

**SAĞLIKTA ÖZELLEŞTİRMEYİ YENİDEN DÜŐÜNMEK:
KAMU SAĞLIK UYGULAMALARININ ÖZELLEŞTİRİLMESİ VE
AVRUPA BİRLİĞİ ÜLKE DENEYİMLERİ**

Arş. Gör. İzzet AYDEMİR¹

Arş. Gör. Burhan ÇETİN²

ÖZET

Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ve piyasa dinamiklerine terk edilmesi, kamusal bir istek olmanın ötesinde etki faktörleri geniş olan bir süreçtir. Sağlıkın özelleştirilmesi eğilimlerinde Avrupa ülkelerinde yaşanan çeşitli mevzuatlar, iç dinamikler ve küreselleşmeyle birlikte yaşanan değişimler etkili olmuştur. Sağlık hizmetlerinin sunumunda, finansmanında ve örgütlenmesinde özelleştirmenin etkin sonuçları yaşanmıştır. Buna rağmen sağlığın kamusal karakter taşıması ve karşılanmasının bir hak olması gerçeği sağlığın özelleştirilmesine çeşitli eleştiriler getirmiştir. Bu kapsamda çalışmada, AB ülkelerinde sağlıkta yaşanan piyasalaşma, bu süreci hazırlayan faktörler ve uygulamalara yansıyan eleştirilere kapsamlı bir şekilde yer verilmiştir. Bu çalışma, sağlık sistemlerinde yaşanan özelleştirme uygulamalarını yeniden düşünme fırsatını sağlamaktadır.

Anahtar Sözcükler: Avrupa Birliği Ülkeleri, Kamusal Karakter, Özelleştirme, Sağlık Hizmetleri.

**RETHINKING PRIVATIZATION IN HEALTHCARE: PRIVATIZATION OF
PUBLIC HEALTH PRACTICES AND EUROPEAN UNION COUNTRY
EXPERIENCES**

ABSTRACT

The privatization of health services and handled as market dynamics is a process that has a wide range of impact factors beyond merely being a public desire. Not only has various legislative, internal dynamics but also the changes experienced with globalization been effective over tendency in health privatization. Privatization has been effective in the provision of services, financing and organization structure. However, the fact that health possess a public character and is a right to meet has brought various criticisms to the privatization of it. In this context, a comprehensive overview of the marketization in the EU countries, the factors that prepared this process and the criticisms reflected in the practices included in the study. Finally, this study provides an opportunity to rethink privatization practices in health systems.

Keywords: European Union Countries, Public Character, Privatization, Health Services.

¹ Bingöl Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, izzetaydemir1982@gmail.com, ORCID: 0000-0003-4222-2659

² Bingöl Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, bctin@bingol.edu.tr, ORCID: 0000-0003-3892-3129

GİRİŞ

Son yıllarda dünyada yaşanan gelişmeler her alanda olduğu gibi sağlık sisteminde de birtakım değişimleri meydana getirmiştir. Lee (2000) yaşanan bu değişimlerin, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasına neden olan faktörleri ön plana çıkararak bu faktörlerin sağlık hizmetlerinde özelleştirmeyi tetiklediğini vurgulamıştır. Özellikle sağlık harcamalarında yaşanan maliyet baskısı Avrupa Birliği (AB) ülkelerinde sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, sunumu ve finansmanında yeniden yapılandırmanın temel belirleyicisi olmuştur. Teknolojik gelişmeler, pahalı ekipman ve ilaç kullanımının artması, yeni beceri ve niteliklere duyulan ihtiyaçlar ve hasta hakları konusunda farkındalığın giderek artması son çeyrek yüzyılda AB ülkelerinde görülen sağlık harcamaları artışı üzerinde belirgin rol oynamıştır. Bu doğrultuda maliyet kontrol önlemleri ve sağlık hizmetlerini daha verimli bir şekilde yönetecek yeni yönetim araçlarının uygulanması arz cephesinde değişimlerin yaşanmasına neden olmuştur (Andre ve Hermann, 2009: 131).

Sağlık harcamalarında gözlenen maliyet baskısına etki eden faktörler arasında arz kaynaklarının yanı sıra talep kanadında yaşanan gelişmeler ve değişimler de söz konusudur (Andre ve Hermann, 2009: 131). Demografik değişimler, sağlık okur-yazarlığının artması ve hastaların giderek pozitif sağlık davranışlarında bulunmaları talep yönlü yaşanan temel gelişmeler olarak sıralanabilir. Fakat talep cephesinde yaşanan değişimlere ek olarak sigorta kapsamındaki nüfus ve sunulan hizmetlerin genişlemesi, kamu sağlık hizmetlerinin sunumunda var olan uzun tedavi ve randevu bekleme sürelerine hastaların olumsuz bakışı ile hastaların yeni bakım yöntemleri hakkındaki bilgilerinin artışı gibi olgular sağlık hizmetleri talebinde bir artışı da beraberinde getirmiştir (Dünya Sağlık Örgütü, 2002). Diğer taraftan ilaç ve medikal firmaların sağlık piyasasındaki gücü de harcamalarda yaşanan bu artışa katalizör etki etmiştir (Andre ve Hermann, 2009: 131). Yukarıda belirtilen gelişmeler özellikle hizmet sunumunda önemli mali kısıtlamaları beraberinde getirerek birçok devletin ve hükümetlerin kamu sağlığı harcamalarını kontrol etme konusunda yeni önlemler geliştirmelerine neden olmuştur (Andre ve Hermann, 2009: 132; Földes, 2016: 299).

AB ülkelerinde sağlık sisteminin ve bu sistem içerisinde öngörülen hizmetlerin ve faaliyetlerin yeniden yapılandırılmasına neden olan en önemli faktör *küreselleşme* olarak öne çıkmaktadır. Dolayısıyla özelleştirme açısından küreselleşme kavramını sınırlı da olsa açıklamakta fayda vardır. Küreselleşme kavramı “tek bir dünya ekonomisi” konseptini yaratarak (Lee, 2000) yerel anlayışın yok olmasına ve aynı yörüngede dönen bir dünya kültürünün yaratılmasına neden olmuştur. Siyasi ve coğrafi sınırlarda bilgi, mal, sermaye ve insanların akışını ifade eden küreselleşme kavramı dünyada yeni ve benzersiz modern bir güç olarak tanımlanmaktadır (Daulaire, 1999: 23). Küreselleşme sonucu ülkelerin benzeşmesi ve bağımlılaşması sağlık alanında da reform ve değişim yapma gereğini doğurmuştur. İktisat bilimi ve girişimci bakış açısıyla serbest piyasa mekanizmasının tüm dünya ülkelerinde işler hale gelmesi ve sermaye birikiminde sürekliliğin sağlanması arzusu olarak tanımlanan küreselleşme, AB ülkelerinde sağlık alanında piyasalaşma alanını doğurmuştur (Ertaş ve Kıracı, 2017: 29).

AB müktesebatı kapsamında hizmetlerin, malların, sermayenin ve insanların hiçbir politik ve ekonomik sınır tanımaksızın dolaşması ve yayılması Daulaire'e (1999) göre küreselleşmenin Avrupa'da yayılmasına ve yaygınlaşmasına öncülük etmiştir. Küreselleşme, sağlık hizmetlerinin farklı biçimlerde işlem görmesine neden olarak hizmetin metalaşmasına farklı şekillerde yol açmıştır. Woodward ve DSÖ'de çalışan meslektaşları (2001: 876) küreselleşmenin sağlık üzerinde üçü doğrudan ve ikisi de dolaylı olan beş temel etkisini içeren bir model üzerine odaklanmışlardır. Direkt etkiler; sağlık sistemleri, sağlık politikaları ve enfeksiyon hastalıkları ve sigara pazarı gibi bazı zararlı durumlara maruz kalmayı içermektedir. Dolaylı etkiler ise; ulusal ekonominin sağlık sektörü üzerindeki (örneğin, ticaretin liberalleşmemesinin ve kamusal sağlık kaynaklarının mevcudiyeti ve girdi maliyetleri üzerinde finansal akışların etkileri) ve toplumsal riskler (özellikle beslenme ve hane halkı üzerindeki etkilerden kaynaklanan yaşam koşulları) etkileri içermektedir.

Küreselleşme ile birlikte sağlık hizmetleri sınırların ötesine taşınmıştır. Özellikle tele-diagnostik ve tele-radyoloji benzeri geleneksel ve elektronik kanallarla tıbbi konsültasyon gibi bir dizi tele-tıp araçlarının yaygınlaşmasına neden olmuştur. Örneğin, ABD'deki hastaneler tarafından Orta Amerika ve Doğu Akdeniz'deki hastanelere tele-tanı, gözetim ve konsültasyon hizmetleri verilmektedir. Hintli hekimler Bangladeş ve Nepal'deki hastanelere tele-patoloji hizmetlerini sağlamaktadırlar (Chanda, 2002: 158). Görüldüğü gibi küreselleşme hastaların belirli sağlık hizmetleri için yurt dışı olanaklarını kullanma eğilimlerini artırmıştır. Hükümetlerin bu konudaki destekleri (Pang ve Guindon, 2004: 12) ya da bazı ülkelerin yabancı hastaları kliniklerine ve hastanelerine çekmek için açıkça reklam verdikleri görülmektedir. Aynı zamanda küreselleşme sağlık sektörünü yabancı yatırımcıları faaliyet alanına çeken dinamik bir sektör haline getirmiştir. Küreselleşmenin etkileri olarak bir diğer sayılabilecek unsur sağlık personelinin uluslararası hareketliliğini ortaya çıkarmasıdır. Bu hareketlilik sağlık hizmetlerinde ticaretin önemli bir bileşen haline gelmesini sağlamıştır (Pang ve Guindon, 2004: 12).

Küreselleşme içinde yer edinen kapitalizm pratikleri piyasa yönelimli sağlık hizmetlerinin şekillenmesine neden olmuştur. Özelleştirmenin sağlık hizmetlerinde yaygınlaşmasına neden olan kapitalizm düşüncesi doğası gereği, üretim araçlarının mülkiyetini elinde bulundurarak artı değer, yani sermaye birikimini sağlamayı hedeflemektedir (Aldemir ve Özpınar, 2004: 3). Çünkü sağlık sektöründe talep dinamik ve süreklidir. İnsanların her an hasta olma olasılıkları vardır. Aynı şekilde sağlık endüstrisine yapılan yatırımların geri dönüşüm hızının kısa olması ve etkililik, verimlilik gibi kavramların bu alanda değer yaratacağı fikri, kar sağlamak isteyen girişimcilerin kamunun sağlık üzerindeki kontrolünü azaltma eğilimlerini artırdığı (McKee ve Stucker, 2012: 236) görüşünü kuvvetlendirmektedir. Kamu sağlık hizmetlerinin sunumunda devletin çekilmesi sonrasında ya özel girişimcilerin yatırım yapmalarına neden olacak sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni bir sermaye birikimi alanı oluşturmakta ya da sağlık harcamalarına yönelik finansal yük doğrudan veya kısmen bireyler aleyhinde genişleyerek (Belek, 1994: 82) sağlık finansmanı ile ilgili hakkaniyet sorunlarını derinleştirmektedir.

Kapitalizmin bir uzantısı ve belki de nihai ürünü olan *neo-liberalizm* düşüncesi, Adam Smith'in piyasa ekonomisi eylemlerine dayanır ve devlet müdahalesi yerine "bırakın yapsınlar, bırakın geçsinler" stratejisinin bir uzantısıdır. Neo-liberalizm, hizmetin piyasa dinamiklerine göre üretilip satılmasına olanak tanıyarak üretim etkinliğinin bu şekilde sağlanacağı düşüncesini kabul etmektedir. Kamunun rolünün azaltılarak hizmetlerin piyasa dinamiklerine terk edilmesi, kamu sağlık harcamalarında yaşanan sıkı mali kısıtlamalar, özelleştirmenin önünü açacak piyasa düzenlemeleri, kullanıcı katkılarının uygulanması ve sağlık dâhil sosyal hizmetlerin özel sektöre devri gibi uygulamalar neo-liberal politikaların sağlık hizmetlerine yansımaları karakterize etmektedir (Chapman, 2014: 124). Özellikle 2008'de Avrupa'da yaşanan ve bazı AB ülkelerini önemli ölçüde etkileyen ekonomik kriz gibi şoklar sağlık sistemlerinde kemer sıkma politikalarını da gündeme getirmiştir (Földes, 2016: 299).

Sonuç olarak diğer alanlarda olduğu gibi sağlık sektöründe de küreselleşmenin etkisiyle piyasa dinamikleri yaygınlaşarak özelleştirme yönlü uygulamaların hızlanmasına yol açmıştır. Bu çalışmada sağlıkta özelleştirme konsepti ve özelleştirmeyi etkileyen, hazırlayan ve hızlandıran faktörlere geniş bir perspektiften değinilerek, AB ülkelerinde sağlık alanında yaşanan değişimler ve bu değişimlerin olası etkileri ile sağlık hizmetlerinde özelleştirmenin tam anlamıyla uygulanıp uygulanamayacağı tartışılmıştır.

1. ÖZELLEŞTİRMEYE DOĞRU GİDEN SÜREÇ: DESANTRALİZASYON VE TÜRLERİ

Kurumsal reform değişiklikleri Avrupa ülkelerinde hizmetlerin sunumunda desantralizasyon uygulamaları yönünde düzenlemelere yol açmıştır (Stamati ve Baeten, 2015: 198). Desantralizasyon; özellikle 1980'li yıllarda planlama, yönetim ve kaynak geliştirme ve tahsis gibi kamusal işlevlerin sorumluluğunun merkezi hükümetten yerel yönetimlere, hükümetin alt kurumlarına, yarı özerk kurumlara veya özel sektöre yetki veya sorumluluk aktarımı olarak tanımlanmaktadır. Desantralizasyon ile birlikte yönetim ve iletişim kanallarındaki aşırı yük ve tıkanıklığın azalacağı, gecikmelerin düşeceği, yöneticilerin müşterilerin ihtiyaçlarını karşılama konusuna daha duyarlı olacağı, hükümetin sunduğu hizmetlerin miktarının ve kalitesinin artacağı ve ülkenin ulusal ekonomisinin daha etkin ve verimli olacağı motivasyonu (Rondinelli vd., 1983: 9, 14) uzanmaktadır.

Desantralizasyon; dekonsantrasyon, devolüsyon, delagasyon ve özelleştirme bileşenlerinden oluşmaktadır (Rondinelli vd., 1983: 13-14). Kimi devletler desantralizasyonun bu dört türünün hepsini aynı anda veya farklı zamanlarda kullanmışlardır. Kimileri de bir yaklaşımla başlayıp zamanla ilk sonuçları değerlendirdikten sonra bir diğerine geçmiştir. Diğerleri de bu dört türün çeşitli kombinasyonlarını kullanmışlardır. Bazı ülkeler kalkınma yönetimi sorumluluklarını yerel yönetimlere devretmiş, ancak bunlar üzerinde güçlü dolaylı kontroller yapmıştır. Özelleştirme genellikle, hükümetlerin kamu işlevlerini elden çıkarma konusundaki kasıtlı çabalarından ziyade, özel sektör firmalarının hükümetin sunmakta yetersiz kaldığı, hiç sunmadığı ya da ülkenin yalnızca belirli bölgelerine temin ettiği malları ve hizmetleri sunmaya başladığı durumlardan evrilmiştir (Rondinelli vd., 1983: 14).

Bu kavramın bileşenleri ve içerdikleri örnekler Türkiye’de yapılan uygulamalarla da aşağıda örneklendirilmiştir:

- Dekonsantrasyon (Deconcentration); merkezi yönetimin farklı kademeleri arasında karar verme yetkisi ile mali ve idari sorumlulukların yeniden dağıtılması şeklinde tanımlanıp çoğunlukla desantralizasyonun en zayıf biçimi olarak kabul edilir. Çoğunlukla üniter devletlerde kullanılır (Rondinelli, 1999: 2). Türkiye’de “yetki genişliği” olarak kabul edilebilir. Valiliklerin varlığı ve İl Sağlık Müdürlükleri ile İlçe Sağlık Müdürlüklerine yetki devri bu alt başlıkta öne çıkan uygulamalardır. Burada birtakım yönetsel yetkilerin devri söz konusudur, fakat siyasi yetkiler devredilmemektedir. Dolayısıyla yetkisini taşraya devretmiş olan makam bu yetkiyi her an geri alma yetkisine sahiptir (Balcı, 2005: 34). Kavram, merkezden alt birimlere doğru yetki transferi şeklinde özetlenebilir.
- Devolüsyon (Devolution); karar alma, finans ve yönetim yetkisinin kurumsal statüye sahip yarı özerk yerel yönetim birimlerine devredilmesidir. Devolüsyon genellikle hizmetlerin sorumluluklarını kendi karar organlarını ve konseylerini seçen, kendi gelirlerini artıran ve yatırım kararları almak için bağımsız yetkilere sahip olan yerel yönetimlerce alınır. Devolüsyon yoluyla devredilmiş bir sistemde, yerel yönetimlerin yetkilerini kullandıkları ve içinde kamu görevlerini yerine getirdikleri açık ve yasal olarak tanınmış coğrafi sınırları vardır (Rondinelli, 1999: 3). Belediyeler, İl Özel İdareleri, Türkiye’de bir dönem var olan Kamu Hastane Birlikleri örnek olarak verilebilir (Balcı, 2005: 36). Kavram, merkezden taşra teşkilatına doğru yetki transferini gerektirir.
- Delegasyon (Delegation); desantralizasyonun daha kapsamlı bir biçimidir. Delegasyon aracılığıyla merkezi hükümetler, kamusal işlevlerin karar alma ve idare etme sorumluluğunu merkezi hükümet tarafından tamamen kontrol edilmeyen, ancak sonuçta ona karşı sorumlu olan yarı özerk kuruluşlara aktarırlar. Merkezi yönetim tarafından kamu işletmeleri veya şirketler, toplu konut idareleri, toplu taşıma müdürlükleri, özel hizmet bölgeleri, yarı-özerk okul bölgeleri, bölgesel kalkınma kuruluşları veya özel proje uygulama birimleri oluşturulduğunda sorumluluklar bu birimlere devredilmektedir (Rondinelli, 1999: 3). Desantralizasyonun bu türüne üniversite hastaneleri, Türkiye’de bir zamanlar yaygın olan SSK hastaneleri örnek verilebilir (Balcı, 2005: 35). Kavram, merkezden yerel yönetimlere ve yarı özerk kurumlara yetkilerin transferi olarak tanımlanabilir.
- Özelleştirme (Privatization); tamamen piyasanın serbest işleyişine dayanan mal ve hizmetlerin sağlanmasını, hükümetin ve özel sektörün hizmet veya altyapı sağlamak için iş birliği yaptığı kamu-özel sektör ortaklıklarına kadar uzanan bir süreçtir. Özelleştirme, daha önce hükümet tarafından tekelleştirilen işlevlerin özel kuruluşlar tarafından yerine getirilmesine olanak tanımaktadır (Rondinelli, 1999: 4). Kamu taşınmazların, teknoloji ve donanımların, sahip olunan kaynak ve fonksiyonların kontrolünün özel sektöre devri olarak gerçekleşmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2002).

Kamuya ait varlıklar ve hizmet sunumu gibi fonksiyonların hepsinin özel sektöre devri tam özelleştirme olarak tanımlanırken; sözleşmelerin yapılması, dış kaynak kullanımı gibi faaliyetler ile kamuya ait bazı taşınmazların devri kısmi özelleştirme kapsamında değerlendirilmektedir (Braithwaite vd., 2011). Burada kamu hastaneleri ya da sağlık hizmetlerinin tamamen özel pratiklere devri söz konusudur.

2. AB SAĞLIK HİZMETLERİ EKSENİNDE ÖZELLEŞTİRMEYE KAVRAMSAL BİR BAKIŞ

Sağlık hizmetlerinin piyasa dinamiklerine göre sunumu örgütsel değişim ve reformları gerekli kılmıştır. Temelde performansın geliştirilmesi ve verimliliğin artması olarak ileri sürülen sağıktaki bu piyasalaşma ya da ticarileşme üç temel terminolojiye dayandırılmaktadır. Harding ve Preker (2003) kamu sağığının piyasaya yönelişini *otonomizasyon*, *korporatizasyon* ve *özelleştirme* olarak sınıflandırmışlardır. Örgütsel reformlar kapsamında değerlendirilen bu üç unsurun hastaneler ve sağık hizmetleri sunumu üzerinde kamu kontrolünü kademeli olarak azaltarak sağığın piyasaya terkedilmesine neden olacağı belirtilmiştir. Bu kapsamda kamu sağık hizmetleri sunumunda kamu kontrolünün azalarak özelleştirmenin nasıl ön plana çıkabileceği gerçeğini beraberinde getirmiştir. Bu çerçevede aşağıda piyasalaştırmanın söz konusu türleri üzerinde kısaca durulmaktadır.

- *Otonomizasyon (Autonomization)*: Özerkleştirme olarak ifade edilen bu kavram, yönetimde özerkleşmeyi savunmaktadır. Hastane yönetimlerine idari ve mali konularda kritik kararların verilmesi terminolojinin merkezini oluşturmaktadır. Hastanelere kendi personel rejimlerini belirleme, klinik ve klinik olmayan yönetsel kararların hastane özelinde verilmesi gibi geniş bir alanda yetki devri verilmektedir (Harding ve Preker, 2003; Yavuz, 2015: 3).
- *Korporatizasyon (Corporatization)*: Bu yönetim yapısı içinde yer alan kamu kurumlarının hiyerarşik yapıdan kurtulduğu ve kendi içinde kurumsallaşmış bir “şirket” gibi davrandığı görülür. Önemli bir özerkliğe sahip olan kamu hastaneleri performansa dayalı metotlara göre finansal kaynaklar elde ederler. Hizmet sunucuları kendi gelir ve gider bütçelerini yapma hakkına ve bütçe fazlasını merkezi hükümetler yerine kendi kontrolünde tutma hakkına sahiptirler. Piyasalaştırmanın bu türünde hizmet sunucuları piyasa rekabetine maruz kalabilirler. Bu bakımdan şirketleşmiş sağık kurumları kamu yönetimi sözleşmeleri yoluyla kamu otoritelerince denetlenirler. Piyasalaştırmanın bu sınıflandırma türünde kamu hastanelerinin özel şirketleri taklit ettikleri görülmektedir (Harding ve Preker, 2003; Yavuz, 2015: 3).
- *Özelleştirme (Privatization)*: Kamu mülkiyetinin tamamen ortadan kaldırılması ve kamuya ait taşınır ve taşınmazların özel mülkiyete devri söz konusudur (Yavuz, 2015: 3).

Buse vd., (2005) kamu hizmetlerinin sunumunda piyasa araçlarını kullanma gereğinin arkasındaki temel itici gücün kamusal sektörün teknik verimsizliğe sahip olduğunu vurgulayarak bu tezi destekleyen varsayımları ileri sürmüşlerdir. Bu bağlamda aşırı personel istihdamı, kötü performans, kaynak kullanımında verimsizlik, yetersiz hizmet uygulamaları kamunun olumsuz uygulamaları olarak lanse edilmektedir.

Kamuda var olan yetersiz demokrasi anlayışı, hizmet sunumunda isteksizlik ve hesap verilebilirlikten uzak bir anlayış memnuniyetsizliğe yol açmaktadır. Kamu sektöründe hizmet pratiklerini sunmaktan çok atama ve terfi yoğunluklu olması, mal ve hizmet üretimi ve sunumu yerine daha çok istihdam mantığıyla hareket etmesi kamusal hizmetlere yönetilen diğer önemli eleştirilerdir. Aynı şekilde kamuda yolsuzluk ve benzeri davranışların varlığı ile siyasal mekanizmanın kendi varlıklarını ve sürdürülebilirliğini güvenceye almak için sıklıkla başvurduğu bir hizmet alanı olması hizmetlerin sunumunda kamu müdahalesinin azaltılması düşüncesini güçlendirmektedir. Kamu hizmet sunumuna ilişkin bu olumsuz yargılar, sağlık hizmetleri sunumunda otonomizasyon, korporatizasyon ve özelleştirme süreçlerini hızlandırmıştır.

Genel olarak sağlık finansmanında özel sigorta sisteminin uygulanması, girişimciler gibi davranma refleksi, kamu sektörünün özel sektör tarafından sermaye üretme alanı olarak görülmesi, kamu hizmet sunumun terk edilmeye başlanması ve özel işletmelere delege edilmesi bir yerde özelleştirmenin varlığını kanıtlamaktadır (Andre vd., 2016: 6). Özelleştirme, kamu varlıklarının özel sektöre devri olarak tanımlansa da çeşitli sözleşmeler şeklinde de ortaya çıktığı görülmektedir. Dış kaynak kullanımı, işlem maliyetlerini doğuran faaliyetler ve kamu-özel iş birlikleri benzeri uygulamalar belirtilen sözleşmeler arasında yer almaktadır. Ayrıca özelleştirme finansal risk, sorumluluk ve performans gibi fonksiyonların özel sektörle paylaşılması (Akinci, 2002: 67) yoluyla da vuku bulabilmektedir.

Özelleştirme bir ülkede sadece özel hastanelerin, özel kliniklerin ve özel sağlık sigortasının uygulanması ya da kamu mülkiyetinin özel kurumlara devri olarak ya da cepten ödemeler, maliyet paylaşımına dayalı katılım ya da katkı paylarının varlığı olarak görülmemelidir. Özelleştirme, aktörlerin nasıl davrandığını anlamanın bir yolu olarak da anlaşılmalıdır. Örneğin, doktorlar ve hastalar sağlığı özel bir hizmet ya da ürün olarak düşünmeye teşvik edildiğinde özelleştirme, düşünmenin bir yapısı haline gelmektedir (Andre vd., 2016: 5). Nitekim sağlık hizmetleri maliyetlerinin yüksek olması bireyleri daha iyi ve ucuz hizmeti nerden alabilirim davranışına itmektedir. Bu durum onları farklı hizmet sunucularını aramaya ve sağlık sigorta ücretleri hakkında bilgi almaya olan eğilimlerini artırmaktadır. Örneğin hastanelerce sağlanan hizmet çeşitliliği (tek oda, özel oda, banyo, telefon vb.) hastaları seçim yapmaya yönelterek (Andre vd., 2016: 9) hastaları sağlığı özel bir hizmet olarak düşünmeye itecektir. Bu durum özelleştirme anlayışının tüketicilerin özel isteklerinin bir sonucu olarak ortaya çıkabileceğini göstermektedir.

Sağlık hizmetlerinde özelleştirme uygulamasının birtakım çıkış noktaları olduğu iddia edilmektedir. Bu noktalardan biri özelleştirmenin kamunun ya da yönetimin eylemleri doğrultusunda politika odaklı bilinçli yönlendirilmenin bir sonucu olduğudur. Özellikle dış kaynak kullanımı, çeşitli sözleşmelerin yapılması, yerelleşme faaliyetleri, özel sektör dinamiklerinin kamuda bilinçli olarak yaygınlaşması verilebilecek örneklerdendir. Sağlık hizmetlerini daha verimli ve tüketici odaklı hale getirmek veya bireysel sorumluluğu geliştirmek piyasa araçları yoluyla olanaklı olabileceği vurgulanmaktadır. Bu eylemlerin arkasında yatan temel motivasyon ise özel sektörün kamu sektöründen daha iyi performans gösterebileceği (Maarse, 2006; Alkhamis, 2017: 261) varsayımdır.

Özelleştirmenin örgütlenmemiş ya da kendiliğinden ortaya çıktığı durumlar da bulunmaktadır. Maarse (2006) bu durumları farklı başlıklar altında ifade etmiştir. Örneğin teknolojik yenilikler gibi uygulamalar, yatarak tedaviden ayakta tedaviye geçişi kolaylaştırabilir ve bu da genellikle özel sektör pratikleri için daha fazla fırsat yaratır. Bu durum “teknolojik odaklı özelleştirme” olarak adlandırılmaktadır. Talep odaklı özelleştirme gerekliliği diğer bir özelleştirme metodu olarak ortaya çıkmaktadır. “Talep odaklı özelleştirme” kamu başarısızlıklarına sosyal bir yanıt olarak algılanır. Örneğin, kamu hastanelerinde uzun bekleme süreleri özel sağlık hizmetleri için bir talep başlatabilir. Özel sağlık hizmetlerinin kamu hizmet kalitesine göre daha üstün olduğu inancı tüketicilerin özel sunucuların sunduğu hizmetlere olan talebini artırır. Chapman (2014) özel sektörün daha verimli çalışacağı varsayımını destekleyerek kaliteli hizmet, üretkenlik, beklentileri karşılayan uygulamalar gibi öngörülerin piyasa mekanizmalarının sağlık alanında yaygınlaşmasına katkı sağlayacağını belirtmiştir.

Yeni ilaç ve sağlık teknolojisinin yüksek maliyetli oluşu, yaşlanmayla birlikte pahalı hizmetler, kronik hastalıkların yüksek maliyetleri, sağlık hizmetlerinin kullanımı ve kalitesi hakkında artan beklentiler gibi faktörler bütçeyi zorlamaktadır. Kamu bütçesi üzerindeki bu maliyet baskıları, maliyet paylaşımını ve özelleştirmeyi yaygınlaştırmıştır. Özel sektörün daha iyi ve kaliteli hizmet sunabileceği algısı, kısa bekleme süreleri, ilişkisel kalite düzeyi benzeri durumlar tüketicileri özel sağlık kuruluşlarına olan eğilimlerini artırarak tüketici tercihlerinin özelleştirmeyi hızlandırdığı farklı çalışmalarda vurgulanmıştır (Chapman, 2014: 125). Bunun yanı sıra hastaların seçim hakkının elde edilmesi ve kamu ya da özel sektörde rekabet anlayışının güçlenmesi, yarı piyasa argümanlarının sağlık alanında uygulanması özelleştirme kavramını süratle gündeme taşımıştır (Zigante, 2013: 150). Wendt (2009) tüm bu gelişmelerin gerek AB ülkelerinde gerekse küresel düzeyde sağlık sisteminin endüstrileşme sürecini hızlandıran başat faktörler olduğunu belirtmiştir.

Sağlık hizmetleri sunumunda kamunun kaynak kullanımında yetersiz ve düşük performans düzeyine sahip olduğu düşünülmektedir. Bu görüşün altında yatan dinamikler özel sektörün amaç, özendiriciler ve kontrol mekanizmaları bakımından kamudan farklı olduğu gerçeğine atıf yapılmaktadır ki bu görüşü destekleyen teoriler de vardır. Örneğin vekâlet teorisi, kamu tercihi teorisi ve mülkiyet hakları teorisi performans ve kaynak kullanımında teknik olarak etkin oldukları vurgulanmaktadır (Alkhamis, 2017: 259; Tiemann ve Schreyögg, 2012: 310). Sağlık hizmetlerinde özelleştirmeyi savunanlar, özelleştirmenin sağlık hizmetlerinde var olan ya da yaşanan kötü durumlar için sihirli bir ilaç “magic pill” olarak görmektedirler. Oysaki özelleştirme pratiklerine karşı olanlar özelleştirmenin bireysel hırslardan ibaret olduğunu ve sosyal dayanışmanın sonu olduğu tezlerini ileri sürmüşlerdir (Dünya Sağlık Örgütü, 2002).

Özelleştirme kapsamında AB’de sağlığın piyasalaştırılması farklı şekillerde görülmüştür (Andre ve Hermann, 2009: 136).

Sağlık hizmetlerinin finansmanı ile hizmet sunumunun ayrılması, sağlık sektöründe iç pazar dinamiklerinin yaygınlaştırılması, farklı sağlık hizmeti sunucuları arasında rekabet ortamının yaratılması, performansa dayalı ücretlendirme, riskin bireyselleştirilmesi, dış kaynak kullanımı, kamu-özel ortaklığı (KÖO) ile kamu hastanelerinin özel yatırımcılara satışı gibi uygulamalar bu piyasalaştırma anlayışının tipik örnekleri olmuştur (Hermann, 2010: 125).

Her ne kadar özelleştirme ile maliyetleri kısma ve kaynak kullanımında verimliliğin sağlanması amaçlanmış olsa da aslında sağlıkta yaşanan bu değişimler ve piyasalaştırma sadece hastalar ve çalışanlar arasında eşitsizlikleri derinleştirmiş ve sağlığın kamusal doğasını erozyona uğratmıştır (Hermann, 2010: 125). Sağlık hizmetlerinde özel sektör uygulamaları birçok ülkede yüksek maliyet ve düşük verimliliğe neden olmuştur. Bazı özel hizmet sunucularının düşük kaliteli hizmeti sunduklarının kanıtları mevcuttur. Özel hizmet sunucularına yönelik düzenlemelerin kamu kurumlarına göre daha zorlu ve pahalı oldukları belirtilmektedir. Özel sektör çoğunlukla dezavantajlı gruplar ve satın alma gücü olmayan kişiler için pahalıdır ve hizmetlere erişim noktasında sorunsaldır. Bu durum hakkaniyet ve eşitlik sorunlarını doğurmaktadır. Çünkü özel sektörün daha çok kar amaçlı hizmetler için doğrudan bir rekabet yarattığı belirtilmektedir (Marriott, 2009: 28). Bu alanda yapılmış çalışmalar ile özelleştirmenin hastaları yüksek maliyetli hizmetlere ve cepten yapılan ödemelere karşı korumada yetersiz olduğu saptanmıştır. Terminal dönem bakım, travma ve psikiyatrik bakım ile acil bakım hizmetleri gibi kar amacı gütmeyen hizmetlere erişimde de özelleştirmenin olumsuz etkilerinin olduğu çeşitli çalışmalarda vurgulanmıştır (Alkhamis, 2017: 261).

AB ülkelerinde sağlık hizmetlerinde piyasalaştırma uygulamaları farklı yoğunlukta kullanılmakta ve sağlık hizmetleri sunumunun yönteminde değişimler yaratmaktadır. Sağlığın piyasalaştırılması ve özelleştirilmesinin bazı uygulamalar bağlamında AB ülkelerinde yarattığı sorun alanları başka çalışmalarca da şöyle vurgulanmıştır (Andre ve Hermann, 2009: 136):

- Sağlık hizmetleri finansmanı ve sunumunun ayrılması önemli bir piyasalaştırma şeklidir. Bu durum sigorta şirketleri ve hizmet sunucuları arasında rekabeti ve çekişmeyi körüklemektedir.
- Kamu sağlık sunucularına verilen idari özerklik, aynı zamanda finansal özerkliği de beraberinde getirir. Bu durum hastanelerde rekabet ortamını yaratmaktadır. Özerkleştirilmiş olan hastaneler kendi finansman sistemini güvence altına almak isterler. Buna bağlı olarak hem yeni kaynak yaratımına giderler hem de var olan kaynakları kısıtlamaya gitmek zorunda kalırlar. Bu durum çoğu zaman hizmet kalitesinde ve miktarında bir takım sorun alanlarını yaratmaktadır. Ayrıca finansal olarak kendilerini güvence altına almak isteyen hastaneler ticari girişimlerde bulunacaklardır. Örneğin, kendilerine tahsis edilmiş mülkiyetlerini satabilirler, özel sektörden borç almaya yönelebilirler. Hastanelere sağlanan özerk yönetsel ve finansal yapı bütçe kısıtlamasına da yönelme olasılıklarını artırır. Örneğin, hastanelere sigorta kuruluşları tarafından kısıtlı koşullar altında global bütçe ya da Teşhis İlişkili Gruplar (TİG) gibi vaka başına harcama sınırını belirleyen geri ödeme mekanizmaları yoluyla bütçe akışı sağlanabilir. Bu eğilim hizmetlerin finansmanını zora sokabileceği öngörüsünü kuvvetlendirmektedir.

- Avrupa ülkelerinde piyasa dinamiklerinin işleyişini gösteren diğer bir reform iç pazar ya da yarı-piyasa (quasi-markets) ve sözleşmelerdir. Bu bağlamda dış kaynaklardan (outsourcing) yararlanma ve kamu-özel ortaklıklarına dayalı sağlık sisteminin kurulması öne çıkan örneklerdir. Özellikle kamu-özel ortaklığında kamu kaynakların uzun süreliğine özel sektöre kiralanmasının kamu hastanelerinin özel sektör yönetimine terk edildiğini göstermektedir.
- Desantralizasyon, özelleştirme ve piyasalaştırma bağlamında kullanılan diğer önemli bir uygulamadır. Planlama, insan kaynakları, bütçeleme ve performans yönetimi gibi fonksiyonların hiyerarşik olarak alt kademelere devri bu kavramın ana temasını oluşturmuştur. Desantralizasyon uygulamaları bütçe ve denetimle ilgili belirsizlikler yaratarak sağlık hizmetleri sunumunu negatif etkileyebileceği (Atun, 2007: 247) ileri sürülmüştür.

3. AVRUPA BİRLİĞİ SAĞLIK HİZMETLERİNİN YENİDEN YAPILANMASI: ETKİ FAKTÖRLERİ

AB mevzuatı, üye ülkelerin kamu sağlığı kapsamında sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi, insan sağlığı için zararlı faktörlerle mücadele edilmesi ve sağlığın geliştirilmesi konularında iş birliğini teşvik etmektedir. Fakat üye ülkelerin AB sağlık politikalarının dayandığı ilkelerden olan *yetki ikamesi* çerçevesinde kendi sağlık sistemlerini oluşturmaları ve hizmetin finansmanı ve yönetimi konusunda özgür olmaları AB'ye üye ülkelere tanınan dört özgürlükle (malların, hizmetlerin, kişilerin ve sermayenin serbest dolaşımı) ilgili sağlık hizmetlerinin sunumunda çatışmalar yaratmaktadır. Özellikle finansman yöntemleri ve sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve denetlenmesinde kamunun önemli rolü, AB ülkeleri sağlık hizmetlerinin yapılanmasında geleneksel kamu anlayışını güçlendirmiştir. Diğer taraftan iş kazaları ve emeklilik sistemi gibi yaşanan sosyal dönüşümler ile 19. yüzyılda sanayileşmeyle birlikte hijyen ve salgın hastalıkların yayılması gibi durumlar Avrupa'da kamu sağlık sisteminin güçlenmesine katkı sağlamıştır (Andre ve Hermann, 2009: 138).

Geleneksel olarak AB, temelde Avrupa entegrasyonunun üç temel değeri üzerine odaklanmıştır. Bunlardan ilki temel sağlık hizmetleri bağlamında koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesidir. Bu değer Lizbon Antlaşması'nın 168. maddesine dayanmaktadır (Greer, 2014: 13). İkinci temel değer ise Roma Antlaşması'yla "iç pazar" (internal market) hukukunun temellerinin atılmasıdır. İç pazar ya da Avrupa ortak pazarı olarak tanımlanan bu girişim yukarıda ifade edilen dört özgürlüğün serbest dolaşımını ifade etmektedir. İç pazar dinamikleriyle üye ülkelerin ulusal pazarlarını birbirinden ayıran sınırları kaldırarak tek pazar haline getirilmesi amaçlanmaktadır. Amaç ekonomik büyümeyi sağlayarak AB kapasitesini geliştirici yapısal değişimleri uygulamaktır. Diğer bir ifadeyle üretim maliyetlerinin düşürülmesi, hizmet kalitesini artırmak, daha fazla rekabet yoluyla üye ülkelerin yaşam kalitesi ve refahını artırmak hedeflenmektedir. Kişilerin serbest dolaşımı (sağlık personeli), malların serbest dolaşımı (ilaç, tıbbi ürünler, kamu alım hizmetleri), hizmetlerin serbest dolaşımı (özel ve kamu sağlık sigortası) ve sermayenin serbest dolaşımı (hastane yatırımları vb.) bu dört özgürlüğün sağlık sektöründeki yansıması olarak kabul edilmektedir (Yıldırım ve Yıldırım, 2015: 144).

Yeni finansal, yönetim ve ekonomik entegrasyon sistemi olarak adlandırılan üçüncü değer Avrupa Komisyonu tarafında desteklenen ve ekonomik uyum programlarının ileri sürüldüğü üye ülkelerde uygulanan sağlık sistemi yaklaşımıdır (Azzopardi-Muscat vd., 2015: 376). Bu temel değerde üye ülkelerin kendi sağlık sistemlerine ilişkin politikaları belirlerken esnek olabileceği vurgulanmıştır. Bu doğrultuda Avrupa’da yaşanan ekonomik krizler, neo-liberal akımlar ile ulusal ve küresel çapta yaşanan değişimler ve baskılar üye ülkelerin sağlık hizmetleri politikasında değişimlerin yaşanmasına neden olmuştur. Sağlık sisteminde ve hizmetlerinde yaşanan bu değişimler sağlığın finansmanı, sunumu ve hukuki düzenlemelerde yaşanan kamu kontrolü biçiminde ve piyasalaşma şeklinde ağırlıklı olarak hissedilmiştir (Stamati ve Baeten, 2015: 194).

AB ülkeleri sağlık hizmetlerinin yeniden yapılanmasına, sağlık sektörünün bir yatırım ya da kar elde etme alanı olarak görülmesinin önemli bir etkisi vardır. Bu duruma çok uluslu sağlık şirketleri ile ilaç ve medikal firmaların etkisi göz ardı edilemeyecek kadar önemlidir. Sağlığın konjonktürel etkilerden arınmış olması ve görece olarak daha güvenli bir alan olması özel sektör yatırımlarının ilgisini üzerine çekmeyi başarmıştır. Söz konusu sağlık sektörünün yatırım ve girişim için karlı bir sektör olarak artan önemi Dünya Ticaret Örgütü’nün uygulamalarında da görmek mümkündür (Andre ve Hermann, 2009: 133). Örneğin, daha yüksek ücretler ve daha iyi çalışma koşulları için geçici ya da sürekli olarak sağlık profesyonelleri başka ülkelere göç etmektedirler. Ayrıca yabancı sağlık sektörü girişimcileri ve sigorta kuruluşları tarafından yeni pazarlar aramada yabancı yatırımlarda kayda değer artışlar söz konusudur. Bunlara ilave olarak birçok ülke diğer ülkelerden sağlık tüketicilerini etkileyebilmenin arayışı içindedirler (<https://www.wto.org>).

Dünya Bankası’nın (DB) 1987 yılında yayımladığı “Health Financing in Developing Countries: An Agenda for Reform/ Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Finansmanı: Bir Reform Gündemi” adlı raporda sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunların üstesinden gelebilmek için özellikle gelişmekte olan ülkelerin birtakım yöntemleri benimsemeleri gerekliliği üzerinde durularak devlet mekanizmasının sağlık hizmetleri sunumuna yönelik rolünü yeniden tanımlamıştır. Bu yöntemler; (1) kullanıcı katkılarının hayata geçirilmesi, (2) sağlık hizmetleri sunumunda özel sektörü teşvik edilmesi ve (3) kamu sağlık hizmetlerinin yerleştirilmesi yaklaşımıdır. Bu rapor, sağlık hizmetlerinin sunumunda ve örgütlenmesinde küresel anlamda piyasalaşma sürecinde önemli rol oynamıştır (Dünya Bankası, 1987: 4).

AB ülkeleri sağlık hizmetlerinin yeniden yapılanması üzerinde belirleyici olmuştur. Kurtarma paketi adı altında kıta Avrupa’sının içine düştüğü kriz dönemlerinden kurtulması adına üçlü yönetim (Troika) modeli olarak ifade edilen Uluslararası Para Fonu (IMF), Avrupa Merkez Bankası ve Avrupa Komisyonu çok büyük krediler karşılığında çeşitli ekonomik uyum programlarını uygulamayı öngörmüşlerdir. Ekonomik uyum programları adı altında iş hukuku değişiklikleri, özelleştirme, kamu sektörünün yeniden yapılanması, sağlanan birçok faydada azalma ve deregülasyon yoluyla kamunun küçülmesi (Greer, 2014: 17) yolunda atılan adımlar olmuştur.

Avrupa’da yaşanan politik ve ekonomik krizler sağlık hizmetlerinde özelleştirme uygulamalarını hızlanmasını etkileyen diğer faktörlerdendir. Büyük ekonomik krizler, sosyal buhranlar, savaşlar ve rejimlerin yıkılması kamu gücünü ve kontrolünü büyük ölçüde erozyona uğrattır. Nitekim 1990’lı yıllarda Sovyetler Birliği’nin yıkılması Doğu Bloku ülkelerinin ciddi ekonomik sıkıntılar yaşamalarına neden olmuş ve kamu kaynaklarının daha verimli ve etkin kullanılması adına sağlık hizmetlerinde sınırlı sayıda özelleştirme pratiklerine yol açmıştır. Benzer şekilde 2008 yılında meydana gelen ekonomik krizle birlikte başta Yunanistan olmak üzere birçok AB ülkesinde mali kısıtlamalar, kamu sağlık harcamalarında kesintiler ve maliyet paylaşımı gibi olguları gündeme getirmiştir. Bu ve benzeri durumlar kamu olgusunun piyasa mekanizması dinamiklerini kendince haklı çıkararak verimlilik ve üretkenliği sağladığı öngörüsünü ortaya koymuştur (Wendt, 2009). Avrupa’da 2008-2009 döneminde meydana gelen ekonomik krizde maliyet-etkililiğe odaklanmayı gerekli kılmış ve sağlık harcamalarında kesintiler yaşanmıştır. İlaç harcamalarında yaşanan düşüşler ve kamu bütçesinden sağlığa ayrılan payların azalması bu konuda verilebilir örneklerdir (Földes, 2016: 301).

Kıta Avrupa’sında sağlık hizmetlerinde özelleştirme uygulamalarının yaygınlaşmasında önemli rol oynayan faktörlerden bir diğeri de lobicilik faaliyetleridir. Büyük iş gruplarının, özel hastanelerin, ilaç kampanyalarının, araştırma merkezlerinin ve düşünce kuruluşlarının (think-tank) sağlık sektöründe özelleştirme olgusunun güçlenmesine belirgin katkıları olmuştur. Kar hedefine odaklanmış bu kuruluşlar Avrupa’da ve dünyada sağlığın modernizasyonu, sürdürülebilirlik, rekabet, hastaların seçim hakkı ve sağlıkta reform ana temaları altında birtakım piyasa özendiricileri ile kamu sağlık sektörüne nüfuz etmeyi (Tansey, 2017) başarmışlardır.

4. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖZELLEŞTİRME MÜMKÜN MÜ?: PİYASA BAŞARISIZLIKLARI VE SAĞLIĞIN KAMUSAL MAL OLMA ÖZELLİĞİ

Sağlık hizmetleri yapısal olarak diğer hizmet işletmelerinden farklılaşmaktadır. Diğer hizmet işletmelerinde tam rekabet koşulları işlerlik kazanırken aynı şeyi sağlık hizmetleri için söylemek zordur. Tam rekabet piyasa koşullarında var olan homojenite (benzer ve standart mal ve hizmetlerin varlığı ya da tek tip ürün sunumu), mobilizasyon (piyasaya giriş-çıkış serbestisi), çok sayıda alıcı ve satıcının varlığı ve bilgi simetrisi (mal ve hizmetler hakkında tam bilgi) gibi özellikler (Sayım, 2015: 74) sağlık hizmetlerinde etkin değildir. Özellikle hizmetin kullanımında dışlanamama ve tüketiminde rekabet unsurlarını içermemesi, sağlık hizmetleri sunumunda ve organizasyonunda kamu müdahalesini gerekli kılmaktadır. Bu özellikleri nedeniyle sağlık hizmetlerinin piyasa mekanizmasına terk edilmesi piyasa başarısızlıklarını ve piyasa aksaklıklarını doğuracaktır. Diğer taraftan herkesin gelir durumuna bakılmaksızın kaliteli bir sağlık hizmetini alması zorunluluğu ahlaki bir bakış açısını yansıtmaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin tamamen özel sektör dinamiklerine göre işlemesi fonksiyonel değildir. Özellikle hizmetin planlanmasında, hizmete erişimde, kaliteli bakımın sunulmasında, temel sağlık hizmetlerinin sunumunda ve sağlığın yönetiminde kamu müdahalesi kaçınılmazdır (Andre ve Hermann, 2009: 129-130). Sağlık hizmetleri doğası gereği tekelci özelliğini göstermesi, dışsallıkların var olması ve bir kamu malı olması gibi diğer özellikler, kamu düzenlemesini zorunlu kılmaktadır (Akinci, 2002: 83).

Sağlık hizmetlerinde özelleştirme uygulamaları bu hizmetlerin kamusal ve yarı kamusal mal olma özelliğine aykırılık teşkil eder. Kamusal mal kavramı ilk olarak Samuelson ve Musgrave tarafından 1950'li ve 1960'lı yıllarda ortaya atılmıştır. Tam kamusal mal niteliğini taşıyan güvenlik, savunma ve adalet hizmetleri ile diplomatik hizmetler tüketimlerinde rekabetin olmaması ve kimsenin bu hizmetleri kullanımında dışlanmaması (tüketimde dışlanamazlık) özelliği vardır. Birinin tüketiminin bir diğ erinin tüketim miktarını ve kalitesini etkilememesi kamusal mal kavramının diğ er ayırıcı özelliğ idir. Kamusal malların yanı sıra yarı kamusal mallar da vardır ki bunlar faydası bölünebilen, pazarlanabilen, fiyatlanabilen hem bireysel hem de toplumsal fayda sağlayan sağlık ve eğitim gibi mal ve hizmetlerdir. Yarı kamusal mal ve hizmetler, bedel ödemeyenlerin faydalanması engellenebilen türdeki mal ve hizmetlerdir. Yarı kamusal mal ve hizmetler grubunda kamunun yanı sıra özel sektörün de etkin olabilmesi olanaklıdır. Temel sağlık hizmetleri, koruyucu ve bulaşıcı hizmetler ile zorunlu hizmetler yarı kamusal mal olmanın ötesinde kamusal küresel mal olma özelliğini taşırlar. Bu hizmetlerin hem negatif hem de pozitif dışsallık özelliği vardır. Örneğ in bulaşıcı hastalıklarla mücadele, aşılama hizmetleri sağlık hizmetlerinin dışsallık karakterli olduğunu göstermektedir. Koruyucu ve bulaşıcı hastalıklar gibi sağlık hizmetlerinin sunumu piyasaya araçlarının işleyişine bırakıldığında doğ ası gereğ i değ er yaratmadıklarından yatırımcılar tarafından talep yaratmayabilir. Sağlık hizmetlerinin bu ayırıcı özelliğ i devlet müdahalesini zorunlu kıldığ ı için bu mal ve hizmetler aynı zamanda erdemli/merit mallar olarak da bilinirler (Durmuş, 2006: 67; Oral, 2014: 79).

Relman sağlık hizmetlerinin birtakım nedenlerden dolayı piyasa güçlerinden korunması gerektiğ ini belirtmiştir. İlk olarak sağlık hizmetlerine erişim tüm bireylerin doğ al hakkı olarak düşünölmektedir. Bu açıdan bakıldığında sağlık hizmetleri bir özel mal olmaktan ziyade bir kamu malı niteliğini taşır. İkinci olarak hastalar klasik tüketiciler konumunda olmayıp hizmet hakkında tam bilgiye sahip değ illerdir. Dolayısıyla hizmetleri karşılaştıracabilecek öngöröden yoksundurlar. Öncelikli hedefleri iyileşmek olan hastalar kendilerine sunulan hizmetlere biçilen fiyat, genelde ikincil öneme sahiptir. Üçüncü olarak da hastalar genellikle ihtiyaç duydukları hizmetin kapsamı ve miktarı hakkında karar veremezler. Buna ancak doktorlar karar verir ve muhtemelen kişisel sağlık bakımı için tüm harcamaların %70'inden fazlası doktor kararlarının bir sonucudur. Oysaki özel sektör düşük frekanslı ve karlı olmayan hizmetleri (bulaşıcı hastalıklar, koruyucu hizmetler, kar getirisi olmayan servisler vb.) elimine ederek daha çok yüksek frekanslı tedavi edici hizmetlere odaklanır. Sigortasız hastalar, sosyal yardıma muhtaç hastalar ile kompleks ve kronik hastalıkları olan hastaların özel sektöre dışlandıkları da bilinmektedir (Relman, 1980: 967).

Özelleştirmenin temel varsayımı, piyasa mekanizmasında yaratılan rekabetle tüketicilerin seçim özgürlüğ ünü maksimize etmek ve hizmet sağlayıcıların özerkliğ ini güçlendirerek hizmet kalitesini artırmak ve maliyetleri azaltmaktır (Akinci, 2002: 69). Saltman ve Figueras (1997) özelleştirmeyi, sağlık hizmetlerinde doğ ası gereğ i yaygın olarak var olan dışsallıklar, bilgi asimetrisi, ahlaki tehlike ve sigorta edilemez riskler nedeniyle piyasa başarısızlıklarına neden olduğunu (Atun, 2007: 248) belirtmişlerdir. Kenneth Arrow ve benzer görüş e sahip olan araştırmacılar ve analistler de bu görüş ü destekleyerek özelleştirmenin sağlık hizmetlerinde mümkün olmadıklarını belirtmişler.

Arrow, sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisinin varlığı, dışsallıkların yoğun olması, belirsizliklerin etkisi ve en önemlisi de hizmete en çok ihtiyacı olanların hizmeti satın alma gücünden yoksun olmaları piyasa mekanizmasının başarısız olacağını belirtmiştir (Arrow, 1963). Kendi deyimiyle Arrow “Tıpta, bırakınız yapsınlar çözümü mümkün değildir.” diyerek sağlık hizmetlerinde piyasalaşmanın her zaman mümkün olmadığını belirterek aynı zamanda kamusal otorite yerine piyasa dinamiklerini savunan “bırakınız yapsınlar, bırakınız geçsinler” görüşüne karşı anti-tezi ileri sürmüştür.

Hart (1971) sağlık hizmetlerinin piyasa mekanizmasına terk edilmesi sonucu hizmetlere en çok ihtiyacı olanların erişimden mahrum bırakılacağını savunarak bu konuda Arrow’u destekleyen kanıtlar ileri sürmüştür. Hart’a göre piyasa dinamiklerine göre işleyen kurumlar kendi kar maksimizasyonunu savunurlar. Bu bakımdan özelleştirmenin savunucuları, hizmeti satın alma potansiyeli olan tüketicilere yönelme eğilimi gösterirler. Bu durumda sağlık hizmetlerine en çok ihtiyacı olan dezavantajlı gruplar en az hizmete erişme imkânını bulurlar. Hart, bu durumu ters bakım yasası (inverse care law) olarak nitelendirmiştir.

McCartney (2012) sağlığın ticarileştirilmesi sonucu sağlık statüsü iyi olanların gereğinden fazla tedavi edilebileceği, hasta olanların ise tedavi gereksinimlerinin istenen düzeyde karşılanamayacağını belirterek bir hasta paradoksunun (patient paradox) ortaya çıkacağını vurgulamıştır. McCartney, piyasa dinamiklerinin işlemesi sonucu her hasta için bir ilacın üretildiği, tıbbi görüntüleme sıklığının insan sağlığını olumsuz etkilediği, gereksiz tetkikler ve iyileşme sağlamayan tıbbi cihazların yaygınlık kazandığını belirterek AB ülkelerinde özelleştirme ve piyasalaşma yaygınlığını vurgulamıştır.

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge ile hizmet sunumunda bir dizi ilkeler benimsenmiştir. Bu ilkelerden olan “risk yaklaşımı” sağlık hizmetlerine acil ihtiyaç duyanların ya da en çok gereksinim duyanların hizmete olan erişiminin önündeki engellerin kaldırılması ile toplum içinde dezavantajlı gruplar finansal risklere karşı korunmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2005). Bu yönergeyle piyasa mekanizmasının aksine dezavantajlı gruplar için kamu kaynaklarının kamu eliyle yürütülmesi gerekliliği desteklenmiştir.

Piyasalaşma sonucu yaygınlık kazanan cepten yapılan sağlık harcamalarının artması özelleştirmenin önemli bir yansımasıdır. Cepten ödemeler, sağlık hizmetlerine ekonomik erişim engelleri yaratarak alt gelir grubunda yer alanların ya da risk gruplarının sağlık hizmetlerinden daha az ya da hiç faydalanamamasına veya sağlık hizmetlerini satın alabilmek için tüketicilerin, borçlanarak bu temel ihtiyaçlarını karşılamalarına neden olacaktır. Sonuç olarak, bireylerin kamu ya da özel sağlık hizmetlerini almaları noktasında maliyet paylaşımlarına gitmeleri ya da tamamen cepten harcamalara evrilmesi düşük gelir grubuna sahip olanların daha da yoksullaşmasını yol açacaktır. Bu durum literatürde tıbbi yoksulluk tuzağı (medical poverty trap) olarak tanımlanmıştır (Whitehead vd., 2001: 834).

Cepten yapılan harcamaların hane halkı üzerinde yarattığı temel sıkıntılardan biri de katastrofik sağlık harcamalarıdır. Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre cepten yapılan sağlık harcamalarının artması bireylerin finansal korumadan yoksun kalmalarına neden olacaktır. Katastrofik sağlık harcamaları, sağlık hizmetlerine belirli bir bütçe ayırabilmek adına bireylerin temel tüketim gibi zorunlu ihtiyaçlardan fedakârlık yapmalarına, varlıklarını satmalarına ya da borçlanmalarına neden olacaktır. Cepten yapılan harcamalar belirli bir dönemde toplam gelir ya da harcamaların belirli bir oranını aşması durumunda ortaya çıkar ki bu durum sağlık harcamalarının oluşturduğu finansal katastrofi olarak nitelendirilir (Wagstaff ve Van Doorslaer, 2003: 930; Xu vd., 2003: 111). Sağlık harcamalarının hane halkı gelirinin ne kadarlık bir kısmını aşması durumunda ortaya çıkacağını gösteren katastrofik sağlık harcamaları farklı çalışmalarda farklı oranlarda belirlenmiştir.

Sağlığın piyasalaştırılması hastalar ve sağlık çalışanları arasında adaletsizliklere neden olmakta ve sağlık hizmetleri sunumunun kamusal doğasını aşındırmaktadır. İç pazar dinamikleri olarak ifade edilen piyasalaşma süreci, hizmetlere erişimde çeşitli sınırlılıkları da içermektedir. Sağlık hizmetlerine en çok ihtiyaç duyanların piyasada belirlenen fiyat düzeyinde hizmet satın almaları imkânsızlaşmaktadır. Lister (2016) sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi sonucunda er ya da geç daha fazla ödeme gücü olanların ve hizmeti daha çok talep eden grupların özel sektörde seçileceğini ifade etmektedir. Bu ters seçim özellikle kronik hastalığı olanları, ödeme gücü olmayanları ya da mental rahatsızlıkları olanları sistem dışı bırakarak negatif bir etki yaratacaktır.

Sonuç olarak bu araştırmacılar ortaya attıkları teorilerle özelleştirme dinamiklerinin piyasa başarısızlıkları doğurabileceğini belirterek sağlık hizmetlerinde piyasalaşma ya da özelleştirme uygulamalarından kaçınılması gerekliliği üzerinde durmuşlardır. Özelleştirmenin neden olduğu ya da katlanmak zorunda olduğu risk faktörleri Albrecht (2009) tarafından genel olarak şöyle özetlenmiştir:

- Kaynakların dağıtımında ve hizmete erişim noktasında hakkaniyet problemleri yaşanabilir.
- Ödeme gücü olanlar için tedavi edici paralel bir sağlık sistemi örgütlenirken, koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili problemler artabilir.
- Finansal kaynakların verimli ve etkin kullanımına odaklanılırken çıktı kalitesi ile ilgili şeffaflık sorunu derinleşebilir.

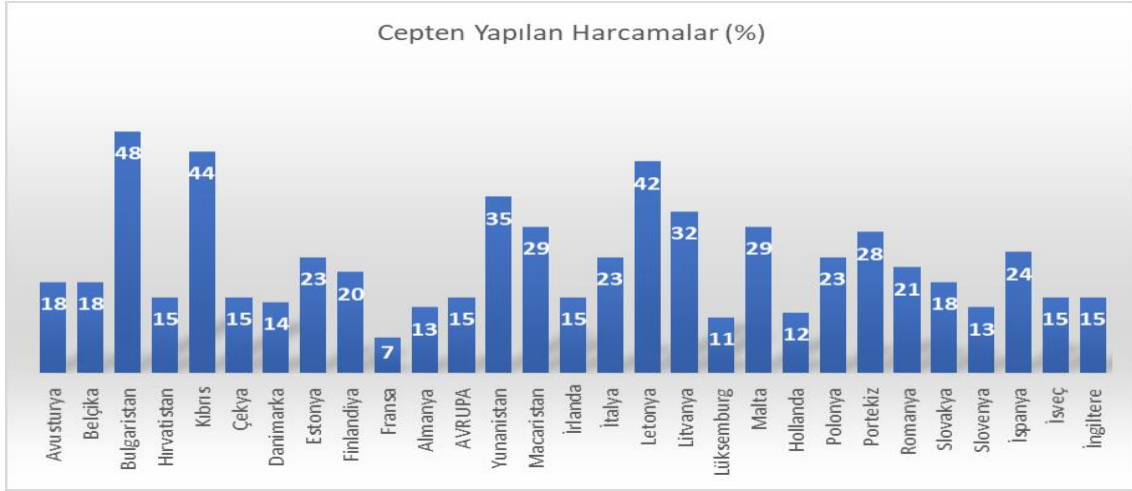
5. AVRUPA BİRLİĞİ ÜLKELERİNDE ÖZELLEŞTİRME PRATİKLERİ

Avrupa ülkelerinde özelleştirme uygulamaları daha çok finansman ve sağlık hizmetlerinin sunumu bağlamında ortaya çıkmıştır. Tabii ki özelleştirme pratiklerinin yaygınlaşmasına neden olan yasal mevzuat ve bu konudaki kamusal siyasi iradenin de etkisi yadsınamaz. Özellikle AB ülkelerinde 1980'li yıllardan itibaren kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranında gözlenen düşüş özelleştirme dinamiklerinin sağlık üzerindeki etkisini net ortaya koymuştur. Sağlık hizmetlerinin finansmanında özelleştirme; sağlık finansman sorumluluğunun merkezi hükümet gelirlerinden ya da kamu sağlık sigortasından kullanıcı katkıları ya da maliyet paylaşımı yoluyla bireylere ve özel sağlık sigortasına doğru değişmesidir.

Finansman, direkt cepten ödemeler ve özel sağlık sigortası şeklinde özelleştirilmiştir. Sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin özelleştirme ise kamu sağlık harcamalarında gözlenen düşüş (Andre vd., 2016: 11), hastane hizmetleri gibi uygulamaların özel sektöre devri ya da hastane içinde birtakım uygulamalarda yaşanmıştır.

Piyasa mekanizmasının her alanda hissedilmesi Avrupa’da sağlık alanında da mevzuat değişikliklerini hayata geçirmiştir. Sadece Polonya’da 1989-2001 tarihleri arasında sağlık hizmetlerinde özelleştirmeyi teşvik edici yaklaşık 20’ye yakın hukuki mevzuat uygulamaya konulmuştur (Kaczmarek vd., 2013: 309). Hukuki düzenlemelerin piyasalaştırma eğilimleri diğer bazı AB ülkelerinde de farklı pratikler kazanmıştır. Örneğin, Yunanistan ve İrlanda’da yerel düzeyde güçlendirilmiş aile hekimleri yoluyla entegre bakım vermeye başlanmıştır. İtalya’da yerel düzeyde sağlanan hizmetlerin izlenmesinde sıkı bütçe kuralları kabul edilmiştir. İsveç’te merkezden bölgesel bir sağlık sistemi ve hastane yönetimi yapılanmasına geçiş yaşanmıştır. Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Sistemi’nde (NHS) 2012 yılında revizyon yapılarak aile hekimlerine yönelik merkezi denetim yerel sağlık otoritelere terk edilerek aile hekimleri seçiminde kısmi özelleştirmenin yolu açılmıştır. Yine bu ülkelerde özellikle İtalya ve İsveç’te hizmet sunumu ve finansmanının ayrılması ve kamu tesislerinde özel uygulamaların düzenlenmesi yaşanan diğer önemli gelişmelerdir. Bunların yanı sıra bu ülkelerde tamamlayıcı sağlık sigortasının kapsamı genişletilerek dental (diş) hizmetler, rehabilitasyon hizmetleri ile uzun dönemli bakım hizmetleri temel teminat paketinden çıkarılmıştır (Stamati ve Baeten, 2015: 198). Benzer şekilde İngiltere’de 1980’li yıllarda NHS’de yaşanan değişimler yoluyla varlıkların özel girişimcilere satışı, klinik ve klinik dışı hizmetlerde yaşanan sözleşmelerin artması, özel sağlık sigortasının satın alınması için insanlara vergi ve benzeri teşviklerin sağlanması gibi olgular, sağlık sisteminde özelleştirme dinamiklerine kapı araladığını göstermektedir. Çekya, özellikle 1990’lı yıllarda bürokratik engelleri azaltmak ve yanlış uygulamaların önüne geçmek için sağlık alanında bir dizi yönetsel reformlar yapmıştır. Macaristan’da, “Ulusal Yenileme Programı”nı yayımlaması sonucu sağlık sistemini yeniden yapılandırma sürecine girmiş ve kamu hastanelerinin özel sektör mantığıyla çalışmasına zemin hazırlanmıştır (Akinci, 2002: 79).

Avrupa’da özelleştirme deneyimleri ya da özelleştirmenin uygulandığına dair güçlü kanıtlardan biri finansman yönteminde yaşanmıştır. Özellikle Yunanistan, İtalya, Portekiz ve İsviçre gibi Batı Avrupa ülkelerinde 2000’li yıllarda toplam sağlık harcamaları içinde özel finansman önemli büyüklüğe ulaşmıştır (%30). Bu özel finansman yöntemi içinde cepten ödemelerin payı yüksektir. Doğrudan hizmet alımı sırasında cepten yapılan ödemeler, maliyet paylaşımı bağlamında yapılan katkı ya da katılım ücretleri ile masa altı ödemeler olarak bilinen enformel ödemeler bu harcama türünün önemli bileşenleridir. Avrupa ülkelerinde 2005 yılında yapılan cepten harcama oranları %6,9 ile en düşük Fransa’da ve %22,4 ile en yüksek İspanya’da olmuştur (Andre ve Hermann, 2009: 135). AB ülkelerinde 2015 yılı verilerine ilişkin ortalama cepten yapılan harcamaların oranı yaklaşık olarak %15 olarak tespit edilmiştir (Şekil 1). Bu oran Kıbrıs Rum kesiminde %44 civarında seyrederken, Bulgaristan’da %48, Letonya’da %42, Yunanistan’da %35, Litvanya’da %32 olarak hesaplanmıştır (European Commission, 2017).

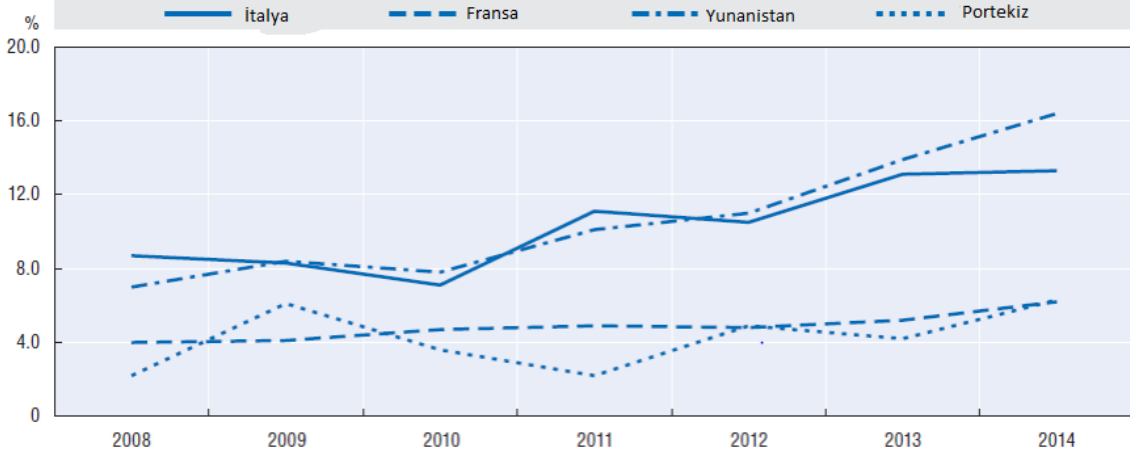


Şekil 1: AB Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamaları İçinde Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Payı (2015)

Kaynak: (European Commission, 2017'den uyarlanmıştır)

Özelleştirmeye beraber genel olarak AB ülkelerinde kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içinde payında göreceli olarak 1980 ve 2005 yılları arasında düşüş gözlemlenmiştir. Kamu sağlık harcamalarında yaşanan bu düşüş adım adım özel sağlık sigortacılığını ve cepten ödemeleri artırmıştır (Andre ve Hermann, 2009: 134). Avrupa'da yaygınlaşan özelleştirme, bireyleri finansal risklere karşı koruma yeteneğini kaybederek karşılanmamış sağlık ihtiyaçlarını artırmıştır. Bu durum finansal krizlerle birleştiğinde etki büyüklüğü yüksek boyutlara çıkma olasılığını ortaya çıkarmıştır. Ekonomik krizler ve sonrasında yaşanan mali darboğazlar piyasalaşma düzeyini hızlandırmaktadır. Bunun sonucu olarak kamunun kontrol yeteneğini bilinçli ya da zorunlu kaybetmesi bireylerin sağlık hizmetlerine erişimlerini kısıtlayabilmektedir. Özellikle düşük gelir grubunda yer alan bireyler ve haneler bu durumdan önemli derecede etkilenirler. AB'de 2008-2009 döneminde krizin belirgin olarak hissedildiği ülkelerde dezavantajlı grupların temel sağlık gereksinimlerinin büyük ölçüde karşılanamadığı tespit edilmiştir. Ekonomik krizin yoğun etkilerinin hissedildiği Estonya, Yunanistan, Romanya, Litvanya ve İtalya gibi ülkelerde yaşayan düşük gelir gruplarının karşılanmamış tıbbi gereksinimlerinde belirgin artışlar yaşanmıştır (European Commission, 2017).

Seçilmiş bazı AB ülkelerinin zaman içinde karşılanmamış tıbbi bakım ihtiyaçlarında bir artış tespit edilmiştir. 2008-2009 krizinden sonra karşılanmamış bu ihtiyaçlar yıllar itibarıyla sürekli bir artış eğilimi göstermiştir (Şekil 2).



Şekil 2: Seçilmiş Bazı AB ülkelerinde Finansal Nedenlerden Dolayı Düşük Gelir Gruplarının Yıllar İtibariyle Karşılanmamış Sağlık İhtiyaçları

Kaynak: (OECD, 2016)

Sınırlı ekonomi büyümeyle bağlantılı kamu finansman açıkları Avrupa’da birçok ülkeyi ve yönetimleri özel fon arayışına yöneltmeye motive etmiştir. Ekonomik krizlerle birlikte meydana gelen finansal darboğazlar bireylerin sağlık hizmetlerine erişimin önünde önemli bariyerler oluşturmuştur. Araştırmalar 2013 yılında kıta Avrupa’sında yaklaşık 18 milyon insanın başta finansal engeller olmak üzere karşılanmamış bir sağlık ihtiyacı içinde olduğunu belirtmişlerdir. Dental ve farmakolojik hizmetler bu karşılanmamış ihtiyaçların büyük bir oranını oluşturmaktadır. Bu durumun en önemli nedeni olarak da özellikle 2008-2009 döneminde görülen ekonomik krizin belirgin rol oynadığı vurgulanmaktadır (European Commission, 2016: 11). Ekonomik krizle birlikte Yunanistan, Kıbrıs, Romanya ve Bulgaristan gibi ülke nüfuslarının en az %10’unun sağlık giderlerinin sigorta kapsamında karşılanmadığı tespit edilmiştir (OECD, 2016: 152). Krizin yoğun hissedildiği Yunanistan’da sağlık hizmetlerinin bu durumdan etkilenmesi daha fazla olmuştur. Nitekim yapılan bir çalışmada kriz sonrası hastaların kamu hastaneleri hizmet kalitesine ilişkin algıları 1-100 arası bir skalada 66,2 gibi bir değerde endekslenmiştir. Bu durum hastaların, sağlanan hizmetin teknik kalite düzeyine ilişkin memnuniyetlerinde giderek artan oranda bir azalma şeklinde olmuştur. Buna paralel olarak da kamu sağlık harcamalarında bir düşüş yaşanmıştır (Keramidou ve Triantafyllopoulos, 2018: 355).

İngiltere’de kamu-özel ortaklıklarının sağlıkta uygulamaları, Fransa ve Almanya’da kamu tarafından sağlanan hastane yataklarının belirli bir oranının özel kurumlarca sağlanması AB ülkelerinde hizmetin giderek özelleştirilmesi sinyallerini vermiştir. Benzer şekilde İsveç, İngiltere ve Litvanya’da hizmet sunumunda rekabet ortamının yaratılması, aile hekimleri, ödeme ve sözleşmeler üzerindeki kamu kontrolünün büyük ölçüde piyasa mekanizmalarına doğru evrilmesi (Stamati ve Baeten, 2015: 198) özelleştirmenin normalleştiğini göstermektedir. Özelleştirme uygulamaları AB ülkelerinde benzer olmamıştır (Tablo 1). Örneğin, İngiltere’de sağlık hizmetleri sunumunda özelleştirme daha yaygınken finansman yönteminde önemli değişimler yaşanmamıştır. Diğer taraftan Hollanda’da hizmet sunumundan çok finansman yönteminde özelleştirme pratikleri daha yoğun görülmüştür (Andre vd., 2016: 21).

Tablo 1: Avrupa’da Özelleştirmenin Değişik Formları

Finansman Bağlamında Özelleştirme	Hizmet Sunumu Bağlamında Özelleştirme
Kamu sigortasından özel sağlık sigortasına geçiş	-Özel sağlık kuruluşlarının yaygınlaşması
Doğrudan cepten ödemelerin varlığı	-Kamu hizmetlerinin yasal temelinin değiştirilmesi
Özel fonlarla kamu hastanelerinin finansmanı (KÖO)	-Kamu hizmetleri misyonunun özel işletmelere transferi
Kamu hizmetlerinin yetersizliği	-Tedavi ve özel yatak gibi özel pratiklerin kamuda uygulanması
Sağlık hizmetleri finansmanı ve sunumunun ayrılması	-Hizmetlerin sunumunda dış kaynaklardan yararlanma
Tüketicilerin sigorta fonlarını seçme özgürlüğünün gelişmesi	-Kamu hastaneleri ve özel klinik sözleşmeleri
Yatırım fonları statüsünün sigorta şirketleriyle uyumlu hale getirilmesi	-Bölgesel ve yerel yönetimlerde özel hizmet sözleşmeleri
Global bütçe, TİG ve performans gibi yeni hastane finansman yöntemleri	-Yeni kamu yönetimi kapsamında hastanelerin özleştirilmesi ve rekabet

Kaynak: (Andre vd., 2016: 12).

Finansman yöntemi türü özelleştirme eğilimleri üzerinde etkilidir. Örneğin, Bismarck tipi finansman modelinde özel sigortacılığın daha yüksek olduğu görülmektedir (Andre ve Hermann, 2009: 134). OECD 2014 verileri kullanılarak sağlık finansman yöntemlerinin sağlık hizmetlerine erişimine olan etkisinin saptandığı bir çalışmada, Beveridge sistemini kullanan ülkelerde maliyetten dolayı sağlık hizmetlerinden yararlanamama oranı yaklaşık olarak %9,5 bulunmuştur. Aynı çalışmada Bismarck modelini benimseyen ülkelerde bu oran %15,5 olarak saptanmıştır. ABD ise hizmet alamayanların oranı %33’e ulaşmıştır (Daştan ve Çetinkaya, 2015: 127). ABD’de özel sağlık sigortası ve cepten ödemelerin yüksek olması ekstra mali yüklerle neden olarak erişim kısıtlılığını gündeme getirmektedir. Bismarck modeli prim esasına dayalı bir finansman yöntemidir ve gelire esas kazanç oranında katkıları öngörmektedir. Her iki finansman yönteminde özel finansman ağırlıklı olarak hissedilmektedir. Bu durum sermaye bütçeleme yöntemlerini de etkilemektedir (Tablo 2).

Tablo 2: Seçilmiş Bazı Avrupa Ülkelerinde Sağlık Hizmetleri Sermaye Bütçeleme Yöntemleri

Ülke	Egemen Sağlık Finansman Yöntemi	Sağlık Hizmetleri Alt Yapısı ve Hizmet Sunumunda Özel Sermayenin Rolü
Finlandiya	Vergiler	-KÖO kapsamında sınırlı klinik uygulamalar
Fransa	Kamu Sigortası	-Büyük özel sektör yatırımları -Bazı KÖO uygulamaları
Almanya	Kamu Sigortası	-Devlet izni kapsamında hızla büyüyen kar amaçlı hizmet sunumu -Sermaye harcamaları için genel devlet yardımları -KÖO deneyimleri
İtalya	Vergiler	-Kısmi/küçük özel sektörün varlığı -Sınırlı KÖO uygulamaları

Hollanda	Kamu Sigortası	-Kar amaçlı olmayan özel sağlık kuruluşları -Hastanelerin çoğu bankalardan borçlanmaktadır. -Gelecekte hastaneler ve özel sağlık sigorta kuruluşları arasındaki rekabeti belirleyen sermaye kaynakları olacaktır.
Portekiz	Vergiler	-Klinik hizmetlerin sunumunda KÖO -Yeni KÖO uygulamaları
İspanya	Vergiler	-Kısmi KÖO uygulamaları
İsveç	Vergiler	-Olası KÖO uygulamaları
Birleşik Krallık	Vergiler	-Küçük özel sektör uygulamaları -Yaygın düzeyde KÖO uygulamaları -Bağımsız teşhis ve tedavi merkezleri

Kaynak: (Barlow vd., 2010: 52)

Kamu hastanelerinin özel yatırımcılara satışı ve özel hastanelerin yapımının artması AB ülkelerinde sağlık hizmetlerinde en radikal özelleştirme biçimi olmuştur. Hastanelerin birleşmesi ve satın almalar ile kamu-özel ortaklıkları diğer önemli özelleştirme biçimleridir. Avrupa’da 1991 ile 2004 yılları arasında özel hastane oranlarının artması (%14,8’den %25,4’e yükselme) ve buna paralel olarak kamu hastanelerinde gözlenen düşüş (%46’dan %36’ya düşüş) özelleştirmenin hastanelere yansımalarının örnekleridir (Andre ve Hermann, 2009: 135). Sadece İngiltere’de 2009 yılında 159 hastane özel finansman girişimleri ya da KÖO modeliyle kurulmuştur. Bu rakamlar o dönemki hastane programlarının yaklaşık %90’ına denk gelmiştir (Sözer, 2013: 217).

Araştırmalar hastanelerin özelleştirilmesiyle beraber toplumun ihtiyaç duyduğu fakat bir getirisi olmayan ya da düşük getirili hizmet birimlerinin kapatıldığını göstermektedir. Ayrıca, özel hastanelerin ya da kar güdüsüyle hareket eden kuruluşların ödeme gücü olan bölgelerde yoğunlaşacağını göstermektedir (Harris, 2014). Özel sigortacılık gibi özel hastanelerin de kamu hastanelerine göre daha verimli çalıştıkları düşünülmektedir. Maliyetleri etkin yönetmenin yanı sıra kar elde etme güdüsüyle de hareket etme temel karakteristiktir. Özel hastanelerin ölçek ekonomilerinden gereğince yararlanmaları, daha özel ve komplike vakalara yönelik hizmet vermeleri kaynak kullanımında verimliliği sağlama adına başarılı olmalarına neden olabileceği düşünülmektedir. Ancak özelleştirme, bakım hizmetlerinin parçalanmasına yol açar. Önleyici sağlık hizmetlerine daha az özen gösterir bu durum uzun dönemde maliyetlerin artmasına neden olacaktır (Andre ve Hermann, 2009: 140).

Temel sağlık hizmetlerinin sunumunda aile hekimlerinin (general practitioners) serbest meslek sahipleri olması ve kendi nam ve hesabına çalışmaları temel hizmetlerin sunumunda da özelleştirme rüzgârlarının estiğini göstermektedir. İngiltere’de aile hekimlerinin serbest çalıştıkları ve çeşitli sözleşmeler altında hizmet başı ödemeye tabi tutuldukları görülmektedir. Finlandiya ve Portekiz gibi ülkelerde aile hekimleri ise maaşlı kamu çalışanları olarak görevlerini icra etmektedirler. Benzer şekilde evde bakım hizmetlerinde özel girişimcilerin hizmet sunumunda yaygınlaştığı görülmektedir. İsveç’te sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ve hastalara seçim hakkının tanınması sonucu sadece üst gelir gruplarının aile hekimlerine erişimlerinde artış yaşanmıştır (Beckman ve Anell, 2013).

Özetle AB ülkelerinde temel sağlık hizmetlerinin hasta hizmetleri içindeki rolünde özel sektör dinamiklerinin ağırlıklı olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Tablo 3. Bazı AB Ülkelerinde Sağlık Hizmetleri Sunumu (Temel Sağlık Hizmetleri ve Hastane Hizmetleri)

Ülkeler	Temel Sağlık Hizmetleri	Hastane Hizmetleri
Danimarka	Özel sektör	-Ağırlıklı olarak kamu sektörü
İngiltere	Ağırlıklı olarak özel sektör ve ücretli doktorlarla sınırlı NHS uygulamaları.	-Ağırlıklı olarak kamu sektörü
Fransa	Özel sektör	-Ağırlıklı olarak kamu sektörü (yaklaşık %67 kapasite), özel (%25) ve kar amacı gütmeyen kuruluşlar tarafından sağlanmaktadır.
Almanya	Özel sektör	-Hastane yataklarının %50'si kamu, %17'si özel, %33'ü kar amaçsız kurumlarca sağlanmaktadır.
İtalya	Özel sektör	-Hastane yataklarının %80'i kamu %20'i ise özel sektörce sağlanmaktadır.
Hollanda	Özel sektör	-Ağırlıklı olarak özel ve kar amacı gütmeyen kuruluşlar tarafından sağlanmaktadır.
Norveç	Ağırlıklı olarak özel sektör (%95'i aile hekimleri)	-Ağırlıklı olarak kamu sektörü
İsveç	%40'ı özel sektör; %60'ı kamu sektörü	-Ağırlıklı olarak kamu sektörü
İsviçre	Özel sektör	-Ağırlıklı olarak kamu sektörü tarafından sübvans edilen kuruluşlarca sağlanır.

Kaynak: (Mossialos ve Wenzl, 2016).

Özelleşmeyle birlikte Avrupa Birliği ülkelerinde dental ve farmasotik hizmetler, temel sağlık hizmetleri kapsamında aile hekimlerinin (çalışanlarının ücretlendirilmesi, kira bedellerinin ödenmesi vb.) ve KBB, göz hizmetleri gibi hastane hizmetlerinin çeşitli seviyelerde özelleştirildiği görülmektedir (Atun, 2007: 261; Böhm vd., 2012). AB ülkelerinde ayakta tedavi hizmetleri ağırlıklı olarak özel sektör mantığıyla ya da özel kurumlarca sunulurken klinik hizmetler kamu ağırlıklı olarak sunulmaktadır (Böhm vd., 2012; Saga ve Thomson, 2016).

Hastane yataklarının sayısı ve kullanım şekli, hastalara hizmet sunmak için mevcut kaynakların bir göstergesidir. 2000 yılından bu yana, AB ülkelerinde nüfus başına hastane yatak sayısında bir azalma yaşanmıştır. AB'ye üye ülkelerde 2000 yılında ortalama 1000 kişiye düşen 6,7 hastane yatağı, 2014 yılında 5,2 olmuştur. Kişi başı yatak kullanım oranında yaşanan bu %20'lik düşüş eş zamanlı olarak hastanede kalış süresinde de düşüşe neden olmuştur. Hastane kapasitesinde yaşanan bu düşüş kamu sağlık harcamalarını azaltmaya yönelik politika değişimini yansıtmaktadır. Zaman içerisinde kamu yatak sayısında yaşanan bu azalma bazı ülkelerde kar amaçlı özel hastane yataklarında artışla eş zamanlı olmuştur.

Örneğin, Almanya’da kamu yatak sayıları 2002 yılında 330 bin iken bu sayı 2014 yılında 270 bin olmuştur. Buna karşın özel hastane yatak sayılarında aynı yıllarda 170 binden 200 bine çıkmıştır. Aynı şekilde Fransa’da 2000 yılında kamu hastaneleri toplam yatak sayısı 320 binden 2014 yılında 260 bine düşmüşken, aynı dönemde özel hastane yatak sayıları 96 binden 98 bine yükselmiştir (OECD, 2016: 167).

Kamu hastanelerinde kar amaçlı özel hastane yataklarının varlığı hastanelerin işletmecilik mantığıyla çalıştığını göstermektedir. Avrupa’da özellikle İtalya, İspanya ve Portekiz’de özel hastane yatak oranının %20-%30 arasında değiştiği görülmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2002). 2006-2010 yılları arası Malezya’da yatak kullanım oranı, yatak devir hızı ve ortalama kalış günü verileri kullanılarak kamu hastaneleri üzerinde yapılmış bir çalışmada sağlıkta ticarileşmenin hastane performansı üzerinde etkili olmadığı sonucuna varılmıştır (Nwagbara ve Rasiah, 2015). Hastanelerde özelleştirmenin artması yatak kullanım oranını artırmakta, Buna karşın hastanede kalış süresini kısaltmaktadır. Fakat işlem sürelerinin kısa oluşu özelleştirmenin önemli avantajlarını (Alkhamis, 2017: 265) ön plana çıkarmaktadır.

Özel sağlık sigortası özelleştirme dinamiklerinin işlendiği bir mekanizmadır. Toplam sağlık harcamaları içindeki görece payının 2005 yılında AB ülkeleri arasında farklılaştığı görülmektedir. Bu oran en düşük %3,1 ile İtalya ve en yüksek %23 ile Hollanda’da olmuştur. Özel sağlık sigortasının varlığının özelleştirmenin bir gereği olabileceği gibi, bir ülkede var olan sağlık sistemi tipi, kamu sigortasının kapsamı, düzeyi ve özel sağlık sigortasının sağladığı teminat türüne bağlı olduğu da göz ardı edilmemelidir (Andre ve Hermann, 2009: 134). Özel sağlık sigortası AB ülkelerinde farklı şekillerde uygulama alanı bulmuştur. Özel sağlık sigortasının türleri ve özellikleri (Andre ve Hermann, 2009: 134) aşağıda belirtilmiştir:

- İkame edici özellik (Substitutive): Kamu sigortası temel teminat paketinde olmayanlar ve mükerrer sigortacılıktan yararlanmak isteyenler için var olan bir özel sigorta türüdür. Kamu ya da zorunlu sağlık sigortasının alternatifidir. Daha çok gelir düzeyi yüksek olanlara hitap eden bir sigortacılık sistemidir. Hollanda, Almanya ve İspanya’da sınırlı olarak uygulanmaktadır (Andre ve Hermann, 2009: 134).
- Maliyet açısından tamamlayıcılık (Complementary): Kamu sağlık sigortasının karşılamadığı maliyetlerin karşılanması adına yapılan bir sigortacılık türüdür. Özellikle Fransa’da yaygın olarak kullanılmaktadır. Ülke nüfusunun yaklaşık %95’i sosyal güvenlik sistemindeki maliyet paylaşımını karşılamak için tamamlayıcı sağlık sigortasına sahiptir. Ayrıca Belçika, Slovenya, Hırvatistan ve Lüksemburg gibi ülkelerde nüfusun büyük bir çoğunluğu tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamındadır (OECD, 2016: 152).
- Hizmetin kapsamı bakımından tamamlayıcılık (Supplementary): Kamu sigortasının karşılamadığı, teminat paketine almadığı hizmetlerin karşılanması adına uygulanan özel sigorta alt bileşenidir. Portekiz ve Yunanistan’da yaygın kullanma alanı bulmuşken, Hollanda’da temel teminat paketinde yer almayan ilaç ve dental ürünlerin maliyetlerini karşılamaktadır. Hollanda ülke nüfusunun yaklaşık %85’i bu sigorta kapsamında yer almaktadır (OECD, 2016: 152).

Özel sağlık sigortasının bileşenleri olarak kabul edilebilecek bu mekanizmalar genelde gelire bağlı oldukları için eşitlik bozucu özellikleri vardır. Özellikle hastalık riskinin gelire orantılı olduğu durumlarda sağlık sistemi üzerinde olumsuz etkileri kaçınılmaz olmakta ve toplumsal hedeflerle çelişkili olabilmektedir. Hizmete erişimde yaşanan hakkaniyetsizlikleri doğurma eğilimleri yüksektir (Dünya Sağlık Örgütü, 2002). Fransa’da temel sağlık hizmetleri ile ayakta bakım hizmetleri özel sektör tarafından karşılanırken, hastane hizmetleri ağırlıklı olarak kamu tarafından sunulmaktadır. Fransa’da sağlık hizmetlerinde 1980’li yıllarda başlayan desantralizasyon, özelleştirme ve işletmeleştirme sonucu kamu sağlık sigortası kapsamı ve faydalanılan hizmetlerde daralma yaşanmıştır. Maliyet sınırlama ve başarılı performans gösteren hastanelerin ekstra fonlandırıldığı görülmektedir. Almanya’da primlerde bireysel riskler esas alınarak yaklaşık 9 milyon kişi özel sağlık sigortası kapsamındadır (Stamati ve Baeten, 2014: 198).

Özel finansman yöntemlerinin yaygınlaşması ile birlikte, özellikle kullanıcı katkıları ve cepten yapılan ödemeler ile özel sağlık sigortacılığının artması, düşük gelirli grupların temel sağlık hizmetlerine erişimini azaltmaktadır. İsveç Stockholm’de refah seviyesi iyi olan insanların yaklaşık %34’ünün bile kullanıcı katkılarından dolayı profesyonel sağlık hizmetlerini alamadıklarını görülmüştür. Çalışmada özel finansman payının artmasının ödeme yükünde adaletsizliklere neden olduğu belirtilmiştir. Örneğin hasta olanların, çalışma çağında olmayan yaşlılar ve çocukların, erkeklere göre kadınların ve düşük gelirli grupların daha fazla ödemede buldukları belirtilmiştir (Dahlgren, 2014: 518).

Özelleştirme özellikle sosyal hakkaniyeti bazı nedenlerden dolayı bozmaktadır. Örneğin özel sigortacılık yeniden dağıtım etkisini ortadan kaldırır. Dezavantajlı grupların sigorta kapsamının dışında bırakılma olasılıkları yüksektir. Bu durum aynı zamanda kamu sigortacılık ilkesi olan dayanışma ilkesini de zedelemektedir. Tamamlayıcı sigorta kapsamında olanlar olmayanlara göre önemli ölçüde daha fazla sağlık hizmetlerini kullanma eğilimindedirler. Benzer şekilde cepten ödemeler oldukça regresiftir yani eşitlik bozucudur, çünkü cepten yapılan sağlık harcamalarında yaşanan artış gelir düzeyi düşük olan insanlar için finansal bir yük getirmektedir. Global bütçe ve TİG gibi geri ödeme mekanizmaları, hastaneleri tedavisi basit ve daha az maliyet gerektiren hastaları tercih etmeye itecektir. Ayrıca hizmet başı gibi ödeme mekanizması gereksiz talep yaratarak maliyetler üzerinde ciddi baskılar yaratmaktadır (Andre ve Hermann, 2009: 142). Özelleştirme hakkaniyet anlayışına zarar vererek hastanelerde tedavi ve klinik hizmetlere ağırlık verilmesine neden olabilmektedir. Daha hafif ve minör düzeyde şikâyetlere sahip olan hastaların çoklu sağlık sorunlarına sahip olan hastalara göre önceliklendirilmesine yol açabilmektedir (Alkhamis, 2017: 262).

Özel sağlık sigortasının kamu sigortasına göre daha verimli olduğu düşünülmektedir. Fakat özel sağlık sigortasının yönetsel maliyetleri daha yüksektir. Örneğin, kıta Avrupa’ında özel sağlık sigortacılığında yönetsel maliyetlerin zorunlu olduğu rejimlerde harcamalar yaklaşık %4-5 arasında değişmekte iken gönüllülük esasına dayalı rejimlerde prim gelirleri %10-27 arasında değişmektedir. Bu durum özel sigortacılıkta işlem ve reklam maliyetlerinin yüksekliğine atfedilmektedir (Mossialos ve Thomson, 2004: 27), fakat rekabet ortamının yaratılması ve daha çok bireyi sağlık sorunları bakımından güvenceye alma düşüncesi maliyetleri belirli oranda azaltacaktır.

Diğer taraftan özel sigorta şirketleri finansal riskleri doktorlara transfer etmeye çalışırlar. Benzer şekilde cepten ödemeler ve maliyet paylaşımları ilaç tüketimini ve sağlık hizmetleri kullanım düzeyini etkilemektedir, fakat tüm bu maliyet paylaşımlarının sağlık hizmetleri verimliliğine ya da verimsizliğine olan etkisini belirleme yeteneği zordur (Andre ve Hermann, 2009: 139).

Özelleştirme uygulamaları personel üzerinde belirgin bir etkiye sahiptir. Dış kaynak kullanımını ve kamu-özel ortaklığı kapsamında çalışan sağlık personeli olumsuz etkilenmektedir. Örneğin özel sektörde doktorlara daha fazla ödeme yapılırken diğer sağlık personeline daha az ödeme yapılmaktadır. Benzer şekilde özelleştirme ve piyasa mekanizmasının maliyetleri düşürme baskısı, kamuda iş yükü ve stres düzeyinde artış göstermektedir (Andre ve Hermann, 2009: 141). Almanya’da yapılan bir çalışma özelleşen hastanelerde teknik verimliliğin arttığı fakat klinik ve yönetsel personel dışı diğer iş gücünde ve diğer girdi kaynakların maliyetlerinde belirgin azalma yaşandığı saptanmıştır (Tiemann ve Schreyögg, 2012: 320). Özelleştirme kapsamında verimliliğin sağlanması her zaman kaynakların efektif kullanımı anlamına gelmez. Nitekim yapılan bir çalışma göstermiştir ki klinik ve yönetsel personel dışında diğer sağlık personeline görülen düşüş ya da işten çıkarmalar verimliliğin artmasının nedeni olarak saptanmıştır (Heimeshoff vd., 2014: 448). Oysaki personelin işten çıkarılması kaynak kullanımında verimlilikle ilişkilendirilemeyecek kadar önemlidir.

SONUÇ

Dünyada yaşanan değişimler sağlık sektörünü de etkilemiştir. Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, hizmetin sunumu, finansmanı ve yasal değişikliklerin yaşanması bu değişimlerin sağlık sektörünü etkileme biçimini ortaya koyarak özelleştirme ve piyasalaşma süreçlerini hızlandırmıştır. AB ülkelerinde sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinde dış faktörlerin yanı sıra iç faktörler de etkili olmuştur. Çeşitli yasal düzenlemeler, iç pazar dinamikleri, ekonomik uyum programları, politik şoklar ve ekonomik krizler ve hastaların daha iyi hizmet alma isteği hizmetlerin özelleştirilmesinde etkili olan faktörler olarak sıralanabilir. AB ülkelerinde desantralizasyon, korparitizasyon ve otonomizasyon süreçleri sağlık hizmetlerini piyasa dinamiklerine iterek özelleştirmeyi hızlandıran yapısal değişiklikler olmuştur.

Sağlık hizmetleri doğası gereği kamusal küresel mallar ve yarı kamusal mal olma özelliğini taşıdıklarından kamu müdahalesini zorunlu kılacağını ve bu hizmetlerin tamamen piyasa mekanizmasına terk edilemeyeceğini savunan görüşler ve teoriler ortaya atılmıştır. Sağlık hizmetlerinde dışsallıkların olması, bilgi asimetrisi, bu hizmetlerin erdemli mal olması ve hizmete ihtiyaç duyanların onların satın alma güçleriyle ilişkili olması bu görüş ve teorileri destekleyen unsurlar olmuştur.

AB ülkelerinde özelleştirme yöntemi genelde farklı göstermektedir. Bazı ülkelerde özelleştirme süreci hizmet sunumunda yaşanırken, bazılarında hizmetin finansmanı kapsamında gerçekleşmiştir. AB ülkelerinde özelleştirme uygulamaları özel sağlık sigortasının, tamamlayıcı ve destekleyici sigortaların uygulanması, kamu-özel ortaklıklarına dayalı hizmetin finansmanı ve sunumu, cepten ödemeler ve maliyet paylaşımının diğer türleri şeklinde gerçekleşmiştir.

Özelleştirme kıta Avrupa’ında ağırlıklı olarak ayakta bakım hizmetleri, dental ve farmasötik hizmetler ile aile hekimlikleri gibi temel sağlık hizmetlerinin sunumunda görülmektedir. Özel hastanelerin yaygınlaştırılması, kamu mülkiyetlerinin özel sektöre devri ve kamu sağlık harcamalarında gözlenen düşüş diğer özelleştirme pratikleri olarak yaygınlık kazanmıştır.

Her ne kadar özelleştirme kavramı; kamu kaynaklarının verimli kullanımı, maliyet paylaşımı yoluyla kamu sağlık harcamaları yükünün hafifletileceği ve bireylerin sağlık gereksinimlerini karşılayacak daha nitelikli hizmet sunumu referanslarıyla ortaya atılsa da uygulamanın sağlık hizmetlerinde hakkaniyet problemlerine neden olduğu kanıtlanmıştır. Hastanelerin personel rejimlerinde olumsuz yaşanan değişimler, yatak devir hızında düşmelerin yaşanması, getirisi olmayan hizmet birimlerinin kapanış sürecine girmesi ve temel, bulaşıcı, koruyucu hizmetlerin dışlanabileceği kaygısı özelleştirmeyle birlikte yaşanan diğer önemli sorun alanları haline gelmiştir. Sağlık hizmetlerinin ayırıcı özelliklerinin olması bu hizmetlerin salt piyasa mekanizmasına bırakılamayacak kadar önemlidir. Bu bakımdan daha verimli ve üretken olabileceği varsayımıyla sağlık hizmetlerinin ve diğer fonksiyonlarının özelleştirilmesi adına piyasa işleyişine terk edilmesi mağduriyetlerin yaşanmasına neden olabilmektedir. Bu bakımdan kamu ve özel sektör pratiklerinin sağlık hizmetlerine uygulanmasının sonuçlarının daha fazla çalışmalarla desteklenmesi önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- AKINCI, F. (2002). “Privatization in Health Care: Theoretical Considerations and Real Outcomes”, *Journal of Economics and Economic Education Research*, 3(2): 62-86.
- ALBREHT, T. (2009). “Privatization Processes in Health Care in Europe—a Move in the Right Direction, A ‘Trendy’ Option, or a Step Back?”, *European Journal of Public Health*, 19(5): 448-450.
- ALDEMİR, Ş., Özpinar, Ö. (2004). “Kapitalizm, Yoksulluk ve Sosyal Dışlanma”, *Amme İdaresi Dergisi*, 37(2): 1-11.
- ALKHAMIS, A.A. (2017). “Critical Analysis and Review of the Literature on Healthcare Privatization and Its Association with Access to Medical Care in Saudi Arabia”, *Journal of Infection and Public Health*, 10(3): 258-268.
- ANDRE, C., Hermann, C. (2009). Privatization and Marketization of Health Care Systems in Europe, (İçinde: Frangakis, M., Hermann, C., Huffschmid, J., Lóránt, E. K. (Edt.), “Privatization against the European Social Model” p. 129-144.
- ANDRE, C., Batifoulier, P., Ferreira, C. J. (2016). « Health Care Privatization Processes in Europe: Theoretical Justifications and Empirical Classification”, *International Social Security Review*, 69 (1), pages 3-23, January.
- ARROW, K. J. (1963). “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care”, *Am Econ Rev*, 53: 941-973.
- ATUN, R. (2007). Privatization as Decentralization Strategy, (İçinde: Saltman, R. B., Bankauskaite, V., Vrangbaek, K. (Edt.), “Decentralization in Health Care”, *European Observatory on Health Systems and Policies Series*, s. 246-271.
- AZZOPARDI-MUSCAT, N., Clemens, T., Stoner, D., Brand, H. (2015). “EU Country Specific Recommendations for Health Systems in the European Semester Process: Trends, Discourse and Predictors”, *Health Policy*, 119: 375-383.
- BALCI, A. (2005). “Kamu Hizmetleri ve Yerinden Yönetim: Sağlık Hizmeti Sunumunun Yeniden Yapılandırılması”, Atlas Yayın Dağıtım, 1. Baskı, İstanbul.
- BARLOW, J., Roehrich, J. K., Wright, S. (2010). “De Facto Privatization or a Renewed Role for the EU? Paying for Europe’s Healthcare Infrastructure in a Recession”, *Journal of the Royal Society of Medicine*, 103: 51-55.
- BECKMAN, A., Anell, A. (2013). “Changes in Health Care Utilization Following a Reform Involving Choice and Privatization in Swedish Primary Care: A Five-Year Follow-Up of GP-Visits”, *BMC Health Services Research*, 13:452, [http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/452].
- BELEK, İ. (1994). “Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme Ne İçin? Kim Adına?”, *Toplum ve Hekim*, 9(62): 82-93.

- BOHM, K., Schmid, A., Götze, R., Landwehr, C., Rothgang, H. (2012). "Classifying OECD Healthcare Systems: A Deductive Approach", Universität Bremen, TranState Working Papers, 165.
- BRAITHWAITE J., Travaglia, J. F., Corbett, A. (2011). "Can Questions of the Privatization and Corporatization, and the Autonomy and Accountability of Public Hospitals, Ever be Resolved?", *HealthCare Anal* 19(2): 133-53.
- BUSE, K., Mays, N., Walg, G. (2005). "Making Health Policy: Understanding Public Health", *London School of Hygiene & Tropical Medicine*, Open University Press,
- CHANDA, R. (2002). Trade in Health Services. Bulletin of the World Health Organization, 80 (2): 158-163.
- CHAPMAN, A. (2014). "The Impact of Reliance on Private Sector Health Services on the Right to Health", *Health and Human Right Journal*, 16(1), [https://www.hhrjournal.org/2014/07/the-impact-of-reliance-on-private-sector-health-services-on-the-right-to-health/].
- DAŞTAN, İ., Çetinkaya, V. (2015). "OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması", *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1): 104-134.
- DAULAIRE, N. (1999). "Globalization and Health", *Development*, 42(4): 22-24.
- DAHLGREN, G. (2014). "Why Public Health Services? Experiences from Profit-Driven Health Care Reforms in Sweden", *International Journal of Health Services*, 44(3): 507-524.
- DURMUŞ, M. (2006). "Sosyal (Kamusal) Malların Yeniden Tanımlanması Gereği", *Ekonomik Yaklaşım*, 17(59):65-97.
- Dünya Bankası (1987). "Health Financing in Developing Countries: An Agenda for Reform", World Bank, Washington DC.
- Dünya Sağlık Örgütü (2002). "The Role of the Private Sector and Privatization in European Health Systems", Regional Committee for Europe Fifty-second session, Copenhagen.
- ERTAŞ, H., Kırac, F. Ç. (2017). "Küreselleşmenin Ülkelerin Sağlık Sistemleri ve Politikaları Üzerine Etkileri", *Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(3): 28-34.
- European Commission (2016). "Access to Health Services in the European Union", EXPH, [https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/015_access_healthservices_en.pdf].
- European Commission (2017). "County Health Profiles", [https://ec.europa.eu/health/state/country_profiles_en].
- FOLDES, M. E. (2016). "Health Policy and Health System: A Growing Relevance for the EU in the Context of the Economic Crisis", *Journal of European Integration*, 38(3): 295-309.
- GREER, S. L. (2014). "The Three Faces of European Union Health Policy: Policy, Markets, and Austerity", *Policy and Society*, 33(1): 13-24.
- HARDING, A., Preker, A. (2003). "Private Participation in Health Services", Washington, DC: World Bank, [://C:/Users/Sag1%C4%B1k%20Bilimleri/Downloads/multi0page.pdf].
- HARRIS, M. (2014). "Privatization of Health Care Consequences?", [https://eahl.eu/sites/default/files/u60/Dean%20Harris-Riga-29%20April%202014-FINAL-FINAL.pdf].
- HART, J. T. (1971). "The Inverse Care Law", *Lancet*, 297(7696): 405-412.
- HEIMESHOFF, M., Schreyögg, J., Tiemann, O. (2014). "Employment Effects of Hospital Privatization in Germany", *Eur J HealthEcon*, 15(7): 747-57.
- HERMANN, C. (2010). "The marketization of health care in Europe", *Socialist Register*, [https://socialistregister.com/index.php/srv/article/view/6767].
- KACZMAREK, K., Flynn, H., Letka-Paralusz, E., Krajewski-Siuda, K., Gericke, C. A. (2013). "The Process of Privatization of Health Care Provision in Poland", *Value in Health Regional*, 2: 306-311.
- KERAMIDOU, I., Triantafyllopoulos, L. (2018). "The Impact of the Financial Crisis and Austerity Policies on the Service Quality of Public Hospitals in Greece", *Health Policy*, 122: 352-358.
- LEE, K. (2000). "Globalization and Health Policy: A Review of the Literature and Proposed Research and Policy Agenda in", *Health Development in the New Global Economy PAHO*: Washington.
- LISTER, J. (2016). "Privatization in all its Guises, of Keep Our NHS Public and Health Campaigns Together", [https://healthcampaignstogether.com/pdf/Privatisation-in-all-its-guises.pdf].
- MAARSE, H. (2006). "The Privatization of Health Care in Europe: An Eight-Country Analysis", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 31(5): 982-1014.
- MARRIOTT, A. (2009). "Blind Optimism: Challenging the Myths about Private Health Care in Poor Countries", *Oxfam Policy and Practice: Private Sector*, 6(1): 1-55.
- MCCARTNEY, M. (2012). "The Patient Paradox: Why Sexed-Up Medicine is Bad for Your Health", Pinter & Martin, London.
- MCKEE, M., Stucker, D. (2012). "The Crisis of Capitalism and the Marketization of Health Care: The Implication for Public Health Professionals", *Journal of Public Health Research*, 1:236-239.
- MOSSIALOS, E., Thomson, S. (2004). "Voluntary Health Insurance in the European Union" (European Observatory on Health Systems and Policies).

- MOSSIALOS, N., Wenzl, M. (2016). “2015 International Profiles of Health Care Systems”, The CommonwealthFund, [http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2016/jan/1857_mossialos_intl_profiles_2015_v7.pdf].
- NWAGBARA, V. C, Rasiah, R. (2015). “Rethinking Health Care Commercialization: Evidence from Malaysia”, *Globalization and Health*, [10.1186/s12992-015-0131-y].
- OECD. (2016). “Health at a Glance: Europe-2016 State of Health in The EU Cycle”, OECD Publishing, Paris, [http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en].
- ORAL, B. D. (2014). “Sağlık Hizmetlerinin Küresel Kamusal Mal Olarak Değerlendirilmesi: Uluslararası Örgütler”, *Finans Politik & Ekonomik Yorumlar*, 51(588): 79-95.
- PANG, T., Guindon, G. E. (2004). “Globalization and Risks to Health”, *EMBO Reports*, Special Issue, [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1299207/pdf/5-7400226.pdf].
- RELMAN, A. S. (1980). “The New Medical-Industrial Complex”, *The New England Journal of Medicine*, 303: 963-970.
- RONDİNELLİ, D. (1999). “What is Decentralization?”, Litvack, Jennie-Seldom, Jessica (Ed.), Decentralization Briefing Notes, WBI Working Papers.
- RONDİNELLİ, D. A., Nellis, J. R., & Cheema, G. S. (1983). Decentralization in developing countries. *World Bank staff working paper*, 581.
- SAGA, A., Thomson, S. (2016). “Voluntary Health Insurance In Europe: Role and Regulation”, *The European Observatory on Health Systems and Policies*, [http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/310838/Voluntary-health-insurance-Europe-role-regulation.pdf?ua=1].
- Sağlık Bakanlığı. (2005). “Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge”, [http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&id=240].
- SÖZER, A. N. (2013). “Sağlıkta Yeniden Yapılanmanın (Özelleştirmenin) Devamı Olarak Şehir Hastaneleri”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 15(özel sayı): 215-253.
- SALTMAN, R. B., Figueras, J. (1997). “European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies”, WHO Regional Publications, European Series, No: 72, Copenhagen.
- SAYIM, F. (2015). “Sağlık Finansmanının Yürütüldüğü Piyasanın Özellikleri”, *Akademik Arge Dergisi-Sosyal Bilimler*, 15(1): 67-77.
- STAMATI, F., Baeten, R. (2014). “Health Care Reforms and the Crisis”, European Trade Union Institute, Report 134 [https://www.etui.org/].
- STAMATI, F., Baeten, R. (2015). Varieties of Healthcare Reform: Understanding EU Leverage, (İçinde: Natali, D., Vanhercke, B., (Edt.) “Social Policy in the European Union: State of Play 2015”, s. 183-214. [https://www.etui.org/].
- TANSEY, R. (2017). “The Creeping Privatization of Healthcare: Problematic EU Policies and the Corporate Lobby Push”, [https://corporateeurope.org/power-lobbies/2017/06/creeping-privatisation-healthcare].
- TIEMANN, O., Schreyögg, J. (2012). “Changes in Hospital Efficiency after Privatization”, *Health Care Manag Sci*, 15(4), [10.1007/s10729-012-9193-z].
- WAGSTAFF, A., Van Doorslaer, E. (2003). “Catastrophe and Impoverishment in Paying for Health Care: with Applications to Vietnam 1993-1998”, *Health Economics*, 12(11): 921-934.
- WENDT, C. (2009). “Mapping European Healthcare Systems: A Comparative Analysis of Financing, Service Provision and Access to Healthcare”, *Journal of European Social Policy*, 19(5): 432-445.
- WHITEHEAD, M., Dhalgren, G., Evans, T. (2001). “Equity and Health Sector Reforms: Can Low-Income Countries Escape the Medical Poverty Trap?”, *The Lancet*, 358(9284): 833-836.
- WOODWARD, D., Drager, N., Beaglehole, R., Lipson, D. Globalisation and Health: A Framework for Analysis and Action, Report WG4:10. Cambridge, MA: Commission on Macroeconomics and Health; 2001. Erişim tarihi ve adresi: 28.02.2020 [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2566657/pdf/11584737.pdf].
- XU, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramini, R., Klavus, J., Murray, C. J. L. (2003). “Household Catastrophic Health Expenditure: A Multicounty Analysis”, *The Lancet*, 362: 111-117.
- YAVUZ, C. I. (2015). “Kamu Hastane Birlikleri ve Hastanelerde Yapısal Dönüşüm”, *Toplum ve Hekim*, 30(1): 3-12.
- YILDIRIM, H. H., Yıldırım, T. (2015). “Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Sağlık Sistemleri”, *ABSAM Yayınları*, 3. Baskı, Ankara.
- ZIGANTE, V. (2013). “Consumer Choice, Competition and Privatization in European Health and Long-Term Care Systems: Subjective Well-Being Effects and Equity Implications”, PhD. The London School of Economics and Political Science, London.
- www.wto.org/english/tratop_e/serv_e/health_social_e/health_social_e.htm, (Erişim Tarihi: 13.02.2020).