 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yasa” ile başlatılmıştır¹⁷. 2007 Temmuz ayı itibariyle 11 ilde yaklaşık 9 milyon vatandaşın yararlandığı aile hekimliği uygulaması (60. Hükümet Programı, 2007:45), aile hekimi ile hemşire, ebe, sağlık memuru gibi elemanlardan oluşabilecek aile sağlığı elemanını içeren iki kişilik bir ekipten oluşmakta ve 1000-4000 kişiye tanımlanmış hizmetleri vermekle yükümlü kılınmaktadır. Aile hekimi veya elemanını gönüllülüğe, yeterli gönüllü olmaması

17 9.12.2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazete. Bu Yasa’yı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik (6.7.2005 tarih ve 25867 sayılı R.G.), Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik (12.8.2005 tarih ve 25904 sayılı R.G.), Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlık Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge (15.9.2005 tarihli) takip etmiştir.

durumunda görevlendirmeye bağlayan Yasa, ihtiyaç duyulması halinde “serbest çalışan ve kamu görevlisi olmayan hekim ve aile sağlığı elemanlarının da çalıştırılmasına olanak tanımıştır. Böylece aile hekimliği uygulaması içerisinde çalışacak personelin statü ve ücretlendirilmesi de farklı bir yapıya kavuşturulmuştur (Hamzaoğlu ve Yavuz, 2006:282-283).

Aile hekimliği uygulaması WB ile imzalanan Sağlıkta Dönüşüm Projesi kredi anlaşmasında, kredinin kullanılacağı beş bileşenden birini oluşturmaktadır ve tahmini maliyetinin 40-50 milyon dolar olacağı öngörülmektedir. Oysa ki bu miktarın mevcut birinci basamak hizmet sunumunun alt yapısını geliştirmek için kullanılması durumunda birçok sorunun çözüleceği açıktır.

b) Etkili, Kademeli Sevk Zinciri

Ülkemizde sağlık hizmet sunumuna ilişkin 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası ile 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Yasası sevk zincirine uyulması için bazı mali yaptırımlar öngörmüştür. Sağlık hizmetlerinin parasız olarak sunulmasını öngören 224 sayılı yasanın 14.maddesi sevk zincirine uyulmaması halinde hizmeti paralı hale getirmiş, 3359 sayılı yasanın 3. maddesi de sevk zincirine uymayanlara fazla para ödeme yaptırımı öngörmüştür. Benzer bir şekilde 5510 sayılı Yasa da sevk zincirine uymayan kişilere oluşan tedavi bedelinin yüzde 30’unun kendisi tarafından ödenmesi koşulunu getirmiştir. Ancak 5510 sayılı Yasa’da yapılan değişiklikle bu hüküm yürürlükten kaldırılmıştır.

SDP, etkili bir sevk sisteminin hastanelerdeki gereksiz yığılmayı azaltarak hem tedavi hizmetlerinde kalite artışına hizmet edeceği, hem de sağlık harcamalarındaki israfı azaltacağını belirtmektedir. Buna rağmen, bir yandan 15.6.2007 tarihinde kabul edilen Sağlık Uygulama Tebliği Temmuz 2007 seçimleri öncesine denk gelen bir zamanda popülist kaygılarla sevk zincirini ortadan kaldırırken, diğer yandan 5510 sayılı Yasa’da benzer değişikliklere gidilmesi iktidarın sevk zincirini hayata geçirmeye ne kadar niyetli olduğunu açıkça göstermektedir. Nitekim bu tebliğden önce de sevk zinciri önce Düzce’deki Aile Hekimliği pilot uygulamasında, ardından diğer illerdeki pilot uygulamalarda ortadan kaldırılmıştır.

c) İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri: Özerk Hastaneler

AKP Hükümeti’nin SDP kapsamında “ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin hakkaniyete, halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, kolay erişilebilir, verimli, kaliteli ve etkin biçimde sunulmasını sağlamak amacıyla”

2007 yılında Meclise sunduğu “Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Yasa Tasarısı”, Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Yasa Tasarısı ile Sağlık Yasası Tasarısı kapsamında gündeme getirilmiş ancak yasalaşamamış olan hastanelerin özzerkleştirilmesi, işletmeleştirilmesi ve nihayetinde özelleştirilmesi düzenlemelerini yeniden gündeme getirmektedir. Nitekim hastanelerin özelleştirilmesi ile Sağlık Bakanlığı kamu sağlık hizmeti sunmaktan arındırılmış ve politika belirleme, piyasayı kontrol edip düzenleme gibi asli görevlerine kavuşturulmuş olacaktır.

Tasarının amacı, Bakanlığa bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını “kamu tüzel kişiliğine sahip”, “özerk” “kamu hastane birlikleri” çatısı altında yeniden örgütlenmektir. Birlikler Bakanlığın “ilgili kuruluşu” statüsüne sahip olmakta ve özel hukuk hükümlerine tabi tutulmaktadır. Bakanlık birden fazla birliği bir araya getirerek “birlikler koordinatörlüğü” de kurabilecektir. Birliklerin kuruluşu Bakanlığın teklifi Bakanlar Kurulu’nun kararıyla sağlanacaktır (Ataay, 2007).

Tasarı hastane birliklerinin organlarını yönetim kurulu (YK), genel sekreterlik (GS) ve hastane yöneticilikleri olarak belirlemiştir. Karar organı YK, yürütme organı GS olacaktır. YK; ikisi İl Genel Meclisi (biri hukuk öğrenimi görmüş, diğeri yeminli mali müşavir veya serbest muhasebeci mali müşavir), biri Vali (işletme, iktisat veya maliye alanında en az dört yıllık yüksek öğrenim görmüş), ikisi Sağlık Bakanlığı (biri tıp öğrenimi görmüş, diğeri sağlık sektöründe tecrübe sahibi ve alanında en az dört yıllık yüksek öğrenim görmüş), biri Sanayi ve Ticaret Odasınca (en az dört yıllık yüksek öğrenim görmüş) belirlenecek üyeler ile İl Sağlık Müdürü veya yardımcılarında oluşacaktır. Üye seçilebilmek için 8 yıl kamu veya özel sektörde iş deneyimine sahip olmak yeterli görülerek, özel ve kamu arasında herhangi bir ayırım yapılmamıştır. Yönetim Kurulu üyeliklerinde dikkati çeken en önemli hususlardan biri, üyelerin ağırlıklı olarak sağlık sektöründen oluşmamasıdır. Ayrıca “yönetişim” anlayışı çerçevesinde Sanayi ve Ticaret Odası üye belirleyebilirken, sağlık çalışanlarının örgütlerine böyle bir olanağın tanınmamasını “katılımcı” bir anlayışın ürünü olarak görmek mümkün değildir ve Tasarının ticarileştirmeci ve özelleştirmeci bakış açısı ile “sermaye yanlısı” tavrını yansıtmaktadır. YK Başkanı’nın havale etmediği konuların görüşülemeyecek olması da antidemokratik yapısını açıkça ortaya koymaktadır.

Tasarının YK’na her türlü taşınır ve taşınmazları satma, kiralama, devir ve takas işlemlerini yürütme, işletme, işletirme ve ihtiyaç duyulması halinde tıbbi uzmanlık hizmeti satın alınmasına karar verme yetkisi tanınmasının, kamu sağlık kuruluşlarının ve bu kuruluşlara ait tesislerin özelleştirilmesine olanak sağlayacağı

ve bu nedenle özerkliğin özelleştirme sürecinin sadece bir evresi olduğu açıkça görülmektedir. 2005 yılında “Sağlık Hizmetleri Temel Yasası’na Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Yasa” ile Yüksek Planlama Kurulu tarafından gerek görüldüğünde sağlık tesislerinin, SB’nce verilecek ön proje ve belirlenecek temel şartlar çerçevesinde, kendisine veya Hazine’ye ait taşınmazlar üzerinde, kırk dokuz yılı geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı devredilmesine olanak sağlaması, bu yetkinin boyutlarının tahmin edilenin çok ötesinde olacağını göstermektedir.

Öte yandan YK’na verilen bu özelleştirme yetkisi, “özelleştirmenin yasayla yetkilendirme yoluyla değil, yasal düzenleme ile yapılması gerektiğine” ilişkin Anayasa Mahkemesi’nin içtihatına aykırılık taşımaktadır. Dahası sağlığın temel kamu görevleri arasında yer aldığı, bu nedenle “genel idare esaslarına göre” yerine getirilmesi gerektiğini belirten Danıştay kararları da mevcuttur (Ataay, 2007:12).

Birliğin en üst yöneticisi ve tüzel kişiliğini temsil eden Genel Sekreterliğin bünyesinde tıbbi hizmetler, idari hizmetler ve mali hizmetler yer almaktadır. Birliğe bağlı hastaneler hastane yöneticisi tarafından yönetilecek ve hastane yöneticisine bağlı olarak başhekimlik, idari ve mali işler ile sağlık bakım hizmetleri müdürlükleri kurulacaktır. Bu görevlere atanacak personelin de kamu veya özel sektörde en az beş yıllık iş deneyimine sahip olması aranmakta, kamu deneyimi şart koşulmamaktadır.

Tasarıya göre hastaneler; hizmet altyapısı, organizasyonu, kalite, verimlilik ve hasta memnuniyeti gibi konularda Bakanlıkça belirlenecek usul ve esaslara göre her yıl değerlendirmeye tabi tutulacak ve sonuçlara göre yüz üzerinden puanlanarak beş sınıfa ayrılacaktır. Bu şekilde sınıflara ayrılan hastanelerin kapasite ve kaynakları birleştirilerek aralarında görev paylaşımı yapılacaktır, bu suretle daha rasyonel çalışmalarına imkan vermek üzere hastane grupları oluşturulacak ve oluşturulan grubun ağırlıklı ortalaması (C) ve üzeri olanlar Birliğe dönüştürülecek, (D)’nin altına düşenlere ise eksikliklerini gidermek amacıyla bir yıldan az olmamak üzere süre verilecektir. Süre sonunda eksikliklerini gideremeyen (D) sınıfındaki Birlikler ile (E) sınıfına düşenlerin YK üyelerinin ve bazı pozisyonlarda bulunan personelin sözleşmeleri sona erdirilecek, bu görev ve yetkiler Birlik tekrar (C) ve üzeri puan alana kadar Bakanlığın görevlendirdiği personel tarafından yürütülecektir. Tasarıda performans denetiminin mekanizması açıkça belirtilmemiş olmakla birlikte, Sağlık Bakanlığınca idari ve teknik denetim, Maliye Bakanlığınca mali denetim, Sayıştay’ca dış denetim yapılacağı belirtilmektedir. Ayrıca “ihtiyaç duyulması halinde Bakanlıkça yetkilendirilen

bağımsız denetim kuruluşlarından denetim hizmeti satın alınabileceği”nin belirtilmesi, içeriği ve şekli belirli olmayan performans denetiminin bağımsız denetim kuruluşlarınca yapılacağı sinyali vermektedir.

Tasarı çoğunluğunun yönetim kademelerinde görevlendirileceği 6820 personelin (800 uzman ve 160 büro görevlisi dışında) sözleşmeli statüde çalışacağını belirtmektedir. Ancak bu hükmün Anayasa'nın 128. maddesine aykırılık taşıdığı iddia edilmektedir. Çünkü anılan madde kamu kurum ve kuruluşlarının yönetim kademelerinde bulunan personelin “kamu görevlisi” statüsünde bulunmasını gerektirmekte, yargı da bu hükmeye aykırılık taşıyan maddelerin iptali yönünde kararlar almaktadır. Halihazırda memur olanlardan Birliklerde istihdam edilmek isteyenlerin Emekli Sandığı hakları korunmak kaydıyla sözleşmeli statüde istihdam edilmesi söz konusu iken, yeni alınacak personel SSK Yasası'na tabi olarak sözleşmeli çalışacaktır. Personelin katkısıyla elde edilen Birlik gelirlerinin en fazla yüzde 40'ının personele ek ödeme olarak dağıtılabilmesinden söz edilmesi performans ödemesinin devreye girebileceğini bildirmektedir. Güvencesiz çalışmanın yanı sıra sözleşmeli personel, “belirli sürede bitirilmesi gereken işler söz konusu olduğunda”, fazla mesai yükümlülüğüne sahiptir ve bu fazla mesai karşılığında herhangi bir ek ücret alamayacaktır. Bu hükmün Anayasa'nın angaryayı yasaklayan hükümlerine aykırı olma olasılığı da yüksektir. Ayrıca istihdama ilişkin bu düzenlemeler “esnek istihdam” anlayışına uygun olarak gerçekleştirilmiştir (Ataay, 2007:7-9).

Tasarının en dikkat çeken hükümlerinden biri Birliklerin finansmanı için düzenli Hazine katkısının öngörülmesi yerine, devlet katkısını “gerekli görülen durumlarda” “yardım” şeklinde sınırlandırarak, “dışsal” ve “olağandışı” bir gelir olarak adlandırmasıdır. Nitekim Tasarı'ya göre Birliklerin gelirleri, hizmetler karşılığında GSS ve özel sigorta şirketlerinden alınacak ücretler ile hastalardan alınacak kişisel ödemelerden oluşacaktır. Tasarı Birlikleri kendi gelirleri ile ayakta kalması ve gelir-gider dengesini kurması gereken kurumlar olarak görmektedir. Böylece devletin temel görevleri arasında sayılan, genel idare esaslarına göre, kendi örgütleri ve personeli eliyle, genel bütçe ve sosyal sigorta primleri ile finanse edilerek sunulan sağlık hizmeti anlayışı, “yarı kamusal, yarı kar amaçlı” bir hizmet anlayışı ile yer değiştirmektedir.

1.4. Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü

Sağlık sistemimizde sağlık insangücü ile ilgili önemli sorunlar bulunmaktadır. Bunlardan ilki hekim dışı sağlık personeli sayısındaki büyük yetersizlik ve

sağlık personeli dağılımının bölgelere ve kırsal-kente göre önemli dengesizlikler içermesidir. 2007 yılı verilerine göre 10.000 nüfus başına düşen doktor sayısı Türkiye’de 14,9 iken AB ülkelerinde 31,8; hemşire sayısı ise sırasıyla 12,2 ve 67,9’dur (SB, 2007b:5). 2006 Aralık ayında uzman hekim başına düşen nüfus Türkiye genelinde 1.746 iken, Ankara’da 1.282, Ağrı’da ise 6.188’dir. Hemşire-ebe başına düşen nüfus ise Tunceli’de 277 iken Şırnak’ta 1.242’dir (SB, 2007a:218-220).

Sağlık personelinin iş güvencesi, ücretlendirilmesi ve diğer özlük hakları konusunda uçurumlar ortaya çıkmaya başlamıştır. 2003 yılında 4924 sayılı Yasa ile eleman temininde güçlük çekilen yerlerde sözleşmeli sağlık personeli çalıştırılması uygulamasının başlatılması ile kamu sağlık sektöründe iş güvencesi ortadan kalkmıştır¹⁸. Kısaca “çakılı kadro” olarak anılan Yasa, mecburi hizmet uygulamasına alternatif olarak çıkarılmıştır. Emsal sağlık personelinin daha yüksek ücretler alan sözleşmeli sağlık personeli ile başlangıçta Doğu ve Güneydoğu illeri için uygulanacağı açıklansa da ülke genelinde uygulanabilecek şekilde yasalaşan uygulama, ne yazık ki mecburi hizmet için alternatif olamamış, 2005 yılında mecburi hizmet tekrar geri gelmiş ve böylece sözleşmeli sağlık personeline kapı açan düzenleme de yürürlüğe girmiştir¹⁹ (Hamzaoğlu ve Yavuz, 2006:283-284).

Bu düzenleme ile daha önce destek hizmetlerde sözleşmeli olarak çalışan personelin yanı sıra tıbbi hizmetlerde çalışanlar da yaygın olarak sözleşmeli çalışmaya başlamıştır. 2006 yılında 247’si uzman hekim, 2080’i pratisyen hekim ve 13.524’ü diğer sağlık personeli olmak üzere toplam 15.851 sağlık personeli sözleşmeli olarak çalışmaktadır (SB, 2007a:217). Aile hekimlerinin de sözleşmeli kapsamda çalıştığı dikkate alındığında, 2.542 aile hekimi ile kamuda sözleşmeli statüde çalışan hekim sayısı yaklaşık 5.000’e ulaşmaktadır (TTB, 2007:46).

Ayrıca kamuda istihdam olanaklarının daralması sağlık personelinin özel sektörde sözleşmeli çalışmaya zorlamaktadır. 2007 yılında 50.732 uzman doktorun yalnızca yüzde 48’i, 29.923 pratisyen hekimin yüzde 88’i, 18.014 asistanın yüzde 42’si, 80.836 hemşirenin yüzde 75’i kamuda çalışmaktadır (SB, 2007b:4). Özel sektörde istihdamın artışı ile birlikte tam zamanlı iş yerine esnek çalışma formları ağırlık kazanmaya başlamıştır.

18 “Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” (24.7.2003 tarih ve 25178 sayılı R.G.).

19 5371 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun, Devlet Memurları Kanunu ve Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ile Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” (5.7.2005 tarih ve 25866 sayılı R.G.).

2003 yılında SSK hastalarının devlet hastanelerinden yararlanmaya başlaması, 2005 yılında SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devri ile hasta başvuru oranı hızla artan kamu hastanelerinin özellikle poliklinik hizmetlerinde çalışma saatleri uzamış ve düzensizleşmiş, öğle tatilleri kaldırılmış, hasta başına düşen süre 7 dakikaya indirilmiştir. Sağlık çalışanlarının artan iş yüküne tahammül edebilmesi için performans dayalı ücretlendirme uygulaması başlatılmıştır. Kabaca yaptığı işe göre ücret olarak tanımlanabilecek bu modelde sağlık çalışanlarına aldıkları puan oranında ücret vaad edilmiş, sağlık çalışanları birbiri ile rekabet eder hale gelmiş ve ekip anlayışı zedelenmiştir. Eğitim hastaneleri ile üniversite hastanelerinde eğitimler de olumsuz yönde etkilenmiş, bir yandan komplike vakalarla uğraşılmak istenmemiş öte yandan öğretim üyeleri poliklinik hizmeti bile vermeye başlamışlardır. Dahası gerek performans ödemelerinde gerekse yükselme olanaklarında yandaşlar kayırılmış yoğun bir kadrolaşma yaşanmıştır (TTB, 2007:48).

Öte yandan kamu sağlık çalışanlarının ücretleri 1980 yılından beri azalmakta olup, bu azalma 10-12 yıldır daha net bir politika haline gelmiştir. Örneğin 1990 yılında Ankara'da çalışan bir uzman hekim 879 dolar alırken, bu rakam 1994 krizinde 439 dolara düşmüş, 1998 yılında tekrar 788 dolara çıkan rakam 2001 krizi ile 541 dolara gerilemiştir. 2003 yılında tekrar 606 dolar olarak çıkan rakam 13 yılda 273 dolarlık bir gerileme göstermiştir (Soyer, 2007:85). Benzer bir süreç pratisyen hekimler, sağlık memuru ve hemşireler için de kısmen yaşanmış, dahası fazla mesailer adaletli olarak ücretlendirilmemiştir (Soyer, 2007:85-86). Ayrıca performansa dayalı ücretlendirme ücret farklılığını da önemli oranda artırmıştır.

2. Sağlık Politikalarındaki Neoliberal Dönüşümün Sonuçları Üzerine Değerlendirmeler

2.1. Sağlık Harcamalarının Hızlı Artışına Rağmen Sağlık Durumunda Beklenen İyileşmeler Gözlenememiş, Eşitsizlikler Derinleşmiştir.

Türkiye'de sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı hızla artıp 1992-2006 yılları arasında iki katına çıkmış ve OECD ortalamasına çok yaklaşmış olmasına rağmen (Tablo 1), sağlık sisteminden kaynaklanan sorunlar ile artan yoksulluk, işsizlik, gelir dağılımı bozukluğu gibi sosyo-ekonomik sorunlar nedeniyle bu artış sağlık göstergelerine beklendiği düzeyde yansımamıştır (Tablo 2).

Tablo 1: Türkiye’de ve OECD Ülkelerinde GSYİH İçinde Cari Sağlık Harcaması (% , 1992-2006)

Yıllar	1992 (1)	1993 (1)	1994 (1)	1995 (1)	1996 (1)	1997 (1)	1998 (1)	1999 (2)	2000 (2)	2001 (3)	2002 (3)	2003 (3)	2004 (3)	2005 (3)	2006 (3)
CSH/ GSYİH	3,8	3,7	3,6	3,3	3,7	4,1	4,8	6,4	6,6	7,5	7,4	7,6	7,7	7,6	7,5
OECD Ort. (4)	7,7	7,8	7,8	7,8	7,8	7,7	7,8	7,9	7,9	8,3	8,5	9,2	9,0*	-	-

Kaynak: (1) Tokat, 1998:62; 2001a:41; 2001b:45, (2) SB, 2004a:21-22, (3) SB, 2007a:189, (4) OECD, 2005.

*SB, 2007a:191.

Türkiye’de sağlık göstergeleri yıllar içinde iyileşme göstermesine rağmen OECD ve AB-15 ülkelerinin en kötüsüdür. 2003 yılında doğuştan beklenen ortalama ömür 68.7 yıl ile OECD ile AB-15 ülkeleri ortalamasının yaklaşık 10 yıl gerisinde iken, binde 29 olan bebek ve yüz binde 49.2 olan anne ölüm oranları yaklaşık 5 - 10 kat yüksektir (Tablo 2).

Tablo 2: Türkiye, OECD ve AB-15 Ülkelerinde Seçilmiş Sağlık Göstergeleri, 1980 - 2003.

Sağlık Göstergeleri	Türkiye (2)		OECD Ülk. Ort. (2)		AB-15 Ort. (1)	Fark		
	1980	2003	1980	2003	2003	OECD		AB-15
						1980	2003	2003
Doğuştan Beklen. Ort. Ömür (Yıl)	58.1	68.7	72.9	77.8	79.1	14.8	9.1	10.4
Bebek Ölüm Hızı (Binde)	117.5	29.0*	17.9	6.1	4.46	6.6	4.7	6.5
Anne Ölüm Hızı (Yüz binde)	132 (1981)	49.2** (1997)	15.7	10.4 (1997)	5.17	8.4	4.7	9.5

Kaynak: (1)WHO, 2006; (2) OECD, 2005.

* WHO verilerine göre 33.0’dur.

** WHO verilerine göre 130 (1998)’dur.

Öte yandan insani gelişme endeksi de Türkiye'nin 1980'den sonra gelişme düzeyinde gerileme olduğunu ortaya koymaktadır (Tablo 3). Türkiye 2004 yılında 177 ülke arasında 92. sırada yer almaktadır.

Tablo 3: Türkiye'nin İnsani Gelişim Endeksi, 1980-2004.

	1980	1985	1990	1995	2001	2002	2003	2004
Türkiye Puanı	0.610	0.646	0.678	0.709	0.734	0.751	0.750	0.757
Seviyesi	Orta	Orta	Orta	Orta	Orta	Orta	Orta	Orta
Türkiye Sıralaması	64	68	79	75	96	88	94	92
Ülke Sayısı	113	121	136	145	175	177	177	177
Ülke sayısına göre %	56.6	56.2	58.1	51.7	54.9	49.7	53.1	52.0

Kaynak: TTB, 2007:10.

Ayrıca GSYİH'ya göre beklenen performans hesaplandığında, Türkiye'nin 22 sıra daha yukarıda (70. sırada) olması gerekmektedir. Bu nedenle Türkiye'de sağlık durumu benzer gelir düzeyine sahip (orta gelirli) ülkelerin çoğunun gerisindedir (WB, 2006; UNDP, 2006).

Sağlık göstergelerinde yıllar içerisindeki olumlu gelişmelere rağmen, gelir grupları, bölgeler, kır-kent arasında önemli farklılıklar söz konusudur. 1998 yılında binde 48.4 olan bebek ölüm hızı en düşük birinci gelir grubunda binde 68.3'e yükselmekte, en yüksek beşinci gelir grubunda ise binde 29.8'e düşmektedir. Aynı yıl binde 42.2 olan kentteki bebek ölüm hızı, kırdaki 58.6'ya çıkmaktadır (WB, 2006:283). Daha da üzücü olan aradaki farkın açılıyor olmasıdır. 1978 yılında 1.2 olan kır/kent farkı, 1998 yılında 1.38'e, 2003 yılında ise 1.69'a çıkmıştır. Benzer bir şekilde 1978 yılında Batı'daki bir bebek ölümüne karşın Doğu'da 1.4 bebek ölürken, 2003 yılında 1.9 bebek ölmüştür. 2003 yılında batıda binde 22 olan bebek ölüm hızı, güneyde 29, Orta Anadolu'da 21, kuzeyde 34, doğuda ise 41'e ulaşmaktadır (Hamzaoğlu ve Özcan, 2005:45; Hamzaoğlu ve Yavuz, 2006:287).

Bir diğer toplumsal sağlık göstergesi olarak 0-5 yaş arası çocuklarda yaşa göre boy açısından beslenme bozukluğuna bakıldığında, 1993 yılında yüz çocukta 18.9'unda beslenme bozukluğu varken 2003 yılında bu oran 12.2'ye gerilemiştir. Ancak, 1993 yılında kentteki beslenme bozukluğu olan bir çocuğa karşılık kırda 1.7 çocuk varken, 2003 yılında bu oran 2.0'ye yükselmiştir. Bölgelere göre bakıldığında, 1993 yılında Batı'daki her bir beslenme bozukluğu olan çocuğa karşılık Doğu'da 3.3 çocuk varken, 2003 yılında bu oran 4.1'e yükselmiştir (Hamzaoğlu ve Yavuz, 2006:288).

Tablo 4: Türkiye ile benzer gelir düzeyine sahip ülkelerde insani gelişme endeksi, kişi başına GSYİH, doğumda beklenen yaşam ümidi ve bebek ölüm hızı değerleri (HDR, 2006).

Ülke	İnsani Gelişme Endeksi Sırası	Kişi Başına GSYİH (SAGP)	Doğumda Beklenen Yaşam Ümidi (Yıl)	Bebek Ölüm Hızı (Binde)
Bulgaristan	54	8 078	72,1	12
Panama	58	7 278	74,7	19
Romanya	60	8 480	71,3	17
Bosna-Hersek	62	7 032	74,1	13
Libya	64	7 570	73,4	18
Makedonya	66	6 610	73,7	13
Kolombiya	70	7 256	72,2	18
Venezüella	72	6 043	72,8	16
Arnavutluk	73	4 978	73,7	17
Lübnan	78	5 837	71,9	27
Çin	81	5 896	71,5	26
Ekvator	83	3 963	74,2	23
Filipinler	84	4 614	70,2	26
Ürdün	86	4 688	71,2	23
Tunus	87	7 768	73,1	21
Türkiye	92	7 753	68,6	28
İran	96	7 525	70,2	32
Suriye	107	3 610	73,2	15

Kaynak: TTB, 2007:11.

Kadın sağlığı açısından bakıldığında, 2003 yılında kırdan kente kıyasla 3.3 kat fazla sağlık personeli olmadan yapılan doğum söz konusudur. Doğu'da Batı'ya kıyasla kadınlar 8.7 kat fazla sağlık personeli olmadan doğum yaparken, Kuzey-Batı farkı 2.8 kat, Güney-Batı farkı 2.5 kat olarak hesaplanmıştır (TTB, 2007:16). 2006 yılı rakamlarına baktığımızda, Doğu Anadolu Bölgesi'ndeki rakam Türkiye genelinden 3.6 kat daha fazla iken, en düşük rakama sahip Marmara Bölgesi ile en yüksek rakama sahip Doğu Anadolu Bölgesi arasındaki fark 27.7 kattır (SB, 2007c:43).

Türkiye'de sağlık göstergeleri DSÖ tarafından da "kötü" olarak nitelendirilmekte ve bu durum adaletsiz gelir dağılımına, hızlı kentleşmeye ve sağlık sistemindeki yetersizliklere bağlanmaktadır (WHO, 2004:1).

Türkiye’de ölüm nedenleri de orta gelirli ülkelerle değil, daha düşük gelir grubundaki ülkelerle benzerlik göstermektedir (Pala, 2007:65). Beş yaşın altındaki çocukların temel ölüm nedeni enfeksiyon hastalıklarıdır. 25-44 yaş arasındaki yetişkinlerin temel ölüm nedeni kalp hastalıkları ve kazalar iken, 45-64 yaş arasındaki yetişkinlerin kalp hastalıkları ve sigaraya bağlı solunum rahatsızlıklarıdır (WHO, 2004:1).

Araştırmalar, Türkiye’de bölgeler arasındaki eşitsizlikler giderildiğinde bebek ölümlerinin yüzde 23’ünün, postneonatal bebek ölümlerinin yüzde 56’sının, çocuk ishallerinin yüzde 27’sinin, beslenme bozukluklarının yüzde 38’inin, sağlık kuruluşu dışında yapılan doğumların yüzde 51’inin, doğum öncesi bakım alamamanın yüzde 56’sının, gebeliğe karşı yöntem kullanmamanın yüzde 51’inin ve tam aşılamanın yüzde 8’inin engellenebileceğini göstermektedir (Belek ve Hamzaoğlu, 2000:265).

2.2. Koruyucu Hizmetlerin Yetersizliği Nedeniyle Bazı Bulaşıcı Hastalıkların Görülme Sıklığı Artmıştır.

Türkiye’de koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulmasından sorumlu tek kurum Sağlık Bakanlığı’dır ve Bakanlığın bu görevini Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü yürütmektedir. Türkiye temel sağlık hizmetlerine yeterince kaynak ayırmayarak, sağlık ocaklarını etkili ve verimli çalıştırmayarak, tedavi hizmetlerine ağırlık veren bir sistemi tercih ederek koruyucu hizmetlere gereken önemi vermemektedir. Bu nedenle bir yandan Sağlık Bakanlığı bütçesinden Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ne ayrılan pay azalmakta, öte yandan doktorsuz, ebesiz, hemşiresiz, malzemesiz sağlık ocağı sayısı azımsanmayacak boyutlara ulaşmaktadır. 2002 yılında Sağlık Bakanlığı bütçesinden Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ne ayrılan pay yüzde 31,17 iken, bu oran 2006 yılında yüzde 24,34’e düşmüştür. Bu miktarın yüzde 79’u da personel giderleri için harcanmaktadır (SB, 2007c:33). 2002 yılında toplam sağlık ocaklarının yüzde 13’ünde doktor, yüzde 75’inde ebe bulunmamaktadır (SB, 2003b).

2000-2004 yılları arasında Brusella, şark çıbanı ve ısırıklar gibi zoonotik hastalıklarda belirgin bir artış gözlenmiştir. Ayrıca koruyucu hizmet yetersizliğe bağlı olarak “Kırım Kongo kanamalı ateşi” önemli bir sorun haline gelmiştir. Su ve gıda ile bulaşan özellikle ishalleri hastalıkların görülme sıklığı hala yüksektir. Sadece sağlık ocağı polikliniklerine başvuran ishalleri olgu sayısı 2002 yılında 869.700 iken 2005 yılında 1.413.333’e çıkmış, yani yüzde 62,5’lik bir artış göstermiştir. Tifo ve Amipli Dizanteri İç Anadolu ve Marmara’da dikkati çeken artışlar söz konusudur. Hepatit A, Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerindeki artışını sürdürmektedir.

Bu rakamlara rağmen su kaynaklı bulaşıcı hastalıklar için yürütülen mücadele oldukça yetersizdir. Su kirliliği konusundaki sorunlar devam etmekte olup, ülke genelinde alınan 5 numuneden biri, Güneydoğu ve Karadeniz Bölgesi'nde 3 numuneden biri "sağlığa uygun değil" raporu almasına rağmen, sağlık ocakları tarafından yapılan suyun bakteriyolojik incelenmesi 2002 yılında 40.320'den 2004 yılında 34.312'ye gerilemiştir.

Aşıyla korunabilir hastalıklar açısından boğmaca ve kızamıkta azalma gözlenmesine rağmen, Hepatit B'de belirgin bir artış söz konusudur. 2000-2004 yılları arasında hastalığın görülme hızı yüzde 66.6 oranında artmasına rağmen, Karadeniz (yüzde 225.6), Güneydoğu Anadolu (yüzde 170), İç Anadolu (yüzde 119.9) ve Marmara (yüzde 119.8) bölgelerinde artışlar çok daha fazladır.

Türkiye'de sayısı tam olarak bilinmeyen tüberküloz WHO 2004 verilerine göre yüz binde 55 olarak bildirilmektedir. İstanbul'daki tüberkülozlu sayısı ülke ortalamasının iki katından fazladır. 2006 yılında 2004 yılına oranla yüzde 36 oranında artış gösteren tüberkülozun nedenleri; yoksulluk, marjinal yaşam biçimleri, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yetersizliği ve göç olarak belirtilmektedir. Buna rağmen, 2000 yılında 24 olan göğüs hastalıkları hastane sayısı 2005 yılında 22'ye gerilemiş, yatak sayısı da 6.335'ten 4.760'a düşmüştür. Çünkü veremi saptamak, tedavi etmek, izlemek ve hastanede kontrol altında tutmak "performans" değeri olmayan işlemlerden sayılmaktadır (TTB, 2007:60).

2.3. Sağlık Finansmanında ve Hizmet Sunumunda Eşitsizlikler Sürmekte, Hatta Bazı Durumlarda Artışlar Gözlenmektedir

2.3.1. Finansmanda Eşitsizlikler

Ülkemizde tüm nüfusa sağlanamayan sağlık güvencesi kapsamı kırsal kente, gelir gruplarına ve bölgelere göre de farklılaşmaktadır. Kırsal nüfusun yüzde 45,4'ünün sağlık sigortası yokken, kentsel nüfusun yüzde 29,9'unun sağlık sigortası bulunmamaktadır (SB, 2004b:7). Orta Anadolu ve Karadeniz Bölgesi dışında sağlık hizmetleri talebi genellikle kırsal bölgelerde daha düşüktür (WB, 2003:9). Bu durum kırsal bölgedeki düşük sağlık durumunu açıklamaktadır (Boratav, 2004:73). Düşük gelirliler daha büyük oranda kapsam dışında kalmaktadır. Birinci gelir diliminde yer alanların yüzde 55,2'si, beşinci gelir diliminde yer alanların yüzde 15,5'i sigorta kapsamı dışındadır (SB, 2004b:2, 6). Orta Anadolu Bölgesi'nde nüfusun yüzde 28,7'si sosyal sigorta kapsamı dışındayken, Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri'nin yüzde 47,5'i sigorta kapsamı dışındadır (SB, 2004b:7). Bu durum, düşük gelirliler ile Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerindeki düşük sağlık durumunun önemli nedenlerinden biridir.

Türkiye’de sağlık hizmetleri finansmanı ve harcamaların dağılımına bakıldığında son yıllarda döner sermaye gelirlerinin hızla arttığı görülmektedir. 1961 yılında 206 sayılı Yasa ile gündeme getirilen “döner sermaye uygulaması” 1975, 1983 ve 2001 yıllarında yapılan önemli değişiklikler ile Sağlık Bakanlığı’na bağlı hemen her birime yaygınlaştırılmış, bu durum Sağlık Bakanlığı gelirleri içerisinde döner sermaye gelirlerinin giderek daha büyük bir yer kaplamasına neden olmuştur. 1993 yılında SB gelirlerinin yalnızca yüzde 13,7’sini oluşturan döner sermaye gelirleri 2004 yılında yüzde 100,8’e kadar yükselerek SB bütçesini aşmıştır. 2004 yılında performansa dayalı döner sermaye prim ödemesi uygulamasına geçilmesinin ardından döner sermaye gelirleri de katlanarak artmaya başlamıştır. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü verilerine göre, 2002 yılında 890 milyar lira olan İstanbul’daki hastanelerin toplam döner sermaye geliri 2003 yılında 10 trilyon 800 milyar liraya çıkmışken, 2004 yılının yalnızca ilk 9 ayında 50 trilyon liraya ulaşmıştır. Döner sermaye uygulaması, büyük çoğunluğu sosyal güvenlik kuruluşlarından gelen paranın özgürce harcanmasına imkan vermekte ve kaynakların özel sektöre aktarılmasını sağlayarak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine hizmet etmektedir. Hastanelerde yemek ve temizlik gibi hizmetlerin taşeron şirketlere verilmesine imkan sağlayan döner sermaye gelirleri, tıbbi hizmetlerin taşeronlaştırılması için de rahatça kullanılabilir bir kaynaktır. Nitekim bu girişim de çok gecikmemiş, Denizli Devlet Hastanesi’nde çalıştırılmak üzere ilan edilen hekim ihalesi TTB’nin başvurusu üzerine Danıştay tarafından iptal edilmiştir (Pala, 2005:72; Pala, 2007:66-67).

Toplam sağlık harcamalarının finansman kaynakları incelendiğinde kamu kaynaklarında (vergi+fön) azalma, yarı kamusal bir kaynak olarak nitelendirilen sosyal sigortacılıkla finansmanda artış gözlenmektedir (Tablo 5).

Tablo 5: Türkiye’de Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynakları (% , 1992-2006)

Finansman Kaynağı	1992 (1)	1993 (1)	1994 (1)	1995 (1)	1996 (1)	1997 (1)	1998 (1)	1999 (2)	2000 (2)	2001 (3)	2002 (3)	2003 (3)	2004 (3)	2005 (3)	2006 (3)
Vergi + Fön	46	47	46	43	43	43	40	27	26	34	33	33	33	34	31
Sigorta Prim.	23	22	24	27	25	28	31	33	36	35	37	39	40	38	41
Cepten Öd.	31	31	30	30	32	29	28	30	29	23	21	20	19	20	19
Diğer özel	...	...	...	...	...	...	...	10	9	9	9	9	9	9	9
Toplam	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Kaynak: (1) Tokat, 1998:72; 2001a:43; 2001b:47, (2) SB, 2004a:21-22, (3) SB, 2007a:188.

2.3.2. Hizmet Sunumunda Eşitsizlikler

9. BYKP'na göre Türkiye'de sağlık hizmetleri sunumunun bölgesel ve kır/kent düzeyindeki dengesizliği devam etmektedir. Türkiye'de hastane ve hasta yatağı sayısı sürekli bir artış içindedir. 1980 yılında 827 olan hastane sayısı 2006 yılında 1205'e çıkmış, yatak sayısı da 98.758'den 196.667'a ulaşmıştır. Türkiye'de 2006 yılında on bin kişiye 27 hastane yatağı düşmektedir (SB, 2006). Ancak hastane yataklarının ülke içindeki dağılımı oldukça bozuk olup on bin kişide 3-60 arasında değişmektedir (WHO, 2004:5). Öte yandan sosyo-ekonomik gelişmişlik seviyesi en düşük on ilde yatak başına düşen nüfus sayısı en yüksek 10 ildekinin 2,5 katıdır (DPT, 2006:41).

Türkiye'de 2006 yılında 50.063'ü uzman, 47.733'ü pratisyen olmak üzere toplam 97.769 hekim, 4.069 diş hekimi, 1.133 eczacı, 43.721 sağlık memuru, 80.068 hemşire ve 42.205 ebe bulunmaktadır. Personel başına düşen nüfus açısından en iyi en kötü durumdaki iller kıyaslandığında, 2006 yılında uzman hekim farkının 4,8 kat, pratisyen hekim farkının 2,6 kat, hemşire ve ebe farkının 4,5 kat olduğu görülmektedir(SB, 2007a:216-217).

2000 yılında 11.461 olan sağlık ocağı başına düşen nüfus 2005 yılında 11.618 olmuş, 2006 yılında gerileme göstermiştir. Benzer bir şekilde sağlık ocaklarında hekim başına düşen nüfus 2000 yılında 4.435 iken, 2005 yılında 5.115'e yükselmiş, 2006 yılında gerileme göstermiştir (TTB, 2007).

Sağlık ocağı personelinin kent/kır dağılımına bakıldığında, 2002 yılında 2.27 kat olan doktorların kent/kır dağılımı 2006 yılında 3.25 kata, 1.49 olan sağlık memurları kent/kır dağılımının 1.73 kata, 2.65 kat olan hemşirelerin dağılımının ise 2.96 kata çıktığı görülmektedir. Toplam sağlık ocaklarının yalnızca %43'ünün kentlerde bulunduğu göz önünde bulundurulduğunda dağılımdaki eşitsizlik oranlarının daha da yüksek olması beklenmektedir (SB, 2007c:34-38).

Tablo 6 sağlık ocaklarında yapılan poliklinik, laboratuvar, doğum ve izlem hizmetleri ile ilgili bazı göstergelerin bölgelere göre dağılımını göstermekte olup, anılan hizmetler açısından bölgesel eşitsizlikleri açıkça ortaya koymaktadır.

Türkiye'de bir milyon kişiye düşen bilgisayarlı tomografi sayısı 7,3 ile İngiltere (7), Polonya (6,3), İzlanda (1,71) ve Macaristan (6,8)'den yüksektir. Benzer bir şekilde bir milyon kişiye düşen manyetik rezonans görüntüleme cihazı sayısı 3 ile Slovakya (2), Polonya (1), Macaristan (2,6), Yunanistan (2,3) ve Çek Cumhuriyeti (2,8)'den fazladır. Bölgelere göre bir milyon kişiye düşen bilgisayarlı tomografi

ve manyetik rezonans görüntüleme cihazı sayısı kıyaslandığında, en yüksek sayı ile en düşük sayı arasındaki fark sırasıyla 7.51 ve 2.39 kattır (SB, 2007a:174-175).

Tablo 6: Sağlık Ocaklarında Yapılan Poliklinik, Laboratuvar, Doğum ve İzlem Hizmetleri ile İlgili Bazı Göstergelerin Bölgelere Göre Dağılımı, Türkiye, 2006.

Bölgeler	Kişi başına ort. poliklinik sayısı	Poliklinik başına ort. Lab. Sayısı	Sevki Hızı (%)	Bebek (0-11 ay) başına ort. izlem say	Çocuk (1-6yaş) başına ort. izlem s.	Gebe başına ort. izlem sayısı	Lohusa başına ort. izlem sayısı	Sağ.Per. Yardımı Olmadan Yapılan Doğum (%)
Marmara	1.75	0.11	5.11	3.94	0.71	1.61	0.57	0.53
Ege	2.37	0.25	5.67	8.28	1.39	5.07	1.85	0.98
Akdeniz	2.04	0.16	5.58	6.38	1.42	3.45	1.30	2.31
İç Anadolu	1.84	0.24	7.07	6.11	1.33	3.15	1.09	1.54
Karadeniz	2.11	0.23	7.54	5.98	1.48	3.11	1.14	1.66
Doğu Anadolu	1.21	0.19	12.43	4.14	1.88	2.25	0.77	14.67
G. Doğu Ana	1.29	0.14	6.24	3.12	0.93	1.47	0.65	12.18
Türkiye	1.84	0.19	6.38	5.17	1.20	2.66	0.98	4.06

Kaynak: SB, 2007c:43.

Sonuç olarak 1980 yılından itibaren iktidara gelen bütün hükümetler, sağlığı sosyal devlet anlayışı çerçevesinde bir hak olarak görmekten ve devletin bu hakkı yerine getirmek üzere ödevlere sahip olduğu anlayışından uzak olmuşlar ve sağlık sektörünü neoliberal politikalarla yeniden düzenlemek istemişlerdir. Bu bağlamda 2002 yılına kadar çok önemli adımlar atılmış olsa da arzulanan dönüşümün en önemli mimarları AKP Hükümetleri olmuştur. Bu dönüşümde, IMF ve WB gibi uluslararası kuruluşların yanı sıra TÜSİAD gibi ulusal kuruluşların da katkısı büyüktür. Ancak henüz tam olarak uygulamaya konulmamış olan bu neoliberal politikalar bile, sağlık harcamalarındaki artışa rağmen sağlık durumunda gerekli iyileşmelerin gerçekleşmemesi ve bu alanda eşitsizliklerin derinleşmesine yol açmış, koruyucu hizmetlerin yetersizliği nedeniyle bazı bulaşıcı hastalıkların

görülme sıklığını arttırmış ve finansman ile hizmet sunumunda eşitsizliklerin sürmesine hatta bazı durumlarda artmasına neden olmuştur. Bu nedenle sağlık durumunu iyileştirmek ve sağlık sistemini eşitlikçi, adaletli, verimli ve sürdürülebilir bir yapıya büründürmek amacıyla yeniden kamuya dayalı bir sağlık sistemi kurulması acil bir görev olarak karşımızda durmaktadır.

Kaynakça:

Adalet ve Kalkınma Partisi, (2007), Parti Programı, (<http://www.akparti.org.tr/program.asp?dizin=0&hangisi=0>, erişim tarihi 4 Haziran 2008).

Ataay, Faruk (2007), Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme, Ankara:Türk Tabipleri Birliği.

Başbakanlık (2005), Sosyal Güvenlik Reformu: Sorunlar ve Çözüm Önerileri, Nisan, Ankara.

Bağımsız Sosyal Bilimciler (2007), IMF Gözetiminde On Uzun Yıl 1998-2008: Farklı Hükümetler Tek Siyaset, İstanbul:Yordam Kitap.

Belek, İlker ve Hamzaoğlu, Onur (2000), "Son Yirmi Yılda Sağlıkta Değişim", Toplum ve Hekim, 15(4), 265-277.

Boratav, Korkut (2004), İstanbul ve Anadolu'dan Sınıf Profilleri, (2.Baskı), Ankara:İmge Kitabevi.

Boratav, Korkut (2006), Türkiye İktisat Tarihi: 1908-2005, (Gözden geçirilmiş 10.Baskı), Ankara:İmge Kitabevi.

Busse, Reinhard (2000), Health Care Systems in Transition: Germany, Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

Devlet Planlama Teşkilatı (1984), Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı: 1985-1989, Yayın No: DPT 1974.

Devlet Planlama Teşkilatı (1995), Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı: 1996-2000, Karar No: 374.

Devlet Planlama Teşkilatı (2006), Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı: 2007-2013.

Exter, Andre den ve diğerleri (2004), Health Care Systems in Transition: Netherlands, Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

Fişek, Gürhan; Özşuca, Şerife Türcan ve Şuğle, Mehmet Ali (1998), Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi 1946-1996, SSK - Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı.

Güler, Birgül Ayman (2005), Yeni Sağlık ve Devletin Değişimi: Yapısal Uyarılama Politikaları 1980-1995, (2. Baskı), Ankara: İmge Kitabevi.

Hamzaoğlu, Onur ve Özcan, Umut (2005), Türkiye Sağlık İstatistikleri 2006, Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

Hamzaoğlu, Onur ve Yavuz, Cavit Işık (2006), "Sağlıkta AKP'li Dönemin Bilançosu Üzerine", Mülkiye, XXX (252), 275-296.

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (2007), Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Görüş ve Öneriler Raporu.

- Kerman, Uysal (2004), Sosyal Devletin Tasfiyesi ve Sağlık, Ankara Tabip Odası.
- OECD (2005), Health Data Base, Electronic Versiyonu.
- Pala, Kayıhan (2003), "Dünya Bankası'nın Türkiye İçin Sağlık Politikası ve Genel Sağlık Sigortası", Toplum ve Hekim, 18(2), 115-119.
- Pala, Kayıhan (2005), "Sağlık Hizmetlerinde Döner Sermaye Uygulaması", Toplum ve Hekim, 20(1), 72-74.
- Pala, Kayıhan (2007), "Türkiye Sağlık Sistemi Nereye Gidiyor?", Toplum ve Hekim, 22(1-2), 62-69.
- Sağlık Bakanlığı (2003a), Sağlıkta Dönüşüm Programı, (<http://www.sabem.saglik.gov.tr>, erişim tarihi Şubat 2008).
- Sağlık Bakanlığı (2003b), Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2002, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2004a), OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000, Kartal, Mehtap ve Mollahaliloğlu, Salih (ed), Ankara: Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Merkezi Müdürlüğü.
- Sağlık Bakanlığı (2004b), Türkiye Ulusal Hanehalkı Sağlık Harcamaları Araştırması 2002-2003, Ankara: Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü ve Sağlıkta Umut Vakfı.
- Sağlık Bakanlığı (2006), Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hanehalkı Sağlık Harcamaları 2002-2003, Ankara: Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü.
- Sağlık Bakanlığı (2007a), Türkiye'de Sağlığa Bakış, Ankara: Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Merkezi Müdürlüğü.
- Sağlık Bakanlığı (2007b), Sağlıkta İnsan Kaynakları Mevcut Durum Analizi, Ankara: Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Merkezi Müdürlüğü.
- Sağlık Bakanlığı (2007c), Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2006, Ankara.
- Soyer, Ata (2003), "1980'den Günümüze Sağlık Politikaları", Praksis, 9, Kış-Bahar.
- Soyer, Ata (2007), AKP'nin Sağlık Raporu, İstanbul: Evrensel Basım Yayın.
- Tatar, Mehtap; Özgen, Hacer; Şahin, Bayram ve diğ. (2003), Formal and Informal Household Spending on Health: A Case Study From Turkey, MEMIO, Harvard School of Public Health and Hacettepe School of Health Administration.
- Tokat, Mehmet (1998), Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996, Ankara: Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü.
- Tokat, Mehmet (2001a), Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1997, Ankara: Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü.
- Tokat, Mehmet (2001b), Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998, Ankara: Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü.
- Türk Tabipleri Birliği, (2007), Sağlıkta Piyasacı Tahribatın Son Halkası: AKP, Ankara.
- TÜSİAD (2004), Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri, Yayın No.TÜSİAD-T/2004-09/380.
- Unger, Jean-Pierre ve diğerleri, (2008), "Chile's Neoliberal Health Reform: An Assessment and Critique", PLOS Medicine, 5(4):1-6 (<http://www.healthp.org/node/263>, erişim tarihi 27 Haziran 2008).