

# Dönüşüm mü, Piyasalaştırma mı? Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Üzerine Bir Tartışma

**Cem Ergun**

Yard. Doç. Dr.  
Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi  
tusawi@hotmail.com

**Ayşe Dericioğulları Ergun**

Öğr. Gör.  
Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi  
ayderi@hotmail.com

**Özet:** Küresel kapitalizm sürecinde neoliberal politikalarla yaklaşık otuz yıldır sosyal devlet hedef alınmakta ve piyasa aktörlerinin önünü açmak için yeni piyasacı alternatifler üretilmesi ve devletin etkisizleştirilmesi yönünde telinde bulunmaktadır. Bir diğer ifadeyle günümüzde sermayenin önünün açılması ulusal-yerel politika hazırlayıcıları ve uygulayıcılarının temel kaygısı haline gelmiştir. Sermaye yüksek kar elde edebileceği ancak devletin egemen olduğu sağlık, eğitim, sosyal güvenlik vb alanlarda da hakim aktör olmayı istemektedir. Yakın dönemde Türkiye de dahil olmak üzere bir çok ülkede sağlık alanında yeni uygulamalar hayata geçirilmekte, sağlık hizmetlerinin sunumundan devlet el çekmekte ve bu hizmetlerin piyasa aktörlerince sunulmasının koşulları oluşturulmaktadır. Bu çalışmada sosyal devlet anlayışında yaşanan dönüşüm ve sağlık hizmetlerinin sunumunda ortaya çıkan piyasa odaklı uygulamalar, sağlıkta dönüşüm programı ve programın temel bileşenleri çerçevesinde ele alınmakta ve irdelenmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Küreselleşme, sosyal devlet, sağlıkta dönüşüm, metalaştırma

## ***Transformation or Marketization? A Discussion on Health Care Transformation Program in Turkey***

**Abstract:** Neoliberal policies in the process of global capitalism seem to have targeted welfare state and to have cleared the way for the market actors by offering market based alternatives and in turn a smaller state. In other words, opening the way for the capital has become the main worry of national-local policy makers and implementers. The capital aim to be the dominant market actor in the sectors still dominated by state such as health, education and social security where they can make high profits. In the recent years in many countries including Turkey new methods and applications have been implemented, by withdrawing the states from the provision of health care services the conditions for the provision of the services by the market forces have been established. In this study the transformation of the welfare state and the market based methods in the provision of health services are analyzed through both the health care transformation program and the main tenets.

**Keywords:** Globalization, welfare state, transformation in health care, commodification

## Giriş

1970'li yıllarda yaşanan ekonomik krizler, başta gelişmiş ülkeler olmak üzere tüm dünyayı etkilemiş; sonuçta kronik bütçe açıklarının yaşandığı, kamu harcamalarının yükseldiği, ekonomik büyümenin yavaşladığı, yüksek oranlarda yapısal işsizliğin doğduğu ve enflasyonun sürekli arttığı bir ortam ortaya çıkmıştır. Bu dönemde, devlet müdahalelerinin azaltılması ve devletin ekonomik ve sosyal alana daha az karışacak şekilde küçültülmesi talepleri doğmuştur. Kamu sektörünün müşterilerinin isteklerini göz önüne almadığı, kaynaklarını etkin dağıtamadığı, eski geleneksel yol ve yöntemlerde ısrar ettiği, değişime karşı koyduğu ve bu nedenle de başarısız olduğu ifadeleri sıklıkla dile getirilmiştir. Bu doğrultuda yeniliberaler, yaşanan krizlere ve olumsuzluklara gerekçe olarak devletin ekonomi üzerindeki hâkimiyetini göstermiş ve çözüm olarak da bu hâkimiyetin kaldırılmasını sunmuştur. Kamu- özel kesim sınırının yeniden çizildiği bu dönemde, daha etkin, etkili ve ekonomik kamu hizmeti sunumunun sağlanması söylemiyle kamu yönetimi yapılanmaları ve örgütlenmeleri yeniliberal anlayış çerçevesinde yeniden yapılandırılmıştır (Erdem, 2003: 33-35; Eralp, 2002; 248; Özdemir, 2007: 205-206; Öngen, 2003: 167; Sallan Gül, 2004: 42; Friedman, 1988: 65; Karabulut Uçar, 2007; 411).

Neoliberal anlayış doğrultusunda devletin yeniden yapılandırılması çerçevesinde hayata geçirilen uygulamalardan en fazla etkilenen kamusal alanlardan biri de sağlık hizmetlerinin sunumu olmuştur. Neoliberal anlayış, birçok alanda olduğu gibi sağlık alanında da devletin etkinliğinin azaltılması gerektiğini ileri sürmektedir. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin sunumunda kamunun rolü yeniden tanımlanmakta, hizmet sunumunda yerel daha güçlü ve etkin konuma getirilmekte; merkezin rolü politika belirleme, planlama, koordinasyon ve denetimle sınırlandırılmaya çalışılmaktadır. Ayrıca sivil toplum kuruluşlarının ve özel sektörün sağlık hizmeti sunumunda temel aktörler olmalarının sağlanmasına yönelik uygulamalar hayata geçirilmektedir. Bu çalışmada kamusal bir hizmet ve devletin temel sorumluluk alanlarından biri olan sağlık hizmetlerinin sunumunda ortaya çıkan piyasa odaklı uygulamalar, sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde ele alınmaktadır.

## Devletin Yeniden Yapılandırılması Ya da İçti Boşaltılan Sosyal Devlet

20. yüzyıl boyunca, özellikle de II. Dünya Savaşı'ndan 1970'li yıllara kadarki dönemde refah devletinin etkin ve güçlü bir biçimde gelişmesi kamu hizmetlerinin kapsamını da genişletmiştir. Sağlık, eğitim, istihdam, barınma, kentsel altyapı ve sosyal güvenlik gibi hizmetler sosyal devletin temel hizmetleri olarak görülmüştür. 1970'li yıllara gelindiğinde ise, refah devletinin geniş kapsamlı müdahaleciliği ve etkinliği ardı ardına yaşanan ekonomik krizlerin nedeni olarak sorgulanmaya ve tartışılmaya başlanmıştır. Yirminci

yüzyıl Avrupa siyasetinin temel özelliği olan sosyal devlet anlayışı bu dönemde terk edilmeye başlamış, hükümet harcamalarında kesintiye gidilmesi, giderek daha fazla şeyin bireye ve piyasaya terk edilmesi egemen fikir haline gelmiştir (MacGregor, 2008: 236-237; Sallan Gül, 2009: 75). 1980'li yıllarla birlikte de sosyal devlet anlayışı yerini neoliberal küreselleşme anlayışına bırakmıştır (Beşiktepe, 2007: 51). Bu bağlamda, geleneksel kamu yönetimi uygulama ve yöntemlerinin yol açtığına vurgu yapılan sorunların çözümünün, piyasa ilke ve yöntemlerinin uygulanmasından geçtiği belirtilmiş ve bu öneriye uygun politikalar geliştirilmiştir. Bir diğer ifade ile devletin kamu gücünün zayıflatılması, kamuya ait mal ve hizmet sunumunda piyasa aktörlerinin etkinleştirilmesi ve devletin sadece piyasayı düzenleme rolünü üstlenmesi, kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması ve talep yanlı Keynesyen politikaların yerine arz yanlı yeni-liberal politikaların hayata geçirilmesi, gerektiği ifade edilmiştir (Müftüoğlu, 2006: 43; Hamzaoğlu, 2006: 59; Ayman Güler, 2005: 207; Gül ve Sallan Gül, 2007: 495; Gül ve Memişoğlu, 2007: 57-59). Devletin küçültülmesine yönelik olarak; özelleştirme, serbestleştirme, katı kuralların kaldırılması gibi uygulamalar, rekabetçi seçenekler ve piyasa temelli söylemlerle devletin sosyo-ekonomik yaşama yönelik müdahalelerinin azaltılması düşüncesi ön plana çıkmış, yeniden yapılanma sürecinde devletin rolünün yeniden tanımlanmasıyla kamu hizmetlerinde köklü bir dönüşümün önü açılmıştır (Dericioğulları, 2010: 214; Karabağ, 2006: 199).

Neoliberallerin kastettikleri devletin ekonomiden ve piyasadan elini çekmesi deyimi; devletin geniş halk kitlelerinin yararına olacak şekilde giriştiği ekonomik, sosyal ve kültürel etkinliklerden uzaklaşmasıdır. Sermaye sınıfının çıkarları söz konusu olduğunda devlet müdahaleciliğinden kaynaklanan bir şikâyetleri yoktur. Neoliberal anlayışın hedeflediği tek şey; devleti ve kamu olanaklarını sadece sermayenin taleplerine tabi kılmak ve bununla sınırlamaktır. Bu doğrultuda küçültülmek istenen şey; devletin sosyal niteliğidir (Önal, 1997: 50-51). Sermayenin daha fazla kar elde edebileceği yeni yatırım alanları olarak görülen kamusal hizmetlerin yani sosyal hayatın kolektif tasarruftan temizlenmesi ve metalaşması gerekmektedir. Bu bağlamda ulus devlete biçilen rol ise kamu çıkarına yönelik düzenlemeler aleyhine de olsa süreci sağlıklı bir biçimde işletebilecek yönetsel mekanizmaları oluşturmak ve hayata geçirmek olmaktadır (Harvey, 2008: 76-77, 87, 88, 219; 1999: 195; Sabuktay, 2009: 174; Göksu, 2000: 62; Bauman, 2006: 77; Castells, 2005: 22-23).

Sosyal devlet anlayışının terk edilmesi ve neoliberal öğretilerin dünya geneline yayılmasına paralel olarak devlet anlayışı da değişmektedir. Neoliberal anlayış çerçevesinde devlet; ekonomik ve toplumsal yaşamın müdahale edicisi değil, ekonomik ve toplumsal yaşamı kapitalist üretim ilişkilerinin düzen ve güven içinde kurulmasını sağlayacak genel gözeticisi olarak ifade edilmektedir. Bir diğer ifade ile sosyal devletin yerine düzenleyici devlet anlayışı getirilmekte, devlet halkın ihtiyaçlarını kamu kaynak ve mekanizmalarıyla karşılama sorumluluğunu üzerinden atmakta, piyasa talep

ve ihtiyaçlarına göre hareket eden bir yönetim anlayışı yerleşikleşmektedir (Ayman Güler, 2004: 35-36). Bir diğer ifade ile, devlet küresel süreçlere eklenilebilmek için havlu atmakta ve bu uğurda toplumu korumaktan vazgeçmektedir (Keyder, 2002: 50, 54).

Küreselleşme sürecini empoze eden neo-liberal politikalar, devleti sermayenin yeni gereksinimleri doğrultusunda yeniden yapılandırmayı hedefleyerek kamu hizmetlerini de yeniden düzenlemektedir. Kamu hizmetlerinin metalaştırılması ve sermayenin değerlendirme alanları olarak işlev kazandırılmasıyla sonuçlanan bu eğilim, kamu hizmetlerinin örgütlenme ilkelerini de köklü bir biçimde değiştirmekte; sonuçta, toplumsal yaşamın bütün alanları sermayenin kar maksimizasyonu amacı doğrultusunda yeniden yapılandırılmaktadır (Ataay, 2006: 73). Yeni liberalizmin öngördüğü politikalar, 1980 yılından itibaren gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaygın bir biçimde uygulanmaya başlanmıştır. Bunun sonucu olarak devletler, refah devleti olma hedeflerinden vazgeçmişler ve kamusal hizmet veren uygulamalardan hızla uzaklaşmaya başlamışlardır (Müftüoğlu, 2001: 265). 1980 sonrası dönemde Türkiye’de, sermaye hareketini hızlandırmaya çalışan kurumlara yapısal uyumu amaçlayan uygulamalar hayata geçirilmiştir. Bu dönemde devletin küçültülmesi söylemiyle birlikte devlet eğitim, sağlık, barınma, sosyal güvenlik gibi toplumsal yeniden üretime ait temel kamu hizmetlerini piyasa aktörlerine bırakmaya başlamıştır (Erder, 1998: 110). Bir diğer ifade ile sosyal devletin temel sorumluluğu olarak görülen hizmetler metalaştırılmaya ve parası olanın erişebileceği hizmetlere dönüştürülmeye başlamıştır. Bu doğrultuda sosyal özelliğini kaybeden ve ticari bir unsura dönüşen hizmetlerden biri de sağlık hizmetleri olmuştur.

### **Metalaştırılan Sağlık Hizmetleri Ya da Sağlıkta Dönüşüm**

1970’li yıllardan itibaren dünya genelinde yaşanan değişimlerle birlikte, kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması, özel sektörde kullanılan yöntemlerin yaygınlık kazanması, yetkilerin alt birimlere devredilmesi, rekabetin ve tercihin geliştirilmesi, hesap verebilirliğin sağlanması ve performans uygulamalarının yaygınlık kazanması anlayışlarının gelişmesiyle birlikte kamu hizmetlerinin önemli bir parçasını oluşturan sağlık hizmetlerinde de benzer değişimler yaşanmıştır (Balcı ve Kırılmaz, 2007: 141). Gelişmiş ülkelerde refah devleti döneminde sağlık harcamaları ve sağlık harcamalarının ulusal gelir içindeki payı hızlı bir şekilde artmıştır. Sağlık harcamalarının artmasının nedenleri arasında; sağlığın bir tüketim maddesi haline gelmesi, nüfusun giderek yaşlanması, teknolojinin gelişmesine bağlı olarak tetkik ve tedavinin pahalılaşması vb sayılabilir. Yeni liberal politikalarla birlikte sağlık harcamalarının azaltılması ve kamusal alanın yeniden düzenlenmesi hedeflenmiştir. Gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerine, özellikle de tedavi edici hizmetlere olan talebin artması, sağlık personelinin iş yükünün artması, hızlı teknolojik gelişmeler, bürokratikleşme, personelin ileri derecede uzmanlaşması ve hizmetin aşırı derecede parçalanması ve artan maliyetler

sağlık hizmetlerinde değişimin nedenleri olarak sıralanmaktadır (Belek, 2009: 333). Bu doğrultuda piyasa ekonomisi modeli; rekabet, verimlilik, toplam kalite, esneklik gibi işletme değerleri sağlık hizmetleri alanında hayata geçirilmiş, böylece sağlık hizmetleri sunumunun özel kesime devredilmesi ve sağlık hizmetlerinde piyasa egemenliğinin oluşturulmasına odaklanılmıştır (Belek, 2001: 250; Yıldız, 2008: 31; Stambolovic, 2003: 78).

1980'li yıllardan itibaren Dünya Bankası ve IMF; diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektörünün yeniden şekillenmesinde de etkili olacak yapısal uyum programlarını gündeme getirmişlerdir. Bu bağlamda, Dünya Bankası 1987 yılında çıkardığı "Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı" ve 1990 yılında çıkardığı " Gelişmekte Olan Ülkelerde Özel Sektör Aracılığıyla Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi" raporları ile geliştirmekte olan ülkelere ne yapacaklarını belirtmiştir. Buna göre Dünya Bankası geliştirmekte olan ülkelere şu önerilerde bulunmuştur (Yıldırım, 2000: 63; Soyer, 1998: 178):

- Sağlık hizmetlerinin, özellikle hastanecilik hizmetlerinin özelleştirilmesi,
- Bu şekilde, devletin kısıtlı kaynaklarının kırsal yörelere ve koruyucu sağlık hizmetlerine yöneltilmesi,
- Genel sağlık sigortasına geçilmesi.

Dünya Bankası'nın önerileri; kamunun sağlık hizmetlerinin en pahalı bölümü olan hastanecilik hizmetlerinden çekilmesi ve bu alanı piyasa mekanizmalarına bırakması yönündeydi. Buna ek olarak, özel sektöre bırakılamayacak kadar önemli olan ve kar getirmeyen koruyucu sağlık hizmetlerinin devlet tarafından sunulması, sosyal güvenlik programlarının emeklilik sigortası ve sağlık sigortası şeklinde ikiye ayrılarak sağlık hizmetlerinin finansmanının da piyasanın ağırlıklı rol alabileceği şekilde değiştirilmesi, bankanın önerileri arasında yer alıyordu.

Türkiye'de sosyal devletin tasfiye edilmesi süreci 24 Ocak 1980 kararları ile başlamıştır. Bu kararlar, IMF'nin dayattığı standart istikrar politikası paketi ile daha çok Dünya Bankası tarafından geliştirilen yapısal uyum programını içermektedir (Boratav, 2006: 123). İktisat politikası ağırlıklı bu kararlar, 1980'li yılların sonuna doğru sağlık politikasını doğrudan etkilemiş, özelleştirme ve ticarileştirmeye odaklanan politikalarla kamu sağlık hizmetleri önemli oranda aşındırılmıştır (Yenimahalleli Yaşar, 2008: 176).

1980 sonrası dönemde sağlık politikalarını etkileyen ilk önemli değişiklik 1982 Anayasası ile devletin sağlık alanında üstlendiği görevlerin yeniden tanımlanması olmuştur. Devlete ödevler yükleyen sosyal devlet anlayışı, bu ödevlerden yoksun düzenleyici devlet anlayışı ile yer değiştirmiştir. 1980'li yılların başlarında sağlık yatırımları teşvik kapsamına sokulmuş, kamuda çalışan hekimlere muayene açma izni verilmiş ve ilaç katkı payları uygulamaya sokulmuştur.

İkinci önemli girişim 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'dur. Sağlık hizmetleriyle ilgili temel esasları belirleme amacıyla olan bu yasa; Milli Savunma Bakanlığı hariç ülkedeki bütün sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından planlanması ve denetlenmesine olanak sağlamaktadır. Aslında Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, sağlık politikamızın belirleyici yapısal dönüşümünün ifadesidir. Kamu sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi ve piyasaya açılması, devletin bu alandaki sorumluluğuna son verilmesi, sağlık personeli üzerinde piyasa mantığı ile oluşturulan baskının meşrulaştırılması ile Kanun, kendisinden sonraki tüm yasa girişimlerinin öncüsü olmuştur. Söz konusu yasa ile kamu ve özel sağlık kuruluşları aynı yaklaşımla ele alınmış, devletin her iki sağlık kuruluşuna aynı mesafede yaklaşması anlayışı egemen kılınmış, kamu sağlık kuruluşları statü olarak işletme haline getirilmiş, gerek özel gerekse kamu kuruluşlarının hizmetleri fiyatlandırılmış, sosyal güvenceye sahip olan herkesin kamu ya da özel, istediği sağlık kuruluşundan yararlanabilmesi olanaklı kılınmıştır (Soyer, 2003: 307). 3359 sayılı Kanun'un bazı hükümlerinin Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmesi nedeniyle öngörülen girişimler uygulamaya aktarılamamış; hastanelerin sağlık işletmesine dönüştürülmesine ise yasanın çıkarılmasından çok sonra pilot uygulamayla başlanabilmıştır (Mazgit,1998: 177).

Türkiye'de 1980'li yıllarda başlatılan devletin küçültülmesi ve neoliberal politikaların yaygınlaştırılması süreci, 2000'li yıllarla birlikte somut karşılığını bulmaya başlamıştır. 2003 yılında açıklanan Acil Eylem Planı neoliberal politikaların uygulanmasında anahtar rolüne sahip olmuş, ard arda çıkarılan yasa ve yönetmeliklerle devletin etkinlik alanlarına sınırlamalar getirilerek, bu alanların piyasa aktörlerine devrinin önü açılmıştır. "Acil Eylem Planı" çerçevesinde sağlık alanında da yeni düzenlemeler yapılması gerektiğine vurgu yapılmış ve bu doğrultuda Sağlıkta Dönüşüm Programı hazırlanmış ve hayata geçirilmiştir (Dericioğulları, 2010: 214).

59. Hükümet Programı'nda hükümetin sağlık sektörüne yönelik öncelikli hedefleri şu ifadelerle dile getirilmiştir:

"Devlet Hastaneleri, Sigorta Hastaneleri ve Kurum Hastaneleri birleştirilip, tüm vatandaşlarımızın ortak kullanımına açılarak, Sağlıkta Dönüşüm Programının ilk adımı atılacaktır. Bunu takiben Aile Hekimliği uygulaması ile Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri güçlendirilecek, hastanelerimiz idari ve mali özerkliğe kavuşturulacak, Sağlık Bakanlığı planlayıcı ve denetleyici bir rol üstlenmek üzere yeniden yapılandırılacaktır. Nüfusunu genelini kapsayacak bir sağlık sigorta sistemi hayata geçirilecektir" (TUSİAD, 2004: 39).

Birçok bileşeni bulunan Sağlıkta Dönüşüm Programı temelde dört unsurdan hareketle sağlık alanındaki liberalizasyonun gerçekleştirilmesinin anahtarı olmaktadır. Bu unsurlardan ilki; Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmeti üreten bir kurum olmaktan çıkartılarak, sağlık piyasasının denetim ve düzenlenmesinden sorumlu bir kuruma dönüştürülmesidir. Programın ikinci temel unsuru Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK gibi sosyal güvenlik kurumlarının Genel Sağlık Sigortası (GSS) çatısı altında birleştirilmesi ve GSS

sisteminin sağlık hizmeti satın alınması temelinde kurumlaştırılmasıdır. Üçüncü unsur ise birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği uygulaması çerçevesinde önemli değişikliklere uğratılmasıyla oluşturulmaktadır (Ataay, 2006: 87-88). Sağlık hizmetleri alanının piyasa aktörlerine açılmasına olanak sağlayan dördüncü unsur ise halen tasarı halinde olan Kamu Hastane Birliklerinin kurulmasıdır.

## **Sağlıkta Liberalizasyonun Temel Bileşenleri**

### **a) Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı**

Sağlıkta Dönüşüm Programına göre Sağlık Bakanlığı, politikalar geliştiren, standartlar koyan ve denetleyen bir konumda olup, ülkenin kamu veya özel, sağlığa ayırdığı kaynakların etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde kullanılmasını sağlamak üzere yönlendirmeler yapacaktır. Bu anlayışın bir ürünü olmak üzere, Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşların yerinden yönetim doğrultusunda yapılandırılması sağlanacak ve Bakanlık, planlama yapan stratejik bir örgüt yapısına kavuşturulacaktır. Böylece Sağlık Bakanlığı, Anayasa'da tanımlandığı şekli ile devletin sağlık sektörünü "tek elden planlama" görevini yerine getirecektir. Bu amaç kamunun yeni liberal eksende yeniden yapılandırılmasına da uygundur (BSB, 2008: 228). "Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun Tasarısı" Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılarak, küçük, düzenleyici ve denetleyici bir yapıya kavuşturulmasını öngörmüştür. Tasarıya göre (HASUDER, 2007: 10):

- SB' nin taşra teşkilatı kaldırılarak hizmetler il özel idareleri sorumluluğuna verilecek;
- SB'ye bağlı kuruluşların (Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi - Başkanlığı, Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü) taşra teşkilatı olabilecek;
- Eğitim hastaneleri SB tarafından işletilmeye devam edecek;
- Bazı kamu hastaneleri özerk statüye geçecek, diğerleri il özel idarelerine devredilecek;
- Ulusal programlar SB tarafından yürütülecek (verem, bağışıklama, aile planlaması vb);
- İl özel idareleri sağlık kuruluşlarını belediyelere, üniversitelere, meslek kuruluşlarına ve özel sektöre devredebilecek; Bakanlık içinde strateji belirleme ve performans değerlendirme - birimi kurulacak, yıllık planlar hazırlanacaktır.

Sosyal statüsü ve bağlı olduğu sosyal güvenlik kuruluşu ne olursa olsun herkese aynı standartta, etkili, kaliteli, eşit ve ulaşılabilir sağlık hizmeti vermek amacıyla, 26.12.2003 tarihli ve 24104 sayılı Sağlık Bakanlığı ve SSK Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımına İlişkin Protokol uygulamaya konmuştur. Böylece SSK ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurum ve kuruluşları ortak kullanıma açılmıştır. Bağ-Kur, Emekli Sandığı mensupları ve Yeşil Kart

sahiplerinin SSK sağlık tesislerinden, SSK sağlık yardımından yararlananların da Sağlık Bakanlığı sağlık tesislerinden yararlanabilmesi mümkün kılınmıştır. Bu protokolle SSK mensuplarının birinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanma alışkanlığının arttırıldığı ve bu suretle de daha çok ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan SSK sağlık tesislerindeki yığılmanın kısmen önüne geçildiği belirtilmiştir (SABAH, 2004). Ancak basına SSK sağlık kurumlarının iş yükünde hiçbir azalma olmadığı, poliklinik kuyruklarının kısalmadığı, Sağlık Bakanlığı hastanelerinin yoğunluğunun daha da arttığı yönünde haberler yansımıştır. Protokolle birlikte SSK kaynaklarının Sağlık Bakanlığı'na aktarılması oldukça eleştirilmiştir. Aslında bu protokol SSK sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı'na devredilerek, SSK'nın hizmet üretmeyen sadece satın alan bir kurum haline dönüştürülmesinde bir ön adımdır. Ayrıca GSS için bir alt yapı çalışması anlamına da gelmektedir (TTB, 2004: 33).

Nitekim 19.01.2005 tarih ve 25705 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan 5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun ile Sosyal Sigortalar Kurumu'nun sağlık kurumları Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. SSK'ya ait 148 hastane, 212 dispanser, 202 sağlık istasyonu, 11 ağız diş sağlığı merkezi, 1 huzurevi, 1 ilaç fabrikası ile 2 özel dal merkezi olmak üzere toplam 575 sağlık kuruluşu Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Bu arada yaklaşık 56 binin üzerinde SSK personeli de Sağlık Bakanlığı'na kaydırılmıştır. Türkiye'de 34 bin 450 yataklı 145 hastaneden sağlık hizmeti almaya çalışan ülke nüfusunun yarısını bulan 36 milyona yakın SSK'lı bu ayrıcalıklarını yitirmişlerdir. SSK bundan böyle sağlık hizmeti üreten değil sağlık hizmetini finanse eden bir kuruma dönüştürülmüştür. 5283 sayılı Kanun'un 2. Maddesine göre Cumhurbaşkanlığı, yüksek mahkemeler, Sayıştay, Türk Silahlı Kuvvetleri, Milli İstihbarat Teşkilatı, üniversiteler, mahalli idareler ve mazbut vakıflara ait sağlık birimleri hariç olmak üzere, bakanlıklar, bakanlıkların bağlı, ilgili ve ilişkili kuruluşları ile diğer kamu kurum ve kuruluşları kanun kapsamında yer almaktadır. Ancak Kanun gerekçesinde sağlık hizmetlerinin tek elde toplanması gerektiği ifade edilirken yukarıda belirtilen kurumların sağlık birimleri kapsam dışında tutulmuştur. Zaten Sağlık Bakanlığı, aslında bu tesislerin tek elden idare edilemeyeceğini, Kamu Yönetimi Temel Kanunu ile beraber tüm bu tesislerin yerel yönetimlere devredileceğini kamuoyuna açıklamıştır (Atalay, 2005).

Sağlık tesislerinin devredildiği 20.02.2005 tarihinden itibaren Kurum, sağlık hizmetlerini satın almaya başlamıştır. Sağlık hizmeti üretmediği için maliyetleri kontrol edemeyen Kurumun, sağlık harcamaları hızla artmıştır. 5283 sayılı Kanun'un gerekçesinde ve Sağlık Bakanlığı'nca yapılan açıklamalarda belirtilenlerin aksine Kurumun sağlık harcamaları 2005 Mart ayında 2005 Ocak ayına göre % 160 oranında artışla aylık 335.9 milyon YTL'den 926,4 milyon YTL'ye yükselmiştir. Örneğin; hastanelerin devriyle birlikte, SSK'nın sigortalı hastalara vereceği ilaçları piyasa eczanelerinden temin etmesi, ilacın sağlık harcamaları içindeki payını % 42 oranında arttırmıştır (TÜRK-İŞ, 2006: 7-9).



## **b) Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası**

Ülkemizde Genel Sağlık Sigortası düşüncesi ilk kez 1946 yılında gündeme gelmiştir. Ancak bu girişim başarısızlığa uğramıştır. Daha sonra ise Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı hariç tüm kalkınma planlarında GSS'nin kurulmasına yönelik hedefler yer almıştır (Özsarı, 2005). 1968 yılında Sağlık Bakanlığı'nca hazırlanan raporda 224 sayılı Sosyalleştirme Yasası'nın tüm yurda yayılmasından önce tüm vatandaşların sağlık sigortası kapsamı altına alınması gerektiği belirtilmiştir. Bu amaçla 1974 yılında hazırlanan tasarı yasalasmamıştır. Ancak 1982 Anayasası'nın 56. maddesinde "Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir" hükmü yer almıştır (Yenimahalleli Yaşar, 2007: 107-108). 1990'dan itibaren iktidara gelen her hükümet tarafından farklı isimler altında GSS yasa tasarıları hazırlanmış ancak çeşitli sebeplerden dolayı yasalasmamıştır. 2003 yılında hazırlanıp kamuoyuna sunulan Acil Eylem Planı'nda GSS'nin hayata geçirileceği duyurulmuş ve bu noktada çalışmalar hız kazanıp 2006 yılında Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası adıyla yasalasmıştır. 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe konan ancak uygulanmaya 2010 yılında başlanacak olan GSS'na yapılan eleştirilerin ortak noktasını; sağlık hizmetlerinde kamunun ağırlığının azalması, özelleşmenin önünün açılması, vatandaşlık hakkı anlayışının müşteri anlayışına dönüşmesi, sağlık hizmetlerinde rekabet gibi yeni liberal eğilimlere karşı tepkiler oluşturmaktadır (Dericioğulları ve Ergun, 2009: 85-86).

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile emeklilik sigortası ve sağlık sigortası birbirinden ayrılmıştır. Genel Sağlık Sigortası ile sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık hizmetlerinin sunumu birbirinden tamamen ayrılmıştır. GSS ile birlikte devletin sınırlı katkısının dışında, sağlığın finansmanında esas kaynak olarak GSS primlerinin kullanıldığı bir dönem başlamıştır (TTB, 2008: 35). Genel Sağlık Sigortası kişilere sağlık haklarının gereği olarak sağlık hizmeti sağlanmasını değil prim temelinde cüzi sağlık yardımında bulunulması ve geri kalanın da katılım payıyla tamamlanmasını sağlamak üzere oluşturulmuştur.

Kanun'un 67.maddesine göre sağlık hizmetlerinden yararlanma şartı; "genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihten önceki son bir yıl içinde toplam 30 gün GSS prim ödeme gün sayısı olmalı ve prim borcu olmamalıdır" şeklinde ifade edilmiştir (Dericioğulları, 2010: 134). GSS primi karşılığında kişilerin alabileceği sağlık hizmetleri temel teminat paketi olarak belirlenmiştir. Burada yer alan sağlık hizmetleri ise özetle, ayaktan ya da yatarak muayeneler, teşhis için gerekli laboratuvar hizmetleri ve diğer tanılama yöntemleri, acil sağlık hizmetleri ve ağız ve diş sağlığı hizmetleri olarak sıralanabilir.

Kanun'un 68. ve 69. maddelerinde kişilerden alınacak katılım payları düzenlenmiştir. Buna göre iş kazası ile meslek hastalığı halleri, afet ve savaş hali nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri, aile hekimi muayeneleri ve kişiye

yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmek şartıyla; Kurum'ca belirlenen, "kronik hastalıklar ve hayati önemi haiz ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri ile organ nakilleri, kontrol muayeneleri dışında; ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi, ayakta tedavide sağlanan ilaçlar, ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri için" katkı payı alınacaktır. Ayrıca katkı payının, ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi için 2 YTL olarak uygulanacağı; ilaç, protez ve araç-gereçlerinin gereksiz kullanımının azaltılması, sağlık hizmetlerinin niteliği itibarıyla hayati öneme sahip olup olmaması, kişilerin prime esas kazançlarının, gelir ve aylıklarının tutarı ve benzeri ölçütlerin dikkate alınarak, % 10-% 20 oranları arasında olmak üzere Kurum'ca belirleneceği belirtilmiştir (Dericioğulları, 2010:136).

2006 yılında kabul edilen SSGSS Kanununda hekim ve diş hekimi muayenelerinden alınacak katılım payı 2 TL olarak belirlenmiştir. 17 Nisan 2008 tarihli ve 5754 sayılı Kanunla bu düzenlemede değişiklik yapılarak SGK'na muayene ücretlerini beş katına kadar arttırma yetkisi verilmiştir. Bu düzenlemenin ardından muayene ücretleri devlet hastaneleri için 3 TL, eğitim hastaneleri için 4 TL, üniversite hastaneleri için 6 TL, özel hastaneler için 10 TL'ye çıkarılmıştır. Her ne kadar bu düzenleme Danıştay tarafından iptal edilse de 10 Temmuz 2009 tarihinde yapılan yeni bir yasal düzenleme ile SGK'nın muayene ücretlerini arttırma yetkisi 10 katına kadar çıkarılmıştır. 18 Eylül 2009'da yapılan yeni düzenlemeyle muayene ücretleri birinci basamak sağlık kurumlarında 2 TL, devlet hastanelerinde 8 TL, özel hastanelerde 15 TL olarak belirlenmiştir. Birinci basamaktaki muayene ücretleri yargı kararıyla iptal edilmekle birlikte diğerlerinin uygulanmasına devam edilmektedir. Üstelik daha önce muayene için hiçbir ücret ödemeyen SSK'lı aktif çalışanlar, yeşil kartlılar, kamu çalışanları ve emeklileri ile aile bireyleri de şimdi artık bu ücretleri ödemek zorunda kalmaktadırlar.

Kullanıcı katkılarını, hakkaniyet ilkesini zedelediği için sağlık hizmetlerinde en tehlikeli özelleştirme biçimi olarak değerlendiren görüşler bulunmaktadır. Kullanıcı katkılarının beraberinde teminat paketinin, yani sağlanan faydaların, mümkün olduğunca daraltılması riskini zamanla getirebileceği ve sosyal devlet anlayışının sürdürülebilirliğini sağlamayacağı, bu nedenle kullanıcı katkılarında muafiyetlerin çok net bir biçimde tanımlanması ve istinasız uygulanması gerektiği dile getirilmektedir (Yıldırım, 2004: 2-3). Bu bağlamda, Dünya Bankası'nın, kamu tarafından ücretsiz sağlanan sağlık hizmetlerinin kullanıcı ödentsiyle sağlanmasının verimliliği arttırdığı iddiasına rağmen; uygulamada beklenenin gerçekleşmediğinin ve hizmeti kullanma sırasında yoksulların zenginlerden daha fazla ödediğinin saptandığına (Pala, 2003) dikkat çekilmektedir

10 Temmuz 2009 yayınlanan 5917 sayılı Kanun'la GSS uygulamasında çok önemli bir değişiklik daha yapılarak katılım paylarının kapsamı genişletilmiştir. 5510 sayılı Kanun'un 68. maddesine eklenen dördüncü bentle, daha önce hiçbir kamu sosyal güvenlik uygulamasında olmayan bir şekilde, "Kurumca belirlenecek hastalık gruplarına göre yatarak tedavide

finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri" için de katılım payı ödeme zorunluluğu getirilmiştir (TMMOB, 2010: 40).

Özel hastanelere müracaat eden genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü oldukları bütün vatandaşlar için 2009 yılında % 30 olarak uygulanan "ilave ücret" in tavanı 2010 yılıbaşımdan itibaren kademeli olarak yüzde yetmişe yükseltilmiştir. Bu uygulama için özel hastaneler beş sınıfa ayrılmış ve hastalardan buldukları sınıfa göre yüzde otuzdan başlayıp yüzde yetmişe kadar ilave ücret alma hakkı tanınmıştır. Böylece aslında SGK'lı vatandaşlar devlet tarafından ödeme güçlerine göre sınıflandırılmıştır.

5510 Sayılı Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 01.10.2008 tarihinde yürürlüğe girmesi ile birlikte, kanunun zorunlu genel sağlık sigortası da dahil olmak üzere bazı maddeleri altyapı ve diğer olumsuz etkenlerden dolayı 1 Ekim 2010 tarihine ertelenmiştir. Dolayısıyla bu tarihten itibaren, 18 yaşından büyük çocuklar, işsizler, ayda 30 günden az SSK'lı bildirilenler, köylüler her ay SGK'ya GSS primi ödemeye başlayacaklardır. Ayrıca, 1 Kasım'a kadar GSS giriş bildirgesi vermeyenler ise 760 TL para cezası ödemek zorundadırlar. 5510 sayılı Kanuna göre SGK'nın yapması gereken gelir testi, çıkartılan bir genelge ile kaymakamlık Yeşil Kart bürolarına devredilmiştir. Kanuna göre; harcamaları, taşınır ve taşınmaz malları dikkate alınarak tespit edilecek aile içindeki gelirin kişi başına düşen aylık tutarı asgari ücretin üçte birinden az olan vatandaşlara Yeşil Kart verilecektir. Bunlar GSS'li değil Yeşil Kartlı olacaklardır. Bu nedenle herhangi bir sosyal güvencesi olmayanlar 1 Ekim 2010'dan itibaren zorunlu Genel Sağlık Sigortalısı olacağı için evde oturan kişi sayısı ve eve giren gelir kişi sayısına bölündüğünde aylık kişi başına düşen geliri;

- 253.50 TL ve altında olanlar Yeşil Kartlı olacak,
- 253.50 ile 760. 5 arasında olanlar her ay 30.42 TL,
- 760,5 ile 1521 arasında olanlar ie her ay 91, 26 TL.
- 1521 TL'den çok olanlar ise her ay 182,52 TL GSS primi ödemek zorundadırlar.

İşsizlik, kayıt dışı sektördeki küçük şirketlerde çalışanlar, tarım kesimindeki düzensiz gelir sahipleri vb. primini sürekli ve düzenli ödeyemeyecek durumda olan vatandaşlar GSS'nin dışına itilerek sağlık güvencesinden mahrum kalmaktadırlar. GSS' ina prim ödeyemeyecek ve/ veya hizmet alımı esnasında katılım payı ödeyemeyecek kişiler gerekli olan sağlık hizmetinden yararlanamayacaklardır.

Aslında GSS ile sağlığı bir hak olarak kabul eden, dolayısıyla da sağlığı bütüncül olarak gören ve bunu sağlayan bir sistem yerine sadece belirlenmiş sağlık hizmetleri için belirlenmiş miktarı aşmayan sağlık yardımı yapan bir sistem getirilmektedir. GSS kişilere sağlık haklarının bir gereği olarak sağlık hizmeti sağlanmasını değil, prim temelinde cüzi sağlık yardımında bulunulması ve geri kalanın da katılım payıyla tamamlanmasını sağlamak üzere oluşturulmuştur (Dericioğulları ve Ergun, 2009: 90-91).

Genel olarak ifade edilecek olursa; GSS’de finansman ile sağlık hizmeti üretiminin birbirinden ayrılarak sağlık hizmeti satın alınması anlayışını içeren bir sistem kurulmaya çalışılmaktadır denilebilir. Böylelikle piyasa aktörlerine yaratılmaya çalışılan pazar da genişletilmektedir. GSS’de yer alan teminat paketinin oldukça dar olması vatandaşların katkı payı ödemeleri ya da özel sağlık sigortası yaptırmalarını gerekli kılacaktır. Böylelikle sağlık hizmeti kar amaçlı ve hizmetten yararlananların bedelini ödemesi gereken bir şekilde düzenlenmektedir. Sağlık hizmetinin bedelini ödeyemeyecek durumda olan kesimlerin prim ödemelerinin devletçe yapılması uygulaması hayata geçirilmektedir. Bu bağlamda sağlık hizmetleri kamu tarafından finanse edilerek tüm vatandaşlara ücretsiz sunulan hizmet olmaktan çıkarılmakta ve sosyal boyutu muhtaçlara yardım faaliyeti ile sınırlanmaktadır (Ataay, 2006: 89). GSS Kanunu, tüm nüfusu sağlık güvencesi şemsiyesi altına alma ve finansmanda adalet iddiasıyla gündeme getirilmiş olmasına rağmen, temel mantığı itibariyle sağlık hizmetleri ile finansmanının birbirinden ayrılması ve temel teminat paketinin dar tutularak, yurttaşları hizmetler karşılığında ek ödeme yapmaya veya özel sağlık sigortalarına yönlendirmeye dayanmaktadır (BSB, 2008: 229).

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

Genel olarak tüm sağlık hizmetlerinde bir dönüşümün yaşandığı yakın dönemde hazırlanan ve hayata geçirilmeye çalışılan uygulamalardan biri de Kamu Hastane Birlikleri’nin kurulmasıdır. Bu doğrultuda hazırlanan yasal düzenleme henüz uygulamaya konmamıştır ve kanun tasarısı halindedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programının bir bileşeni olarak “sağlık hizmetlerinin daha hakkaniyetli, verimli, süratli, kaliteli, halkın talep ve beklentilerine daha duyarlı bir şekilde sunulmasını sağlayacak kamu hastane birliklerinin kurulması ve çalıştırılması ile ilgili gerekli düzenlemelerin yapılması” şeklinde tanıttığı yapılan tasarı, 06. 03. 2007 tarihinde TBMM Başkanlığına sunulmuştur. 13. 03. 2007 tarihinde Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu’na gönderilen Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısının adından “pilot” kelimesi çıkarılmıştır. TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonunda 17.12.2007 tarihinde kabul edilen tasarı, TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu’na gönderilmiştir. Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı, 26.03.2010 tarihinde TBMM Plan ve Bütçe komisyonundan geçerek, görüşülmek üzere TBMM’ne havale edilmiştir.

Tasarı, halen bakanlığın bağlı kuruluşları statüsünde bulunan kamu hastanelerini “kamu hastane birlikleri” çatısı altına alırken birliklerin statüsünü de “ilgili kuruluş” olarak belirlemekte, böylece birliklere “özerklik” tanımaktadır. Birlik oluşturulacak illeri Bakanlar Kurulu belirleyecektir ve birlikler Sağlık Bakanlığının ilgili kuruluşu olacaktır. Kamu mali sisteminde ilgili kuruluş; kendi gelirleri ile giderlerini karşılayan, gelirlerinin yetmemesi halinde genel bütçeden sadece yardım alabilen ve esasen de düzenleyici ve denetleyici üst kurullar için öngörülen kategoriye ifade etmektedir. Yasa

tasarısı ile tamamen kendi gelirleri ile kendi giderlerini karşılayacak bir işletme modeli kurulması amaçlanmıştır. Kanun tasarısında, daha önceki tasaklardaki yer alan işletme kelimesi çıkarılarak, birlik kelimesi perdeleyici olarak kullanılmıştır (SES,2010).

Asıl olarak her ildeki kamu hastanelerinin bir birlik çatısı altında örgütlenmesi öngörülmekle beraber, birlikler birden fazla ili kapsayabileceği gibi, aynı ilde birden fazla birlik de kurulabilecektir. Ayrıca Bakanlık, birden fazla birliği bir araya getirerek "birlikler koordinatörlüğü" de kurabilecektir. Birliklerin kuruluşu Bakanlığın teklifi ve Bakanlar Kurulu'nun kararıyla sağlanacaktır. Tasarı ile Sağlık Bakanlığının sağlık hizmetlerini doğrudan sunan bir kurum olmaktan çıkarılarak, ülkenin sağlık hizmetleri konusunda hedef, politika ve stratejik planı belirleyen bir kurum konumuna getirilmesi hedeflenmektedir. Birliklerin Sağlık Bakanlığıyla ilgili kurum statüsüne dönüştürülerek merkezi yönetim bütçesi kapsamı dışında özerk bir yapıya sahip olmaları planlanmaktadır (İlkar, 2009: 62).

Tasarının getirdiği en önemli yenilik, kamu hastanelerinin ve hizmetin finansman modelinin değiştirilmesi olmaktadır. Mevcut sistemde, kamu hastanelerinin finansmanı, bütçeden Sağlık Bakanlığı'na ayrılan pay ile sosyal güvenlik kuruluşlarından tahsil edilen ödemelerle karşılanmaktadır. Dolayısıyla, mevcut durumda, hizmetin finansmanı ağırlıklı olarak kamusal mekanizmalarla sağlanmaktadır. Bu sistemde, yurttaşların hizmetin finansmanına yaptığı katkı da vergi vermek ve sigorta primi ödemek yoluyla gerçekleşmektedir. Buna karşılık, tasarının öngördüğü yeni model kamu hastane birliklerinin finansmanı için hazine katkısına yer vermemektedir (Ataay, 2007: 28). Yeni modelde, birlikler "sağlık işletmesi"ne dönüştürülürken, bu işletmelerin kendi gelirleriyle ayakta kalması ve gelir-gider dengesini kurması öngörülmekte; birliklerin finansman yolu olarak ürettiği hizmetler karşılığında elde edeceği gelirler görülmektedir. Böylece, kamu hastanelerinin devlet bütçesinden ayrılacak paylarla finanse edilmesine son verilmesi öngörülmürken, tasarıda "gerektiğinde" devletin kamu hastane birliklerine "yardım"da bulunabilmesine olanak sağlanmaktadır. Ancak, tasarıdan, bunun "geçici" bir önlem olarak düşünüldüğü, sistemin asıl olarak gelir-gider dengesinin sağlanması yoluyla finanse edilmesinin hedeflendiği anlaşılmaktadır. Dolayısıyla, tasarıya göre, kamu hastaneleri, asıl olarak, üretilen hizmetler karşılığında GSS'den ve özel sigorta şirketlerinden yapılacak tahsilâtlarla hastaların yapacağı diğer ödemelerle finanse edilecektir.

Tasarıya göre, hastane birliklerinin organları Yönetim Kurulu, Genel Sekreterlik ve Hastane Yöneticilikleri'nden oluşacaktır. Birliğin karar organı Yönetim Kurulu, yürütme organı Genel Sekreterlik olacak, her hastane için de bir Hastane Yöneticisi atanacaktır. Yönetim Kurulu, birliğin en üst karar organıdır ve yedi üyeden oluşmaktadır. Hukuk alanında lisans, yüksek lisans veya doktora öğrenimi yapmış bir üye ile yeminli mali müşavir veya serbest muhasebeci mali müşavir veya finans ve bankacılık sektöründen bir üye olmak üzere toplam iki üye İl Genel Meclisi tarafından beirlenmektedir. Bir

üye vali tarafından belirlenirken, tıp öğrenimi görmüş bir üye, sağlık sektöründen bir üye, il sağlık müdürü veya yardımcıları arasından bir üye ve ticaret ve sanayi odası veya bunların ayrı kurulmuş olması halinde ticaret odası üyeleri arasından seçilen yatırım ve işletme konusunda deneyimli bir üye olmak üzere toplam dört üye Bakanlıkça belirlenmektedir.

Ticaret odası temsilcisine yer veren bir kanunun sağlık meslek odalarına yer vermemesi, her ne kadar kanunun gerekçesi olarak amaç kar değil denilse de artık hastanelere ticarethane olarak bakıldığının göstergesi olarak nitelendirilebilir (Akgün, 2008: 10). Yönetim kurulunda iktidarın doğrudan belirlediği üç, valinin atadığı bir üye ile birlikte toplam dört üye merkezi iktidarın etkisine açık bir şekilde seçilmektedir. Yerele devredildiği söylenen yetki, aslında daha küçük parçalar halinde merkezi iktidarca kullanılmaktadır.

Hastaneler, hizmet alt yapısı, organizasyon, kalite, verimlilik ve hasta memnuniyeti gibi konularda Bakanlıkça belirlenecek usul ve esaslara göre değerlendirmeye tabi tutulacaktır. Değerlendirme sonuçlarına göre hastanelere yüz üzerinden puan verilecek ve her yıl değerlendirme yenilenecektir. Hastanelerin sınıflandırılmasında puanlar esas alınacak olup, puanlarına göre hastaneler A, B, C, D, E olmak üzere beş sınıfa ayrılacaktır. Bu şekilde sınıflara ayrılan hastanelerin, kapasite ve kaynaklarını birleştirerek aralarında görev paylaşımı yapılmasına, bu suretle daha rasyonel çalışmasına imkan vermek üzere hastane grupları oluşturulacak ve bu grubun ağırlıklı ortalaması C ve üzeri olanlar birliğe dönüştürülebilecektir. Ağırlıklı ortalaması D sınıfına düşen birliklere eksikliklerini gidermesi için bir yıldan fazla olmamak üzere uygun süre verilecektir. Süre sonunda eksikliklerini gideremeyen D sınıfındaki birlikler ile E sınıfına düşen birliklerde yönetim kurulu üyelerinin görevleri ve sözleşmeli pozisyonlarda istihdam edilecek personelin sözleşmeleri sona erecektir. Bu görev ve yetkiler, birlik ağırlıklı ortalaması tekrar C veya üzerine çıkıncaya kadar Bakanlıkça görevlendirilen personel tarafından yürütülecektir.

Tasarıya ilişkin farklı kesimlerce farklı değerlendirmeler yapılmaktadır. Kamu Hastane Birlikleri kurulmasına sıcak bakarlara göre tasarının; ortaya koyduğu model itibarıyla hastanelerin özerk bir yapıya kavuşturulması ve sağlık hizmetlerinin vatandaşların ihtiyaç ve beklentilerine uygun, erişilebilir, etkin, verimli ve kaliteli bir şekilde sunulabilmesi için kamu hastane birliklerinin kurulmasını hedeflediği ifade edilmektedir (Ateş ve Kırılmaz, 2010: 246). Madalyonun görünen yüzü bu olmakla birlikte aslında tasarı ile sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılmasının kolaylaştırılmasına çalışılmaktadır. Tasarı, Bakanlığa bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını "kamu tüzel kişiliğine sahip" ve "özerk" "kamu hastane birlikleri" çatısı altında yeniden örgütlenmektedir. Birlikler Bakanlığın "ilgili kuruluşu" statüsüne indirilmekte ve özel hukuk hükümlerine tabi tutulmaktadır. Birliklerin finansmanı için hazine katkısı "gerekli görülen durumlarda", "yardım" şeklinde öngörülerek, "dışsal" ve "olağandışı" bir gelir olarak adlandırılmaktadır. Böylece kamu sağlık hizmeti anlayışı, "yarı kamusal, yarı kâr amaçlı" bir

hizmet anlayışı ile yer değiştirmektedir (Ataay, 2007: 15). Bu kanun tasarısı ile kamu sağlık kuruluşları, adında kamu sözcüğü kalmakla birlikte aslında finansmanını kendisi karşılamak için sağlık hizmeti üreten ve bu nedenle diğer sağlık kuruluşları ile rekabet eden birer piyasa aktörü haline gelen, yönetiminden işleyişine bir bütün olarak sağlık işletmesine dönüşmektedirler (Kılıç, 2010: 25).

#### **d) Güçlendirilmiş Birinci Basamak Sağlık Hizmeti: Aile Hekimliği Modeli**

2005 yılında Düzce ilinde başlayan aile hekimliği uygulaması Aralık 2010 itibarıyla tüm ülkede hayata geçirilmiştir. Aile hekimliği uygulaması; birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunun yeni liberal ideoloji çerçevesinde yeniden yapılanmasıdır.

Ülkemizde aile hekimliği uygulaması; kişiye ve çevreye yönelik bütüncül olarak üretilen koruyucu hekimlik hizmetlerinin birçok disiplinden oluşan bir ekiple yürütülen bütüncül halini değiştirerek, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri kısmını ayırmakta ve birinci basamak tedavi edici sağlık hizmetleri ile birlikte aile hekimine sorumluluk yüklemektedir. Böylece hekim seçme özgürlüğü hakkına sahip bireyler, belli koşullarda istedikleri aile hekiminden sağlık hizmeti alabileceklerdir. Aile hekimliği sisteminin uygulanışında kırsal bölgelerde mevcut sağlık ocağı alt yapısının kullanılacağı ve ek olarak özellikle de kentlerde serbest hekimlik ve özel poliklinik uygulamalarından da yararlanılacağı belirtilmektedir (Özkal Sayan, 2007: 46). Sağlık ocaklarının yerine hayata geçirilmeye başlanan aile hekimliği uygulaması ile belli bir bölgedeki nüfus ölçeğini temel alarak koruyucu sağlık hizmeti sunan anlayışın yerine bireyi merkeze alarak tedavi edici sağlık hizmetlerine yönelik bir sistem getirilmektedir (Halkevleri, 2008: 272). Gerçekte aile hekimliği uygulaması ile 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 muayenehanelerinin kurulması için devletin ucuz kredi vereceği gibi duyurular, uygulamanın serbest hekimlik ve özel sektör yönelimli olacağına bir göstergesi olarak kabul edilebilir (Hamzaoğlu ve Yavuz, 2006: 280; Pala, 2007: 64).

Aile hekimliği modeli, nüfus tabanına dayalı örgütlenmemiş, her bir aile hekimi için kayıtlı kişi sayısı asgari 1000 azami ise 4000 kişiden oluşan bir uygulamadır. Aile hekimliği uygulaması bir coğrafya anlayışı değil, aile hekimini seçen ve kaydolan kişilere sağlık hizmetinin sunulduğu bir uygulamadır. Dolayısıyla bir sağlık ocağı bölgesine kayıtlı insanlar onlarca farklı aile hekimine bağlı olabildiği gibi bir aile hekimine de onlarca farklı sağlık ocağı bölgesinden kişiler bağlı olabilir. Bu nedenle sağlık ocağı ekibi ve etkinlikleri ile uyumlu çalışma olanağı ortadan kalkmaktadır (Uysal, 2005: 450; Hamzaoğlu ve Yavuz, 2006: 280).

Aile hekimliği uygulaması ekip anlayışını yok etmektedir. Bu uygulamada aile hekimi ve diğerleri söz konusudur. Aile hekimi bireysel çalışan bir hekimdir. Her aile hekimi yanında en az bir aile sağlığı elemanı çalışmaktadır. Aile sağlığı elemanı çalışma koşullarının özelliğine göre ebe, hemşire veya sağlık memuru olabilmektedir. Bu uygulamayla hemşirelik, ebelik ya da sağlık memurluğu gibi ayrı alanlara gerek duyulmayıp tüm bu sağlık disiplinleri aile sağlığı elemanı haline getirilmiştir. Ayrıca aile sağlığı elemanı olarak tanımlanan ebe, hemşire, sağlık memuru bağımsız işlevleri olan koruyucu sağlık hizmetlerini yapamaz hale gelmelerinin yanı sıra sözleşmeli çalışan konumuna getirilmiştir (Uysal, 2005: 451). Aile sağlığı elemanları, aile hekimi ile bir yıllık sözleşme imzalamaktadırlar. Bu durumda aile hekimi, aile sağlığı elemanının patronu konumuna gelmektedir. Aile hekimi, aile sağlığı elemanının görev tanımında belirtilen işler yapmaması veya eksik yapması, meslek ilkelerine aykırı davranması, çalışma huzurunu bozucu davranışlarda bulunması, kıyafet ve mesai saatlerine uyum göstermemesi gibi durumlarda sözleşmeyi sona erdirmeye yetkisine sahiptir. Dolayısıyla aile sağlığı elemanları işvereni konumundaki aile hekiminin her istediğini yerine getirmek zorunda hissedecek ve işine son verilebileceği korkusunu yaşamasına neden olabilecektir (Uysal, 2005: 453). Aynı şekilde yönetmelikte, koruyucu sağlık hizmetleri kavramı koruyucu hekimlik olarak ifade edilmektedir. Bu da aslında uygulanan sistemin hekim merkezli olduğunun ve ekip hizmetine dayanmadığının açık bir göstergesidir. Aile hekimliği uygulaması; hekim, ebe, hemşire, şoför, sağlık memuru vb meslek gruplarının bir bütün olarak ve her bir meslek grubunun zincirin önemli bir parçası olduğuna dayalı ekip anlayışını ortadan kaldırmaktadır. Aile hekimliği modelinde; aile sağlığı merkezlerinde bir aile hekimi bir aile sağlığı elemanı görev yapmaktadır. Sağlık ekibi içinde sayılan diğer meslek çalışanları ise aile sağlığı merkezinde istihdam edilmemektedir (Dericioğulları, 2010: 166; Uysal, 2005: 451).

Sağlık ocaklarında verilmekte olan birinci basamak sağlık hizmetlerinin piyasaya entegre edilmesi çabasıyla "herkesin bir doktoru olacak" söyleminden hareketle aile hekimliği sistemi hayata geçirilmeye çalışılmaktadır. Aile sağlığı merkezlerinde sözleşmeli olarak çalışan sağlık personelinin ücretleri performansa dayalı ödeme sistemine göre belirlenmektedir. Dolayısıyla birinci basamak sağlık hizmetlerinde yeni kamu işletmeciliği anlayışına uygun bir dönüşüm yaşanmaktadır. Hekimleri patron/işveren konumuna getirerek yanlarında ebe ve hemşire gibi bir iki tane aile sağlığı elemanı çalıştırmasını koşullayan, hekimler dahil hiçbir sağlık personelinin iş güvencesinin olmadığı sözleşmeli statüde çalıştığı aile hekimliği uygulaması ile birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlar işletme mantığına göre yapılandırılmaktadır. Bu çerçevede; hekim işletmecisi/patron, ebe ve hemşire gibi sağlık elemanları bu patrona bağlı işçi, hastalar da müşteri konumuna getirilmektedir (Hamzaoğlu, 2006: 63; Hamzaoğlu ve Yavuz, 2009: 641; Özdemir ve Yücesan, 2006: 49).



Mevcut uygulamada aile hekimlerinin birlikte çalışmak üzere sözleşme imzaladıkları aile sağlığı elemanlarının ücretleri Maliye Bakanlığı tarafından karşılanırsa da pilot uygulamaya ilişkin kanun ve yönetmeliklerde ücretlerin aile hekimi tarafından ödenmesi öngörülmektedir. Dolayısıyla bu tarz bir uygulama; aile hekimlerinin birer patron, aile sağlığı merkezlerinin ise piyasa koşullarında sağlık hizmeti üreten bir kurum haline gelmesinin önünü açacaktır. Çalışma sürecini belirleyen temel aktörün aile hekimi olması yani hekim merkezli bir uygulama olan aile hekimliği sistemi, aile sağlığı elemanlarının çalışma koşullarını (ücret, süre, iş yükü vb) hekimin belirlemesine yol açacaktır. Ayrıca hizmet sunumunda piyasa koşullarının hakim hale gelmesi, aile sağlığı elemanları arasında bir rekabete yol açarak, ücretlerde ve sosyal haklarda aile sağlığı elemanlarının kayıp yaşamalarına neden olabilecektir (Sallan Gül ve Dericioğulları, 2010: 333).

Aile hekimliği uygulaması birinci basamak sağlık kurumlarında öngörülen yapısal değişikliğin temelini oluşturmaktadır. Uygulama ile; kişiye ve çevreye yönelik bütüncül olarak üretilen koruyucu sağlık hizmetlerinin farklı disiplinlerden oluşan bir ekiple yürütülen bütüncül hali değiştirilerek kişiye yönelik koruyucu hekimlik kısmı ayrılmakta ve birinci basamak tedavi edici hekimlik hizmetleri ile birlikte aile hekimlerine sorumluluk yüklenmektedir. Aile hekimliği sisteminin uygulama sürecinde mevcut sağlık ocağı altyapısının kullanılacağı ve sağlık ocaklarına ek olarak özellikle kentlerde serbest hekimlik ve özel poliklinik uygulamalarından da yararlanılacağı belirtilmektedir. Ayrıca standartları ve fiziksel özellikleri Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenecek aile hekimleri muayenehanelerinin kurulabilmesi için devletin düşük faizli ve uygun ödeme koşullarına sahip kredi vereceğinin üzerinde durulmaktadır. Bu uygulamalar aile hekimliği sisteminin "serbest hekimlik" ve özel sektör yönelimli olacağına sinyallerini vermektedir (Hamzaoğlu ve Yavuz, 2009: 638).

## **Sonuç Yerine**

1970'lerden sonra yaşanan gelişmeler, Batı dünyasında merkezietçi ulus devlet modellerinin, kamu yararını sağlama yöntemlerinin ve kamu hizmetlerini sunma sistemlerinin ciddi bir biçimde sorgulanmasına yol açmıştır (Gül ve Sallan Gül, 2007: 495). Neoliberal ideoloji çerçevesinde kamu sağlık sektörünün verimsiz ve niteliksiz olarak etiketlenmesi, hizmet sunumu ve finansmanının ayrıştırılarak devletin hizmet sunumundan çekilmesinin sağlanması, hizmet satın alma ve hastanelerin özertleştirilmesi gibi adem-i merkezietçi politikaların hayata geçirilmesi ile sağlık alanı tümüyle piyasa aktörlerinin rekabetine açılmıştır. Neoliberal politikalarla birlikte devletin iktisadi hayat içindeki girişimci rolü terk edilmiş, sosyal harcamalar kısılmış ve sosyal devlet anlayışından vazgeçilmiştir. Sosyal devlet anlayışından uzaklaşılması, sağlık politikalarında da yeni alternatiflerin oluşturulmasını ve sağlık hizmetlerinde yeni düzenlemeler yapılması gerekliliğini doğurmuştur.

Türkiye’de sağlık alanının yeni liberal politikalar doğrultusunda yeniden yapılandırılması çerçevesinde uygulamaya konan programların temel gerekçesi olarak; bir yandan kamu sağlık harcamalarının karşılanması mümkün olmayan bir düzeye ulaşması, diğer yandan da sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşük ve verimsiz olması gösterilmektedir. Küreselleşmenin ülkeler ve şirketler arasında acımasız bir rekabeti öngördüğü, sosyal hakların istihdam açısından engel olarak tanımlandığı, ülkelerin sermaye çekmek için sosyal haklar, esnek istihdam ve enformel sektör açısından dibe doğru yarıştığı ve sıcak para hareketleri sayesinde finansal gücün ciddi ekonomik krizlere yol açtığı günümüzde; sağlık hizmetlerinin verimliliğinin yükseltilerek maliyetinin düşürülmesi, uygulanan sağlık reform programlarının ana hedefi olarak tanımlanmıştır. Neoliberal paradigma çerçevesinde kamu sağlık sektörünün verimsiz ve niteliksiz olarak etiketlenmesi, hizmet sunumu ve finansmanının ayrıştırılarak devletin hizmet sunumundan çekilmesinin sağlanması, hizmet satın alma ve hastanelerin özleştirilmesi gibi adem-i merkezîyetçi politikaların hayata geçirilmesi ile sağlık alanı tümüyle piyasa aktörlerinin rekabetine açılmış ve bu sayede mevcut sorunlara çözüm getirileceği öne sürülmüştür ( Elbek, 2009: 34; Ağartan, 2007: 40).

Piyasaya dayalı sağlık hizmetinin temel özelliği, sağlık kurumlarının ya mülkiyetinin ve işletmesinin ya da mülkiyetinin kamuda kalıp, sadece bazı hizmetlerin işletmesinin özel sermayeye devredilmesidir. Diğer bir özelliği sağlık hizmetlerinin toplumun gereksinimlerine göre değil, özel sermayenin kar oranlarını üst düzeye çıkarma hedeflerine göre belirlenmesidir. Piyasa ile bütünleşmiş sağlık hizmetinde, sağlık kamusal bir hak olmaktan çıkarıldığı için hizmet ile bireylerin satın alma gücü arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Ayrıca piyasacı sağlık hizmetleri toplumun büyük bir çoğunluğunun sağlık hizmetine ulaşmasını engellemekte ve sağlık göstergelerinde eşitsizliklere yol açmaktadır. Bununla birlikte sağlık hizmetlerinin özleştirilmesi; sağlık kurumlarının yönetim harcamalarını artırmakta, bu harcamalara karşın sağlık hizmetlerinin kalitesinde kamuya göre herhangi bir artış bulunmamakta, hastalara seçim konusunda özgürlük tanımadığı gibi kısıtlamakta, kişilerin cepten ödeme ve katkı paylarını yükseltmektedir. Sağlık çalışanlarının zorunlu- fazla- yoğun çalışması artmakta, ücretleri giderek düşmekte, daha çok tedavi edici sağlık kurumlarında istihdam edilmekte ya daha çok özel sektörde çalışmakta ya da işsiz kalmaktadır ( Özkan ve Çatiker, 2007: 92).

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile gerek kurumsal yapılanmayı gerekse kurumların işlevlerini köklü bir biçimde yeniden düzenlemeyi amaçlayan dönüşümler başlamıştır. Bu dönüşüm çerçevesinde bir yandan kurumsal yapı yeniden yapılandırılırken, bir yandan da sağlık hizmetinin niteliğinde ve sunuluş biçimlerinde de önemli değişiklikler ortaya çıkmaya başlamıştır. Sağlıkta dönüşümle birlikte görünür hale gelen değişikliklerin temelinde sistemin işleyişinin piyasa anlayışlı gerçekleşmeye başlaması yatmaktadır. Bu değişim doğrultusunda gerek hizmeti sunanlar arasında, gerekse hizmeti

sunanlarla hizmetten yararlananlar arasında piyasa mantığıyla yürüyen ilişkiler oluşmaya başlamıştır. Bir bütün olarak Sağlıkta Dönüşüm Programı ele alındığında sağlık hizmetlerinin sosyal niteliğinin ortadan kaldırıldığı ve meta formuna sokulduğu görülmektedir. Hayata geçirilen ve geçirilmesi planlanan tüm uygulamalar hizmet sunumunun kamusal niteliğinin ortadan kaldırılmasına ve hizmetlerin parası olanlar tarafından ulaşılabilir olmasının sağlanmasına yöneliktir. En etkili kamusal aktör olan Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunum sürecinden çekilmesi ve piyasa aktörlerinin etkin kılınması; hizmet üreten değil hizmet satın alan bir kurum olarak GSS'nin kurulması; birinci basamak sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılmasında ilk adım olan aile hekimliği uygulamasının hayata geçirilmesi ve sağlık kurumlarını sağlık işletmelerine dönüştüren kamu hastane birliklerinin kurulması çabaları bir bütün halinde değerlendirildiğinde, sağlığın temel bir hak olmaktan çıkarak satın alınan bir olguya dönüştürüldüğü görülmektedir. Gerek yasa metinlerinde gerekse yöneticilerin söylemlerinde sıklıkla karşılaşılan sağlık hizmetleri sunumunun iyileştirilmesi kaygıları gerçekten temel kaygı ise ve vatandaş odaklı ve etkin/etkili hizmet verilmesi hedefleniyorsa yapılması gereken; sağlık hizmetlerini meta vatandaşı da müşteri konumuna sokan uygulamaların tekrar gözden geçirilmesidir.

### **Kaynakça**

- Ağartan, T., 2007, "Sağlıkta Reform Salgını," içinde *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları*, der. Ç. Keyder, N. Üstündağ, T. Ağartan & Ç. Voltar, s. 37-54, İletişim Yayınları, İstanbul.
- Akgün Yıldırım, E., 2008, "Psikiyatri Penceresinden Kamu Hastaneleri Birlikleri Kanun Tasarısı ve Geleceğe Yönelik Öngörüler," *Türk Psikiyatri Derneği Bülteni*, 11 (3): 8-15.
- Ataay, F., 2007, *Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine*, TTB Yayını, Ankara.
- \_\_\_\_\_, F., 2006, *Neoliberalizm ve Devletin Yeniden Yapılandırılması, Türkiye'de Kamu Reformu Üzerine İncelemeler*, De Ki Basım Yayım, Ankara.
- Atalay, A.S., 2005, "SSK'nın Satışı Ardındaki Gerçekler", *ODTÜ Sosyal Demokrat Açılım Dergisi*, Yıl: 2, Sayı: 2.
- Ateş, H. & Kırılmaz, H. 2010, "Bir Yönetişim Modeli Örneği: Kamu Hastane Birliği," içinde *KAYFOR VII Küreselleşme Karşısında Kamu Yönetimi ve Hizmeti*, (der.) A. H. Aydın, İ. E. Taş, M. Kılıç & Z. Gül, s. 229-249 8-10 Ekim 2009, Kahramanmaraş.
- Ayman Güler, B., 2005, *Devlette Reform Yazıları*, Paragraf Yayınevi, Ankara.
- \_\_\_\_\_, B., 2004, "Kamu Yönetimi Temel Kanunu Üzerine", *Hukuk ve Adalet*, 2: 26-61.
- Balci, A. & Kırılmaz, H., 2007, "Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Türk Sağlık Sektörüne Yansımaları," içinde *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*, (der) C. C. Aktan & U. Saran, s. 134-165, Aura Kitapları, İstanbul.
- Bauman, Z., 2006, *Küreselleşme, Toplumsal Sonuçları*, Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
- Belek, İ., 2009, *Sağlığın Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü*, Yazılama Yayınevi, İstanbul.
- \_\_\_\_\_, 2001, *Sosyal Devletin Çöküşü Ve Sağlığın Ekonomi Politikası*, Sorun Yayınları, İstanbul.
- Beşiktepe, C., 2007, "Küreselleşme Sürecinde Kentler ve İstanbul," içinde *İstanbul Kent Sempozyumu Bildiriler Kitabı*, s. 46-56, 13-15 Eylül, Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi, İstanbul.
- Boratav, K., 2006, *Türkiye İktisat Tarihi 1908-2005*, İmge Kitabevi, Ankara.

- BSB, 2008, *Kavşağında Türkiye: Siyaset, İktisat ve Toplum*, Yordam Kitap, İstanbul.
- Castells, M., 2005, *Enformasyon Çağı: Ekonomi, Toplum ve Kültür I. Cilt Ağ Toplumunun Yükselişi*, çev. E. KILIÇ, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul.
- Dericioğulları Ergun, A., 2010, *Türkiye’de Neoliberal Politikalar Doğrultusunda Sağlıkta Dönüşüm: Isparta-Burdur Örnekleri*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi ABD, Isparta.
- Dericioğulları Ergun, A. & Ergun, C., 2009, *Geleceğin Güvensiz İnşası ve Sosyal Güven(siz)lik Reformu*, Bağlam Yayınları, İstanbul.
- Elbek, O. & Adaş, E. B., 2009, "Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme," *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 12 (1): 33-43.
- Eralp, A., 2002, "Değişen Dünya, Avrupa ve Türkiye," içinde *Liberalizm, Devlet, Hegemonya*, der. F. Keyman, s. 243-257, Everest Yayınları, İstanbul.
- Erdem, B., 2003, *Neoliberal Ekonomi Politikaların Eğitim Üzerine Etkileri*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İstanbul.
- Erder, S., 1998, "Kentlerdeki Enformel Örgütlenmeler, 'Yeni' Eğilimler ve Kent Yoksulları Ya da Eski Hamamdaki Yeni Taslar," içinde *75 Yılda Değişen Kent ve Mimarlık*, der. Y. Sey, s. 107-113, Tarih Vakfı Yayınları, İstanbul.
- Friedman, M., 1988, *Kapitalizm ve Özgürlük*, çev. D. Erberk ve N.Himmetoğlu, Altın Kitaplar, İstanbul.
- Göksu, S., 2000, "Küreselleşme ve Planlamanın Sonu," içinde *3. Bin Yılda Şehirler: Küreselleşme Mekan-Planlama, Dünya Şehircilik Günü 23. Kolokyumu Bildiriler Kitabı*, der. İ. Dinçer, s. 59-67, 8-9-10 Kasım 1999, Yıldız Teknik Üniversitesi, İstanbul.
- Gül, H. & Memişoğlu, D., 2007, "Yapısal Değişim Sorunu Çerçevesinde Yönetmelik Reformu," içinde *Kamu Yönetiminin Yapısal ve İşlevsel Sorunları*, ed. M. A. Çukurçayır & G. Gökçe, s. 57-112, Çizgi Kitabevi Yayınları, Konya.
- Gül, H. & Sallan Gül, S., 2007, "Kamu Yönetimi ve Sosyal Güvenlik Reformları Karşısında Sosyal Devlet," içinde *Kamu Yönetimi Forumu (KAYFOR) IV, Kuramdan Uygulamaya (Yönetim ve Reform) Bildiriler Kitabı*, der. A. Göktürk, M. Özfidaner & G. Ünlü, s. 495-522, 8-10 Kasım 2006, Muğla Üniversitesi, Muğla Belediyesi Yayınları, Muğla.
- Halkevleri, 2008, "Halkın Sağlık Hakkı Var," içinde *Halkın Hakları Forumu*, 8-9-10 Haziran 2007, A.Ü. SBF Halkevleri Derneği Yayını, s. 269-278, Ankara.
- Hamzaoğlu, O., 2006 "Kapitalizmin Depresyonu ve Sağlık: Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı," *İktisat Dergisi*, Sayı 479: 58-65.
- Hamzaoğlu, O. & Yavuz, C. I., 2009, "Sağlıkta AKP’li Dönemin Bilançosu Üzerine," içinde *AKP Kitabı Bir Dönüşümün Bilançosu*, der. İ. Uzel ve B. Duru, s. 633-659, Phoenix Yayınevi, Ankara.
- Harvey, D., 1999, *Postmodernliğin Durumu*, çev. S. Savran, Metis Yayınları, İstanbul.
- \_\_\_\_\_, 2008, *Yeni Emperyalizm*, çev. H. Güldü, Everest Yayınları, İstanbul.
- Hasuder, 2007, *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Görüş ve Öneriler Raporu*, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Yayını, Ankara.
- İlkar, E., 2009, "Sağlıkta Yeniden Yapılanma Çalışmaları Çerçevesinde Hastane Birlikleri," *Bütçe Dünyası*, 3 (31): 60-66.
- Karabağ, S., 2006, *Mekanın Siyasallaşması*, Gazi Kitabevi, Ankara.
- Karabulut Uçar, E., 2007, "Kamu Hizmeti Kavramının Dönüşümü", içinde *Kamu Yönetimi Forumu (KAYFOR) IV, Kuramdan Uygulamaya (Yönetim ve Reform) Bildiriler Kitabı*, der. A. Göktürk, M. Özfidaner ve G. Ünlü, s. 403-422, 8-10 Kasım 2006, Muğla Üniversitesi, Muğla Belediyesi Yayınları, Muğla.
- Keyder, Ç., 2002, "Globalleşme Ekseninde STK’lar Bir Alternatif Olabilir Mi?" *İstanbul*, Sayı 42: 50-55.
- Kılıç, G., 2010, "Kamu Hastaneleri Nereye? Kamu Hastanelerine Özelleştirme: Çalışanlara Güvencesiz Çalışma," *Hekimce Bakış*, Sayı 74: 25-28.

- Ergun, C. & Dericioğulları Ergun, A., 2010, "Dönüşüm mü, Piyasalaştırma mı? Sağlıkta Dönüşüm Programı Üzerine Bir Tartışma"**
- Macgregor, S., 2008, "Refah Devleti ve Neoliberalizm," içinde *Neoliberalizm Muhalif Bir Seçki*, der. A. Saad-FİLHO & D. Johnston, çev. Ş. Başlı & T. Öncel, s. 236-247, Yordam Kitap, İstanbul.
- Mazgit, İ., 1998, *Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye'de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması*, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir.
- Müftüoğlu, B. G., 2006, "Küresel ve Yerel Aktörlerin Sosyal Güvenlik Sisteminin Dönüşümüne Etkileri," *İktisat Dergisi*, Sayı 478: 42-47.
- Müftüoğlu, Ö. 2001, "Kapitalizmde Dönüşüm Dinamikleri ve Sendikal Kriz," *TMMOB Küreselleşme ve Sanayileşme Kongresi Bildiriler Kitabı*, İstanbul.
- Önal, İ. H., 1997, "İşçi Sınıfı Çıkış Yolunu Bulacaktır," içinde *Yeni Sağ Yeni Aldatmaca*, der. I. Kansu, s. 41-55, İmge Kitabevi, Ankara.
- Öngen, T., 2003, "Yeni Liberal Dönüşüm Projesi ve Türkiye Deneyimi", içinde, *Küresel Düzen: Birikim, Devlet ve Sınıflar*, der. A. H.Köse, F. Şenses & E. Yeldan, s. 161- 190, İletişim Yayınları, İstanbul.
- Özdemir, A. M. & Yücesan Özdemir, G. 2006, "Türkiye'de Sosyal Güvenliğin Derin Dönüşümü: Farklı Birey Tahayyülleri," *İktisat Dergisi*, Sayı. 478: 48-54.
- Özdemir, S., 2007, *Küreselleşme Sürecinde Refah Devleti*, İstanbul Ticaret Odası Yayınları, İstanbul.
- Özkal Sayan, İ., 2007, "Aile Hekimliği ve Genel Sağlık Sigortası," *Memleket- Mevzuat*, 2 (21-22): 45-51.
- Özkan, Ö. & Çatiker, A., 2007, "Aile Sağlığı Hemşireliği: Sağlık Hizmetlerindeki Özelleştirmenin Hemşirelik Mesleğindeki Görünümü," *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10 (4): 91-104.
- Özsarı, H., 2005, "Ülkemizde Genel Sağlık Sigortası Süreci," *İşveren Dergisi*, [www.tisk.org.tr], e.t.19.11.2007.
- Pala, K., 2003, "*Sağlıkta Dönüşüm Programı Ne Getiriyor, Ne Götürüyor*", [http://www.ttb.org.tr/udkk/x\_tuek/SUNUMLAR/01\_doc\_dr\_kayihan\_pala\_saglik\_tadonusum\_progra mi\_ne\_getiriy.pps], e.t. 21.03.2009.
- \_\_\_\_\_, 2007, "*Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu?*", [http://www.saglik.nilufer.bel.tr/pdf\_doc/saglik\_reformu.pdf], e.t. 21.03.2009.
- Sabah, SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na Devri Genel Gerekçe, [http://www.sabah.com.tr/ozel/ssk802/dosya804.2.html], e.t. 21.03.2009.
- Sabuktay, A., 2009, *2000'lerde Türkiye'de Devlet ve Kamu Yönetimi, Mülksüzleştirmenin Yönetimi*, TODAİE Yayınları, Ankara.
- Sallan Gül, S. & Dericioğulları Ergun, A. 2010, "Piyasa Odaklı Bir Uygulama Olarak Aile Hekimliği: Sağlık Hizmetinin Sunumunda Olası Kayıplar", içinde *Sosyal Haklar Ulusal Sempozyumu II Bildiriler Kitabı*, der. M. Gülmez, N. Durusoy Öztepe, N. Mütevellioğlu, O. Karadeniz & H. Kumaş, s. 317-337, Pamukkale Üniversitesi, Denizli, 4-6 Kasım 2010, Petrol-İş Yayını, İstanbul.
- Sallan Gül, S., 2009, "Sosyal Devlet Ya da Refah Devleti Nedir?", içinde *Yerel Yönetimlerde Sosyal Demokrasi, Toplumcu Belediyecilik, Teorik Yaklaşımlar, Türkiye Uygulamaları*, der. İ. Kamalak & H. Gül, s. 65-97, Kalkedon Yayıncılık, İstanbul.
- \_\_\_\_\_, 2004, *Sosyal Devlet Bitti Yaşasın Piyasa*, Etik Yayınları, İstanbul.
- SES, 2010, *Sağlık Reformları ve Hastanelerin Özerkleştirilmesi*, [http://www.sesizmir.org.tr/haber\_detay.asp?haberID=198.], e.t. 25.04.2010.
- Soyer, A., 2003, "1980'den Günümüze Sağlık Politikaları," *Praksis*, Sayı: 9: 301-320.
- \_\_\_\_\_, 1998, *Kapitalizm, Sosyalizm ve Sağlık*, Öteki Yayınevi, Ankara.
- Stambolovic, V., 2003, "Epidemic of Health Care Reforms," *European Journal of Public Health*, No: 13: 77-79.
- TTB, 2004, *Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 Türkiye'sinde Halka, Hekimlere/Sağlık Personeline Ne Getiriyor?*, Kocaeli Tabip Odası Yayını, Kocaeli.
- \_\_\_\_\_, 2008, *Sosyal Güvenlikte Hak Kaybı Dönemi*, TTB Yayınları, Ankara.
- TUSİAD, 2004, *Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri*, TUSİAD Yayınları, İstanbul.
- TÜRK-İŞ, 2006, *SSK Hastaneleri Gerçeği*, TÜRK-İŞ Yayınları, Ankara.

- Uysal, A., 2005, "Sağlıkta Dönüşüm Projesi Kapsamında Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hemşire Nerede?" *Toplum ve Hekim*, 20 (6): 448-454.
- Yenimahalleli Yaşar, G., 2008, "Türkiye'de 1980 Sonrası Sağlık Politikalarında Gözlenen Neoliberal Dönüşüm ve Sonuçları Üzerine Değerlendirmeler," *Mülkiye*, XXXII (260): 157-192.
- \_\_\_\_\_, 2007, "*Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi*," Yayımlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Yıldırım, H. H., 2004, "*Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarı Taslağı: Eleştirel Bir Sorgulama*," [http://www.absaglik.com/GSSelestiri.pdf], e.t. 21.03.2009.
- \_\_\_\_\_, 2000, "Yapısal Uyum Programları ve Sağlık Reformları: Türk Sağlık Reformları İçin Çıkarılacak Dersler," *Sağlık İdaresi Dergisi*, 5 (1): 63-87.
- Yıldız, Ö., 2008, "Küreselleşme, Sağlık ve Toplum," *Gaziantept Tıp Dergisi*, s. 30-34.