

## TÜRKİYE'DE 1980 SONRASI KAMU SAĞLIK HİZMETLERİNDE DÖNÜŞÜM: MAAŞ REJİMİNDEN ÜCRET REJİMİNE GEÇİŞ\*

**Kubilay Yalçınkaya**

Ankara İl Sağlık Müdürlüğü  
Sağlık Hizmetleri Başkanlığı  
ORCID: 0000-0002-7255-6433

• • •

### Öz

Bu çalışmada sağlık hizmetlerinde ücret esnekliği çerçevesinde gerçekleşen maaş-ücret temelli dönüşümün ortaya konulması amaçlanmıştır. Bu dönüşümü açıklamak amacıyla Resmi Gazete, mevzuat, Maliye Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığının yayımlanmış verilerinden faydalanılmış, örnekleme olarak Ankara ilinde faaliyet gösteren iki eğitim ve araştırma hastanesinin performansa göre ödeme verilerinden faydalanılmıştır. Yapılan çalışma kapsamında elde edilen veriler kamu sağlık hizmetlerinde görülen istihdam ve çalışma süresi esnekliğinin yanında ücret esnekliğinin de performansa göre ödemeyle uygulandığını göstermektedir. Kamu sağlık hizmetlerinde ücret esnekliğine yönelik politikalar, “etkin devlet” vurgusu çerçevesinde mali sürdürülebilirlik amacıyla uygulanmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Sağlık, Sağlık hizmetleri, Esnekleşme, Maaş rejimi, Ücret rejimi

*Transformation in Public Health Services After 1980 in Turkey: Transition from Salary Regime to Wage Regime*

### Abstract

With this study, it is aimed to put forth salary-wage based transformation realised within the frame of wage elasticity in public health services. With a view to explain this transformation, Official Newspaper, legislation, published data of Ministry of Finance and Ministry of Health were used, and payment according to performance data regarding two training and research hospitals operating in Ankara were taken as a sample. Data obtained within the context of this study showed that in addition to employment and working time elasticity, wage elasticity is also applied according to pay for performance. In public health services, policies devoted to wage elasticity are applied within the frame emphasizing “effective state” on the purpose of financial sustainability.

**Keywords:** Health, Health services, Elasticity, Salary regime, Wage regime

\* Makale geliş tarihi: 27.04.2017  
Makale kabul tarihi: 12.06.2017  
Erken görünüm tarihi: 04.03.2019

## **Türkiye’de 1980 Sonrası Kamu Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm: Maaş Rejiminden Ücret Rejimine Geçiş**

### **Giriş**

Liberal düşüncenin temel ilkelerini savunan ve neoliberalizmin ortaya çıkmasında ve şekillenmesinde etkili olan okullar, refah devleti döneminde devletin sağlık, eğitim gibi hizmet sektöründe yaptığı yatırımlarla büyüdüğünü ve bu durumun ekonomik krizlere neden olduğunu vurgulamıştır. Bu okullar, liberalizmi yeniden yorumlayarak, liberalizmin gelişimi konusunda harekete geçmişlerdir. Neo-Avusturya Okulu, Chicago İktisat Okulu, Virginia Politik İktisat Okulları neoliberal kuramı liberalizmin temel ilkeleriyle birleştirmekte ve farklılıklar ortaya koymaktadır (Uluç ve Çelik, 2006: 133). Bu üç okul dışında Freiburg Okulu da neoliberalizmin gelişimine katkı sağlamıştır (Aktan, 1995: 13).

İlk olarak Hayek’in “sınırlı devlet kuramı” devletin sınırlandırılması gerektiğini vurgulamıştır. Hayek devletin kamusal alana müdahalesini doğru bulmasa da devletin bireye karşı sorumluluğunu vurgulamıştır. Bazı hizmetler karşılığında faydalanan ücret ödettirilemeyeceğini vurgulamıştır (Uluç ve Çelik, 1993: 153, Yayla, 1993: 153). Friedman ise eğitim sağlık gibi hizmetlerin özel sektörce üretilmesi gerekliliği ve devletin kupon sistemiyle güçsüzlere desteğinin gerekliliğini vurgulamıştır. Buchanan “ekonomik anayasa” çerçevesinde bütçe temelli denk bütçe politikalarına vurgu yapmıştır. Bütçe temelli politikalar ile üretilecek hizmetten özelleştirmeye devletin sınırlarını belirlemesi gerekliliği savunulmuştur (Aktan, 1995:13). Ordo liberalleri bu çerçevede aşırı müdahaleci devlet modeli yerine sınırlı fakat aktif ve düzenleyici devlet anlayışını savunmuştur. Ordo liberalleri devletin görev ve fonksiyonlarını “sosyal piyasa ekonomisi” ve “ekonomik düzen politikası” ile belirlemiştir. Devlet para sistemlerini oluşturan kuralları, mali sistemi oluşturan kuralları, rekabete işlerlik, tekellerin kontrolü, özel mülkiyetin kurallarını saptaması gerektiği savunulmuştur (Tayyar ve Çetin, 2013: 117, Aktan, 1995: 22).

Ortaya konulan neoliberal kuramlar Yeni Sağ ideoloji ile uygulamaya geçmiştir. Yeni Sağ devletin küçültülmesi gerekliliği görüşü çerçevesinde

özelleştirme ve Yeni Kamu İşletmeciliği yaklaşımının gerekliliğini savunmuştur (Ulutaş, 2011: 271). Dünya Bankası ve uluslararası kuruluşların rolü ile neoliberal politikalar dünyanın birçok ülkesinde hızlı bir şekilde uygulanmasını sağlamıştır. Bu dönemde ortaya atılan “etkin devlet” modelinde devlet, mal ve hizmetlerin doğrudan sunulmasında değil, katalizör ve kolaylaştırıcı olarak büyüme ve kalkınmanın merkezinde yer almıştır. Etkin devlet modelinde devlet bütçeyi sağlamlaştıran, piyasa başarısızlığı için özel sektörle ortaklık geliştiren, fakat onların yerini almayan devlet modeline bürünmüştür (Kerman, 2006: 93, Baltacı, 2004: 363). 1980 sonrası kamu kurumlarının dönüşümünde Yeni Kamu İşletmeciliği ve yönetim kavramları etkin rol oynamıştır. Yeni Kamu İşletmeciliği anlayışı “özel sektör işletmecilik tekniklerini” kamu sektörüne taşıırken, yönetim anlayışı “kamu harcamalarının en düşük maliyetle gerçekleştiği optimal bir devlet büyüklüğünün ve profesyonel yöneticilerin” kamu yönetimine taşınmasını sağlamıştır. Bu rol ile devletin özel sektörün yerini almadan aktif bir rol alması istenmektedir (Lamba vd. 2014: 55, Acı, 2005: 211-212).

Yönetim çerçevesinde yaşanan bu dönüşüm beraberinde sistemle uyumlu bürokrasi ve kamu personel rejimini kamu sektörüne yerleştirmiştir. Bu yeni kamu personel rejiminin merkezinde istihdam ve ücret rejiminde esnekleşme yer almıştır. Ücret rejimi denetim ve yönetim aracı olarak kullanılmıştır. Hem yönetim çerçevesinde yönetim mantığıyla kamu hizmetlerinde önem oluşturan maliyetleri düşürme eğilimi hem de kamu personel rejiminde yaşanan dönüşüm ile uyumlu sağlık hizmetlerinde neoliberal dönemde ücret temelli farklılaşma yaşanmıştır. Ortaya konulan neoliberal politikalar, bu politikalar kapsamında devlet örgütlenmesini yeniden konumlandırarak, yeni devlet örgütlenmesine uygun personel ve maaş rejimini beraberinde uygulamaya sokmuştur (Aslan, 2010: 29-30, Saklı, 2013: 109, Güler, 2005: 23).

Türkiye’de yapılan bilimsel çalışmalar neoliberal politikaların kamu sağlık hizmetlerinde yarattığı değişimi ortaya koymaya yöneliktir. Bu çalışmaların büyük bölümü istihdam temelli dönüşümü işlemektedir. Ücret politikalarına yönelik değişimi konu edinen çalışmalar kısıtlı sayıda ve performansa yönelik ödemeyi genel anlamda verimlilik, etkililik, kalite vb çerçevede irdelemektedir.

Bu çalışmada kamu sağlık hizmetlerinde maaş rejiminden ücret rejimine geçişin nedenselliği ve dönemselliğinin ortaya konulması amaçlanmıştır. Çalışma, kamu sağlık hizmetlerinde uygulanan performansa yönelik ücret politikalarının, neoliberal politikalar çerçevesinde incelenmesi anlamında önem oluşturmaktadır. Bu çalışma, birçok çalışmada ortaya konan istihdam temelli dönüşümdeki neoliberal baskıyı, ücret temelli dönüşümle ilişkilendirmektedir.

## 1. Maaş - Ücret Temelli Dönüşümün Dönemselliği

1980 sonrası kamu sağlık hizmetlerinde maaş-ücret temelli dönüşümü incelerken bu dönemi üç dönemsellik halinde incelemek dönüşümü daha net ortaya koyacaktır. İlk dönem olan 1980-1991 yılları arası “Sağlık Hizmetlerinde Ana Yapının Dönüşümü” olarak nitelendirilebilir. İlk dönem 24 Ocak Kararları’yla başlayıp 1989 işçi eylemleriyle sekteye uğramış, 1989 ile 1991 yılları arası iki ayrı Anavatan Partisi Hükümeti ile son dönemini yaşamış ve 1991 yılında 1980 sonrası ilk koalisyon iktidarıyla dönemini tamamlamıştır.

1980 sonrası ilk olarak 1981 yılında Bakanlar Kurulu kararıyla sağlık yatırımları teşvik kapsamına sokulmuş ve aynı dönemde tam gün uygulamasından vazgeçilerek hekimlere muayene açma yetkisi tanınmıştır. Bu değişimin hızlı bir şekilde hayata geçirileceğinin göstergesi 1982 Anayasasının ardından Özal Hükümetinin ilk günü 13/12/1983 tarihinde 181 sayılı “Sağlık Bakanlığı’nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK” ile ortaya çıkarılmıştır. Bu kanun 1981-1986 dönemi Dünya Bankası ile imzalanan beş ikraz anlaşması doğrultusunda kurumların dönüştürülmesi için izlenen temel politika olan özelleştirmeye yönelik adımların başlangıcı niteliğindedir. Sağlık Bakanlığı (SB), Dünya Bankası ile yapısal uyum görüşmelerine ilk olarak 1985 yılında başlamış. Dünya Bankası ile yapılan bu görüşmeler sonrası 1986 yılında “Türkiye Sağlık Sektörü Araştırması” yapılarak sonuçları yayımlanmıştır. Yapılan çalışmalar sonucunda 1987 yılında Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu çıkarılmıştır (Savaş, 2012: 24-25).

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu bugün yürürlüğe giren birçok düzenlemenin temelini ve dönüşümün başlangıç tarihini anlamak için önemlidir. Bazı maddeleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilse de daha sonraki yıllarda yeni düzenlemelerle iptal edilen maddeler yeniden reform şeklinde uygulamaya sokulmuştur. Bu çerçevede Kanunu incelediğimizde: Kanunun 3. ve 4. maddesi bugün uygulanan SB teşkilat yapısını, 5. madde bugün uygulanan sağlık işletmelerini, 5. madde “A” bendi döner sermaye ve mali özerkliği, 5. madde “B” bendi performansa dönük ödeme, taşeronlaşma ve ücret politikalarını, 6. ve 7. madde uygulanmak istenen yeni istihdam şeklini, 8. madde GSS kapsamında global bütçeyi tanımlamıştır. Kanunun ilgili maddeleri ayrıntılı incelenmesinde ve sağlıkta dönüşüm projesi döneminde reform şeklinde hayata geçen uygulamalarla örtüştüğü ve çalışmamız için ortaya attığımız tez olan sağlık hizmetlerinde hayata geçen neoliberal politikaların uygulanmasına yönelik temel düzenlemelerin 1980-1991 yılları arasında atıldığını göstermektedir.

İlk dönem 1991 yılında yerini sağlık hizmetlerinde ortaya konan ana yapıyla uyumlu politikaların hayat bulamadığı istikrarsızlık dönemine bırakmıştır. Bu dönem 1991-2002 yılları arası dönem “Sağlık Hizmetlerinde

İstikrarsızlık Dönemi” olarak nitelendirilebilir. İkinci dönem bu istikrarsızlığı ortaya çıkaran siyasi ve ekonomik olarak istikrarın sağlanamamasıdır. Bu dönem dokuz ayrı koalisyon hükümetinin ve on iki farklı Sağlık Bakanının görev yapması siyasi istikrarsızlıkta etkili olmuştur. Ekonomik olarak ise, 1994 Türkiye Ekonomik Krizi, 1998 Asya Ekonomik Krizi, 1999 Marmara Depremi kaynaklı ekonomik durgunluk, 2000 ve 2001 Türkiye Ekonomik Krizleri istikrarsızlıkta etkili olmuştur. Bu dönem 2001 ekonomik krizi sonrası ortaya konan yeni ekonomik programla uyumlu sağlıkta dönüşüm programının ortaya konmasıyla dönemini tamamlamıştır.

Dünya Bankası, kamu sağlık hizmetleri üzerine yapmış olduğu çalışmalarını yönetmek ve izlemek için 7 Ekim 1990 tarihinde SB bünyesinde Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğünün (SPGK) kurulması sağlanmıştır (Savaş, 2012: 28). SB bünyesinde oluşturulan SPGK katkıları ile oluşturulan “Ulusal Sağlık Politikası” belgesi hükümet tarafından kabul edilmiştir. Ulusal Sağlık Politikası belgesi 1993 yılı sonrası “Ulusal Sağlık Politikası” ve “Sağlık Reformu Kanun Tasarı Taslakları” şeklinde hükümete sunulmuştur. Bu kanun taslakları, Mart 1993’te DYP-SHP Koalisyon Hükümeti döneminde “Sağlık Bakanlığı’nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun”, “Sağlık Kanunu”, “Bölge Sağlık İdareleri Kanunu” ve “Genel Sağlık Sigortası Kanunu” tasarı taslakları şeklinde hazırlanmış, ancak 1994 yılında 5 Nisan Kararları sonrası kanunlaşmamıştır. “Sağlık Reformu Kanun Tasarısı” ise 1994 yılında yeniden gözden geçirilerek 1995 yılında Hükümet Tasarısı şeklinde TBMM’ne sunulmuştur. 1994 yılında SB ve Dünya Bankası arasında “İkinci Sağlık Projesi” imzalanmış, ancak 1993-1997 yıllarında SB’nda altı farklı Bakanın görev yapması istenilen istikrarın sağlanamamasına neden olmuştur (OECD ve Dünya Bankası, 2008: 33-34, Savaş, 2012: 28).

2002 yılında ilan edilen sağlıkta dönüşüm programı üçüncü dönemi oluşturup, ortaya konan siyasi istikrar, 1980 döneminde ortaya konan ana yapı ve hedeflerle uyumlu politikaların hayat bulmasını sağlamıştır. Bu nedenle 2002 ve sonrası “Sağlık Hizmetlerinde Reform Dönemi” olarak adlandırabiliriz.

1990’lı yıllarda reformların uygulanması önündeki engellerin 2000’li yıllarda ortadan kalkmasıyla 1980’li yıllarda ana yapının değişimiyle önü açılmış, reformların hayat bulması sağlanmıştır. Siyasi istikrarsızlıklar ve koalisyon iktidarlarının yerini tek başına iktidarın alması kronikleşen, reformların planlamadan uygulanma aşamasına geçememe sorununu değiştirmiştir. Bu dönem sağlık hizmetlerinde bundan önceki döneme göre daha fazla aktör etkin bir şekilde söz sahibi olmuştur.

Dünya Bankasının sağladığı finansman ile aile hekimliği uygulaması sağlanmış ve koruyucu sağlık hizmetlerinde dönüşüm gerçekleşmiştir. Dünya Bankası politika önerileri doğrultusunda, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

(TKHK) ve Kamu Hastaneleri Birliği uygulamaları ile tedavi edici sağlık hizmetleri dönüştürülmüştür.

2000 yılı sonrası, 15/07/2004 tarih 5227 sayılı Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanunun Cumhurbaşkanlığı tarafından veto edilmesi, bu dönem sağlık hizmetlerinin merkezi idarenin görev ve yetkilerinden çıkarılarak özerkleşmesi ve üçüncü kişilere gördürülmesi amacını sekteye uğratmıştır. Kanun ile SB bünyesindeki eğitim hastaneleri dışındaki tüm koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin öncelikle il özel idarelere daha sonra belediyelere devredilerek üçüncü kişilerden hizmet alımıyla gördürülmesi amaçlanmıştır.

Dönüşümü daha net ortaya koymak amacıyla; 1980 sonrası sağlık politikalarındaki değişimi hükümet programları temelinde değerlendirmek hem gelişimin seyrini hem de dönemselliğini anlamada sağlıklı sonuçlara ulaşmamızı sağlayacaktır.

Tablo 1’de de görüldüğü gibi reform hareketlerinin 2000 yılı sonrası gerçekleştiği görülse de, bu reformların 1980 sonrası denenmeye çalışıldığı görülmektedir. 1980 sonrası sağlık hizmetlerinde uygulanmak istenen değişikliklere yönelik ilk olarak 1980 - 1991 yılları arası temel siyasal, ekonomik ve toplumsal değişime sahne olmuş ve bu temelde 1991 - 2002 yılları arası yaygın politika ve planlamalar yapılmıştır. 2002 yılı sonrası ise bu iki dönemle uyumlu reformların hayat bulduğu yıllar olduğu ortaya koymaktadır. 2000 yılı sonrası uygulamaya konan tüm reformların 1980 ve 1990 dönemi hükümet programlarında yer aldığı görülmektedir.

Hükümet programlarında yer alan politikalar dönüşümün dönemselliğini ortaya koymaktadır. Hükümet programlarına Yeni Kamu İşletmeciliği ve yönetim politikaları doğrultusunda bakacak olursak; özel sağlık kuruluşlarının teşvik edilmesi, hizmet sunumunda özel hastanelerden yararlanma ve özel sağlık sigortası, 1983 yılı 45. Hükümet ve 46. Hükümet programlarında yer almıştır. Hekim seçme hakkı, aile hekimliği uygulaması, 1989 yılı 47. Hükümet programında yer almıştır. 2000 sonrası kamu hizmetlerine uluslararası düzeyde biçilen sağlık turizmi rolü, 1989 yılı 47. Hükümet ve 49. Hükümet programlarında yer almıştır. Sözleşmeli personel doğrultusunda politikalar, 1989 yılı 47. Hükümet ve 49. Hükümet programında yer almıştır. Performansa dönük ödeme, 1991 yılı 49. Hükümet programında, sağlık hizmetlerinde finansman ve hizmet sunumunun ayrılması, 1995 yılı 51. Hükümet programında, Sağlık Bakanlığına merkezi düzeyde düzenleyici ve denetleyici rol verilmesi, 1995 yılında 51. Hükümet programında, hastanelerin özelleştirilmesi, hastane işletmeleri, 1996 yılı 53. Hükümet programında yer almıştır (bkz. Tablo 1).



Personel Yetiştirme					*	*													*
Kamu Hastaneleri ve Yatak Sayısında Artış			*																
Sağlık Personeline Mali Haklar			*																*
Mahrumiyet Bölgesine Görev Özendirilmesi		*	*	*	*	*							*	*					
Tedavi Hizmetlerinin Koruyucu Hizmetleri Tamamlaması						*	*												
Kamu Hizmetlerinin Ücretsiz Karşlanması	*																		

**Not:** Hükümet programlarından yararlanılarak hazırlanmıştır

Dönüşümü ortaya koymak için hükümet programları ile paralel kalkınma planlarına bakıldığında:

1985-1989 dönemi kalkınma planında sağlık hizmetlerinde finansman ve sağlık hizmet sunumunun ayrılması, hastane işletmeleri, verimlilik, sağlık hizmetlerinin satın alma yöntemiyle karşılanması politikaları yer almıştır. 1990-1994 dönemi kalkınma planı, 1985-1989 dönemi kalkınma planına uyumlu, özel sektörün teşviki vurgusu taşımaktadır (bkz. Tablo 2).

1996-2000 dönemi kalkınma planında, bu plan öncesi iki kalkınma planında yer alan, özel sektörün teşvik edilmesi politikaları yanında, sağlık hizmetlerinin planlanan sunumuyla uyumlu, finansman sistemine yönelik politikalar yer almıştır. Bu planda tedavi edici hizmetlerde özel sektörün ön almasıyla, Sağlık Bakanlığına düzenleyici, kalite ve verimliliği denetleyici rol verilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinde ise aile hekimliği yöntemi ile hizmet satın alınması politikaları yer almıştır. Sağlık hizmetlerinin finansmanına yönelik sigorta kurumlarının tek çatı altında toplanması, özel sağlık sigortalarının teşvik edilmesi ve sağlığın finansmanının diğer sigorta kollarından ayrılarak genel sağlık sigortası ile karşılanması amaçlanmıştır (bkz. Tablo 2).

2001-2005, 2007-2013 ve 2014-2018 dönemi kalkınma planları, beşinci, altıncı ve yedinci kalkınma planlarıyla uyumlu politikalar ortaya koymuştur<sup>1</sup>. 1980 sonrası öncelikle özel sağlık sektörünün teşvik edilerek hizmet sunumunda ön alması amaçlanmıştır. Daha sonra finansman reformlarıyla sağlık

1 Kalkınma Bakanlığı, Kalkınma Planları karşılaştırması



hizmetlerinin finansmanı bu yapıyla uyumlaştırılmaya çalışılmıştır. Son üç kalkınma planı bu yapının güçlendirilmesine ve sürdürülebilirliğine yönelik politikalar önermiştir. Bu kalkınma planları sağlık hizmetlerinde istihdam ve ücret reformları önermiştir. Son üç kalkınma planında sağlık hizmetlerinde sözleşmeli personele yönelik istihdam şeklinden yararlanılması, maaş rejiminde ise performans dönük ödemenin uygulanması politikası yer almıştır (bkz. Tablo 2).

**Tablo 2:** Kalkınma Planlarında Yer Alan Sağlık Politikaları

Program ve Hükümetler	4. Kalkınma Planı 1979-1983	5. Kalkınma Planı 1985-1989	6. Kalkınma Planı 1990-1994	7. Kalkınma Planı 1996-2000	8. Kalkınma Planı 2001-2005	9. Kalkınma Planı 2007-2013	10. Kalkınma Planı 2014-2018
Sağlık Bakanlığı Düzenleyici Rol				*		*	
Finansman ve Hizmetin Ayrılması		*		*	*	*	
Hastane İşletmeleri		*		*	*	*	*
Kamu Özel İşbirliği							*
Verimlilik		*		*	*		
Kalite				*		*	
Hasta Hakları Birimi						*	
Özelde Çalışan Personelden Kamuda Yararlanma		*					
Performansa Dönük Ödeme					*		*
Sağlık Hizmeti Satın Alınması		*					
Sevk Zinciri		*		*	*	*	
Aile Hekimliği				*		*	
Özel Sağlık Kuruluşları		*	*	*	*	*	
Özel Hastanelerden Faydalanma		*	*				
Özel Sigorta Kuruluşları				*			
Sigorta Kurumlarının Tek Çatı Altında Toplanması				*		*	
GSS				*		*	
Sağlık Sigortası	*	*	*		*		
Tam Gün Düzenleme	*			*	*		
Tam Gün Düzenleme Kaldırma		*					
Personel Yetiştirme	*	*	*	*	*	*	

Kamu Hastaneleri ve Yatak Sayısında Artış	*						
Sağlık Hizmetlerinde Merkezileşme	*						
Sağlık Personeline Mali Haklar				*			
Mahrumiyet Bölgesine Görev Özendirilmesi			*	*			

**Not:** Kalkınma planlarından yararlanılarak hazırlanmıştır.

## 2. Kamu Sağlık Hizmetlerinde Maaş-Ücret Temelli Dönüşümü Etkileyen Faktörler

Kamu sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşümü etkileyen ana aktörlere ayrıntılı bakmak çalışmamızın genel savlarını daha net ortaya koyacaktır. Performansa dönük ödemenin uygulanmasında uluslararası kuruluşlar, bütçe politikaları, özel sektörün sağlık hizmetlerinde öncü rol alması ve istihdam temelli dönüşüm etkili olmuştur.

### 2.1. Uluslararası Kuruluşların Etkisi

Türkiye’de 1980 sonrası Dünya Bankası sağlık hizmetlerine yönelik çalışmalar yapmış ve yapısal düzenleme kapsamında anlaşmalar yapılmıştır. İlk çalışma 1985 yılında DB Nüfus Sağlık ve Beslenme Bölümünün sağlık sektörünü incelemesi sonucunda teknik ve politika belirleme alanlarına yönelik olmuştur. Dünya Bankası ve Devlet Planlama Teşkilatı 1988 yılında Türkiye Sağlık Sektörü Master Planı Etüdü çalışmasını başlatmış ve çalışmayı 1989 yılında tamamlanmıştır. Bu çalışma sonrası 1990 yılı proje destekli kredilerin başlangıç yılı olmuştur. Bu krediler “teknik yardım” aşamasının ötesinde “uyum-proje” kredileri olarak gerçekleşmiştir. İlk uyum-proje kredisi 1990 yılında “Birinci Sağlık Projesi” ile gerçekleşmiştir. Bu kredi anlaşması sonrası 1994, 1997, 2004, 2009 yıllarında Dünya Bankasıyla ikraz anlaşmaları yapılmıştır (Övgün, Küçük, 2013: 68).

Dünya Bankası Haziran 2002’de “Türkiye: Verimliliği ve Erişimi Geliştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar” raporunu yayımlamış ve bu rapor Acil Eylem Planı ve sağlıkta dönüşüm programıyla paralellik taşımıştır. Sağlıkta dönüşüm programının ilk aşamadan sonra Dünya Bankası OECD ile birlikte “OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye” kitabı yayımlamış ve 2008 sonrası dönem reformları tanımlanmıştır. Bu inceleme kitabına bakıldığında sağlıkta dönüşüm programının amaçları arasında yönetişimi etkili kılmanın yer aldığı görülmektedir. Bu çalışma tezimizin konusu olan sağlık hizmetlerinde ücret konusunda SB’na politikalar önerildiği ve Dünya Bankasının bu konudaki uygulamaların hayat bulmasını sağladığı görülmektedir.

Bu rapor çerçevesinde kamu hastane birlikleri düzenlemesi incelendiğinde raporda 2008 yılının hastane özerkliği için erken bir dönem olduğu bu nedenle hükümetin hastane özerkliği için pilot çalışma yapmaya karar verdiği ifade edilmektedir. Pilot hastane birlikleri program planlama, bütçelendirme, sağlık personeli işe alımı ve kaynak tahsisi konusunda özerklik ve esnekliğe sahip olacağı ifade edilmiştir. Raporda bu işlemin en önemli amaçlarından biri olarak da “*Hastane çalışanları, artık kamu çalışanı sınıfında olmayacak ve artık sağlık sektöründe ömür boyu istihdam hakkına sahip olmayacaklardır*” denilmektedir. Bu ifade 657 sayılı Kanununun sağlık hizmetlerinden tamamen kaldırılacağını ifade etmektedir. Sağlıkta dönüşüm programının Birinci Faz’ında hastane özerkliğinin erken olması nedeniyle bu dönemde özerkliğe yönelik adımlar atıldığı ifade edilmektedir. Birinci Faz’daki; hastane yöneticilerine döner sermaye konusunda verilen yetkiler, performans dayalı ek ödeme, özel sektörden hizmet alımı, sağlık bilgi sistemleri, kalite ve verimlilik çalışmaları özerkliğe yönelik adımlar olarak değerlendirilmiştir (OECD ve Dünya Bankası, 2008: 44).

Raporda hastane özerkliği çalışmasını 1. Faz döneminde olumsuz etkileyen ve hayata geçmesini engelleyen en önemli olay, 2005-2006 döneminde SB’nin yeniden yapılandırılması için destekleyici etki gösterecek olan Kamu Yönetimi Temel Kanunu’nun Cumhurbaşkanlığı tarafından geri göndermiş olması gösterilmiştir. Kanunun veto edilmesiyle KHK yoluyla 1. Faz döneminde yönetim ve özerklik adımlarının atıldığı ifade edilmiştir (OECD ve Dünya Bankası, 2008: 45).

Hastanelere personel istihdam etme, personelin performansını ödüllendirme gibi uygulamalar özerkliğin ilk adımı olarak görülmektedir. Daha fazla özerklikle devlet hastanelerinin özel sektörle rekabeti güçlendirilerek hizmet sunumunda özel sektör kamu ayrımının giderileceği vurgulanmıştır (OECD ve Dünya Bankası, 2008: 111-112). Dünya Bankası ve IMF ile yapılan anlaşmaların sağlık politikalarına etkisine anlaşma metinleri üzerinden bakmak çalışmamızın temel savını ortaya koymada yararlı olacaktır. Bu amaçla bu anlaşma metinleri Tablo 3’te gösterilmiştir.

**Tablo 3:** Stand-by Anlaşmalarının Sağlık Politikalarına Etkisi

Sağlık Politikaları	17. Stand-by 09.12.1999	18. Stand-by 18.01.2002	19. Stand-by 26.04.2005
Personel giderlerinin azaltılması	*		*
Sağlık reformu	*	*	*
Sosyal güvenlik reformu	*		*

Özel sektörün rolünün artırılması		*	
Döner sermaye bütçesinde kontrolün artırılması		*	
Kamuda ücret politikalarında karlılığa dayanan üretken bir yapıya geçilmesi		*	
Enflasyona göre maaş artışına son verilmesi		*	
Personel sayısının azaltılması	*	*	
Sağlık ve ilaç harcamalarına karşı SUT'un işaret edilmesi			*
Sağlıkta yaşanan ilave maliyetin SDP çerçevesinde dengelenmesi			*
Hastanelerin yeniden yapılandırılması			*
Performansa göre ödeme			*
İstihdam politikalarında reform			*
Ücret politikalarında reform	*		*
Özelleştirme	*	*	*
Maaş yelpaze darlığında reform, ücret farklılıklarının artırılması			*

**Not:** Hazine Müsteşarlığı Stand-by Anlaşmalarından yararlanılarak hazırlanmıştır.

IMF ile yapılan anlaşmalara, çalışmamız çerçevesinde bakacak olursak: 09/12/1999 tarih 17. Stand-by niyet mektubunda 2000 yılında personel giderlerinde azaltma yapılacağı, sosyal güvenlik reformlarının yakından izleneceği, prime esas ücretlerin tavanının artıracığı, SGK açıklarını kapatmak için yapılan transferlerinin önüne geçmek için çalışmalar yapacağını belirtmiştir (bkz. Tablo 3).

18/01/2002 tarihinde IMF tarafından 18. Stand-by anlaşması yürürlüğe konulmuştur. Bu anlaşmayla özelleştirmeyi kolaylaştıracak reformlar ve özel sektörün ekonomideki rolünün artırılacağı ifade edilmiştir. Kamuda maaş ve ücrette enflasyon yerine daha fazla karlılığa dayanan ve üretken bir yapıya geçileceği hükme bağlanmıştır. Bu amaçla bir sonraki kamu işçileri toplu iş sözleşmesinde ve memur maaş artışlarında mevcut sözleşmelerde bulunan geçmiş enflasyona göre endeksleme hükmünün önemli ölçüde azaltılmasına çalışılacağı ifade edilmiştir (bkz. Tablo 3).

26/04/2005 tarihinde uygulamaya sokulan 19. Stand-by anlaşması sağlık, ilaç ve sosyal güvenlik harcamalarındaki artışlara karşı Sağlık Uygulama

Tebliği'nin işareti verilmiştir. Kamu maliye reformları altında sağlıkta yaşanan ilave maliyetlerin, sağlıkta dönüşüm programı kapsamında alınan tedbirlerle dengeleyeceği vurgulanmıştır. Anlaşmada genel sağlık sigortası ile ilgili bölümde; *“geçiş sebebiyle ortaya çıkacak başlangıç maliyetleri olmasına rağmen, hastanelerin yeniden yapılandırılması ve temel sağlık hizmetlerine yeniden odaklanması gibi reformlar orta vadede sistemin maliyetlerini reform olmaksızın ortaya çıkacak bazı senaryonun altına indirmesi amaçlanmaktadır”* ifadesiyle sağlık harcamalarındaki artışları düşürmeye yönelik tedbirler alınacağı ve izleneceği ifade edilmiştir (bkz. Tablo 3).

IMF ile yapılan anlaşmalar kısa vadede mali uyum için politikalar önerdiği görülmektedir. Dünya Bankası ise orta vadede politika önerileri geliştirmiştir. Dünya Bankası ile SB'nın yapmış olduğu anlaşma metinleri Tablo 4'te gösterilmiştir.

SB ile Dünya Bankası arasında imzalanan beş İkraz Anlaşması koruyucu ve tedavi edici hizmetlere yönelik yapılmıştır. İkraz anlaşmaları 1980 sonrası devletin küçültülerek sağlık hizmet alanından çekilmesi ve sağlık hizmet örgütlenmesinin yeniden inşasında etkili olmuştur (bkz. Tablo 4).

Uygulanabilir Program Kredisi anlaşmalarına bakıldığında anlaşmaların koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini ayrı ayrı dönüştürmeye dönük olduğu görülmektedir. Uygulanabilir Program Kredisi anlaşmalarının birincisi sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde aile hekimliği uygulamasının sağlanmasına dönük yapılmıştır. Bu anlaşmanın ikincisi ise hastane özerkleşmesi ve özelleştirilmesi doğrultusunda yapılmıştır (bkz. Tablo 4).

Ülke Destek Stratejisi sağlık hizmetlerinin dönüşümünde kamu ve özel sektöre kredi desteği sunmuştur. İkinci Ülke Destek Stratejisi sağlıkta dönüşüm programı ve sosyal güvenlik reformlarına kredi desteği sunmuştur. Bu anlaşma bu yapısal desteğin yanında özel sektör ve kamu özel ortaklığı projelerine kredi desteği vermiştir (bkz. Tablo 4).

Yapılan iki, Ülke İşbirliği Stratejisi sağlık ve sosyal güvenlik reformları üzerinde ayrıntılı çalışmıştır. Anlaşmalar özerkleşme ve özelleşme temelli destek sunmuştur. Diğer anlaşmalara göre koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinde yapısal reformlar öngörmüştür (bkz. Tablo 4).

**Tablo 4:** Dünya Bankası ile Yapılan Anlaşmaların Sağlık Politikalarına Etkisi

Sağlık Politikaları	İkraz Anlaşması (16.08.1990)	İkraz Anlaşması (28.09.1994)	İkraz Anlaşması (22.09.1997)	İkraz Anlaşması (30.06.2009)	İkraz Anlaşması (11.06.2014)	1. APL (Uygulanabilir Program Kredisi)	2. APL (Uygulanabilir Program Kredisi)	2. CAS (Ülke Destek Stratejisi) (2004-2006)	1 CPS (Ülke İşbirliği Stratejisi) (2008-2011)	2 CPS (Ülke İşbirliği Stratejisi) (2012-2015)
Sağlıkta dönüşüm programı				*	*	*	*	*	*	*
Sosyal güvenlik reformu					*			*	*	*
Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğünün kurulması	*									
SB hizmet sağlayıcı rolünden liderlik rolüne geçişi										*
Koruyucu hizmetlerde reform (Aile hekimliği uygulaması)			*	*	*		*	*		*
Sağlık işletmeleri ve hastane reformu		*	*	*	*		*	*		
Hastane yönetimi modernizasyonu		*								
Özel sektöre kredi desteği								*		*
Kamu özel ortaklığına kredi desteği								*		*
Hizmet sunumunda özel sektörün desteklemesi									*	*
Kırsal kesime sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması	*	*							*	*
Tüm nüfusun sağlık hizmetlerinden yararlanması	*	*				*			*	
Sağlık hizmetlerinde yönetim ilkelerinin uygulanması									*	
Sağlık hizmetlerinde verimlilik		*							*	
Sağlık hizmetlerinde maliyet tasarrufu sağlayacak reformlar									*	
Sağlık hizmetlerinde maliyet-etkinliğin artırılması			*						*	*
Mali açıdan sürdürülebilir sağlık sigortası				*					*	*

Sağlık hizmetlerinde istihdam modernizasyonu									*	
Personel yetiştirilmesi	*	*								
Sağlık hizmetlerinde maliyetleri azaltıcı ücret sistemi						*		*		
Performans yönetimi ve performans bazlı ödeme sistemi			*			*			*	
Performans bazlı bütçeleme			*							
Global bütçeden ödeme yapılması									*	

**Not:** İkras anlaşmaları ve Dünya Bankası yayınlarından yararlanılarak hazırlanmıştır.

Dünya Bankası uygulamaya koyduğu projeler ve yapılan anlaşmalarla sağlık ve sosyal güvenlik reformlarında belirleyici olmuştur. İlk dönem temel yasalarla şekillenen sağlık sektörü daha sonra imzalanan teknik anlaşmalarla özerkleşme, özelleşme çizgisine taşınmıştır. Bu dönüşüm 1990'lı yıllarda Birinci ve İkinci Sağlık Projeleri kapsamında siyasi istikrarın sağlanamaması nedeniyle uygulanamamıştır. 2000'li yıllar sonrası sağlanan siyasi istikrarla 1990'lı yıllarda amaçlanan dönüşüm Sağlıkta Dönüşüm Projesi adıyla uygulanabilmiştir. Uluslararası kuruluşlar ile yapılan anlaşmalar istihdam ve ücret rejiminin, dönüşümle ortaya çıkan sağlık harcamalarındaki artışı gidermeye yönelik rolünü ortaya koymaktadır.

## 2.2. Bütçe Politikalarının Etkisi

Uluslararası kuruluşların ortaya koyduğu “etkin devlet” vurgusu, bütçe temelli dönüşümde temel oluşturmaktadır. Etkin devlet modelinde, devletin hizmet sektöründen çekilmesi, piyasa güvenliğini sağlayan bütçeyi sağlamlaştıran politikalar oluşturması istenmektedir. Ortaya konulan istihdam ve ücret rejimi politikaları etkin devlet uygulamaları kapsamında, bütçenin sürdürülebilirliği çerçevesinde ortaya çıkmıştır.

Sağlık politikalarında uluslararası kuruluşlar eliyle gerçekleştirilen reformların kamuya ilave maliyetler ortaya çıkardığı bir önceki bölümde vurgulanmıştır. Kamu maliyesi açısından artan maliyetlerin hastanelerin yeniden yapılandırılması ve kamu mali reformlarıyla giderileceği ifade edilmiştir. Bu bölümde artan kamu sağlık harcamalarının reform kapsamında kamu sağlık personeli maaş rejimine etkisine değinilecektir.

Bütçe neoliberal temelli dönüşüm kapsamında yeni sağlık sisteminin oluşturulması ve sürdürülebilirliği için müdahale edilmesi gerekli bir alan olarak görülmüştür. Sağlık hizmetlerinin finansmanında yaşanan dönüşümü sağlık

hizmetlerinde yaşanan dönüşümle bir bütün olarak görmek gerekmektedir. Bu dönüşüm çerçevesinde, SGK'nın yeni yapılandırması aşamasında genel sağlık sigortası öncesi 2004 yılında SGK, ÇSGB, MB, DPT ve Hazine Müsteşarlığı temsilcilerinden oluşan Geri Ödeme Komisyonu ve Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu kurulmuştur (OECD ve Dünya Bankası, 2008: 15-45). Sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılması ve teminat paketinin belirlenmesinde SB'nin rol alamaması sağlık hizmeti alımı ve sunumu ayırımını daha net ortaya koymakla birlikte bu yapıda görev alan birimlere bakıldığında sağlıkta dönüşüm programı içerisinde finansman temelli dönüşümün önceliğinin mali koruma olduğu daha net anlaşılmaktadır. Bu komisyonun ilk icraatı SB'nin 31/12/2004 tarihine kadar SGK ve BAĞ-KUR'dan 3,5 Milyar TL alacağıın silinmesi olmuştur (Atasever, 2014: 111). İlgili düzenleme ile SB'nin personel ödemelerinde önemli yer tutan döner sermaye ödemelerinde kesintiye gidilmiştir. SB'nin global bütçe<sup>2</sup> öncesi alacaklarının silinmesi uygulaması global bütçe uygulaması sonrası da kendini göstermiştir. SGK ve SB arasında 2006 yılında artan maliyetlerin önüne geçmek için iki taraf arasında anlaşılarak sağlık kurumlarında uygulamaya konan global bütçe uygulaması Türkiye'de satın alıcı ve hizmet sunucu arasındaki ilişkinin dönüştüğünün ilk örneği olmuştur (OECD ve Dünya Bankası, 2008: 15-45). Dünya Bankası tarafından global bütçe uygulamasının kısa vadede sağlık harcamalarını kontrol altında tuttuğu ancak uzun vadede sağlık harcamalarının kontrol altına alınması için hükümetin ek tedbirler alması gerektiği vurgulanmıştır (Dünya Bankası, 2012: 12).

Global Bütçe ileriye dönük sabit maliyeti sağlama özelliği taşımaktadır. Performansa dayalı ödeme ile yöntemin çıktı odaklı eksikliği giderilmeye çalışılmaktadır. Global bütçeyle sağlık sunucularına sabit ileriye dönük bir bütçe ayırmakta, performansa dönük ödeme nedeniyle artan hacim artışının ise bütçeye zarar vermemesi içinde fiyatları düşürmektedir. Türkiye de uygulan global bütçe uygulamasında bütçeyi aşacak düzeyde hizmet sunulması durumunda, bütçeyi aşan tutar sunuculara ödenmemektedir. Performans artışının karşılığı bütçe tavan tutarını geçmemekte ve performansın artışı ücreti artırmamaktadır.

Global bütçe ile SB ile SGK arasında 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Kanunu'nun 73. Maddesinin 8. Fıkrası gereği "Götürü Bedel Hizmet Alım Sözleşmesi" gereği her yıl Bakanlar Kurulu kararıyla telkin işlemi gerçekleştirilmektedir. 2014 yılı itibariyle telkin edilen tutar 9.966 milyon TL'dir. Bu kesinti miktarı, performans ile ücret arasındaki doğru orantının ancak bütçe

---

2 Global Bütçe: Sunulması gereken hizmet hacmi ve bu hizmet hacmine dair bir genel harcama sınırı ya da hedefi olarak tanımlanabilir. Global Bütçe ileriye dönük sabit maliyeti sağlama özelliği taşımaktadır.



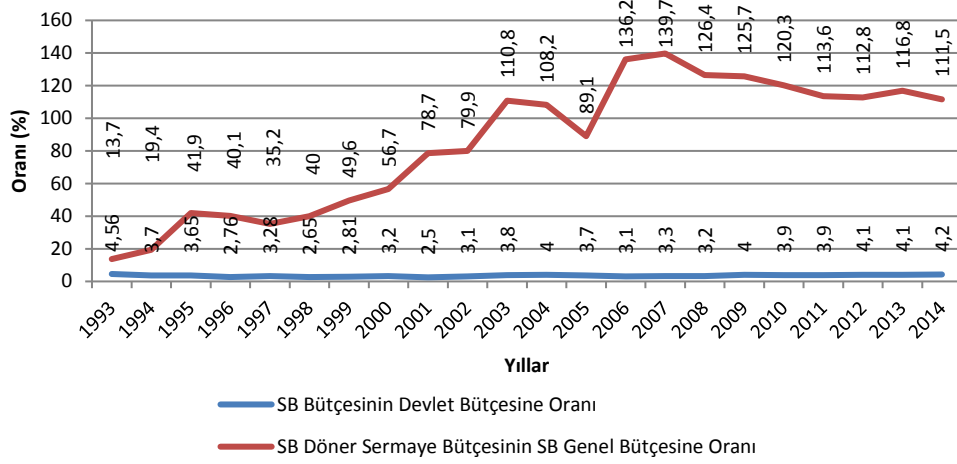
sınırları çerçevesinde gerçekleştirilebileceğini ortaya koymaktadır (Yalçınkaya, 2017: 109).

Uygulamada bir başka aksaklık ve telkin tutarının düşmesinin nedeni ise bu hesaplamada 2005 yılı SUT fiyatlarının kullanılması ve SUT'ta artış olmamasıdır (Atasever, 2014:113). Hastanelere ödenen global bütçe paylarında 2005 yılı SUT fiyatlarının kullanılması geçimini maaşa göre öne çıkan performansa göre ödemeye sağlayan sağlık emek gücünün mağduriyetini doğurmuştur. Bu ödemelerde refah düzeyinin baz alınmadığı gibi enflasyon gerçeklerinin de göz ardı edildiği ortaya konulmaktadır.

Uygulanan global bütçe uygulaması 2001 yılında % 63,8 oranında gerçekleşen SGK gelir gider dengesini, sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması ve özel sektörün hizmet sunumunda rolünün artmasına rağmen, 2014 yılında % 69,3 oranında tutmuştur. 2001-2014 yıllarında SGK'nın sağlık harcamaları 12 kat artarken global bütçe sisteminin sürdürülebilirliğini sağlamıştır (Yalçınkaya, 2017: 110). SGK harcamalarının sürdürülebilirliği sağlık emek gücüne esnekleşme politikalarını dayatmıştır. Esnekleşme politikalarından ücret esnekliği bütçe temelli sürdürülebilirlik amacıyla ortaya çıkmıştır. SGK'dan özel sektöre kaynak aktarımı sonrası gerçekleşen bütçe baskısı performansa göre ödemeye, genel bütçede de faiz harcamalarının artması ise maaş artışlarında baskıya neden olmuştur.

Sağlık hizmetlerinin özelleşmesi performansa göre ödeme üzerinde baskıyı artırırken, SB'nin bütçe yapısını da değiştirmiştir. Genel bütçeden döner sermaye bütçesine bu değişim özerkleşme temelli olmuştur. 1980 sonrası SB bütçesi devlet bütçesindeki payı % 5'in altında tutulmuştur. Yine bu dönem personel giderlerinin bütçe içindeki oranı sürekli düşüş göstermiştir. 2008 sonrası personel harcamalarını ve toplam sağlık harcamalarını kontrol altında tutmak amacıyla esnekleşme yoğun şekilde kullanılmış ve bu uygulamanın başında performansa dönük ödeme önemli yer tutmuştur. Yine 1993 yılında SB'nin döner sermaye bütçesinin genel bütçeye oranı %13'lerden 2000 yılında % 56'ya 2014 yılında ise % 111'e ulaşmıştır (Şekil 1)

Şekil 1: SB Genel Bütçe ve Döner Sermaye Bütçesinin Oransal Değişimi



**Kaynak:** Yalçinkaya, 2017: 113

Sağlıkta dönüşüm programı sonrası, özel sektörden kamunun hizmet satın alması, özel sağlık harcamalarının oranını düşürmüştür, kamu sağlık harcamalarının oranı artmıştır. Kamu sağlık harcamalarında artış olması bu dönemde özelleştirme eğiliminin etkili olmasından kaynaklanmıştır. Kamu sağlık harcamalarındaki artış 2002-2013 yılları arası 4 kat olurken, özel sağlık finansmanındaki artış kamu harcamalarındaki artışın altında kalarak 2,3 olarak gerçekleşmiştir. Sağlık hizmet kullanımı artışı yaşanırken özel sağlık finans kurumları bu artışın mali koruma çerçevesinde tutmuş ve bu artış oranı 1,3 olarak gerçekleşmiştir (Yalçinkaya, 2017: 113).

SB hastanelerin SGK ile çalıştığı ve buradaki bütçe oranıyla ve GSS ile toplanan primlerin global bütçeye yansımalarıyla şekillenmekte ve bu da personel ödemelerine yansımaktadır. SB hastanelerinin SGK'dan aldığı toplam gelirlerindeki payı 2002'de %32,8'den 2013'te % 48,8'e çıkarken merkezi yönetim bütçesinden aldığı pay % 58,7'den % 44'de yerel yönetim bütçesinden aldığı pay ise % 2,3'den % 0,9 düşmüş, özel sektörden aldığı pay ise % 6,1 iken % 6,3'e çıkmıştır (Atasever, 2014: 120). SB 1980 sonrası artan şekilde merkezi yönetim bütçesinden uzaklaşmış sağlıkta dönüşüm programı döneminde SGK tarafından toplanan genel sağlık sigortası havuzundan yararlanan döner sermayeli işletmeler halini almıştır. Çalışmamız içerisinde de yer alan SGK genel sağlık sigortası içerisinde meydana gelen açıklar ve primlerin tahsil edilememesi, performansa dayalı ek ödemenin sürdürülebilirliğini ve düzeyini etkilemektedir.

SGK'nın sağlık harcamalarındaki artış hızı toplam dahil tüm diğer harcamaların artış hızından daha hızlı büyümüş olup bu büyüklüğün özel sektöre kaydıği görülmektedir. SGK, SB hastanelerine uyguladığı Global Bütçe ile bunun önüne geçse de özel sektöre global bütçeyi uygulamamakta ve bunun sonucunda özel sektörün büyüme hızı 17<sup>3</sup> kat olmuştur. Genel sağlık sigortasından özel sektöre artan şekilde bu kaynak aktarımı personel giderlerini yoğun şekilde genel sağlık sigortasından elde ettiğı gelirden sağlayan SB'ni personel giderlerinde tasarrufa yönlendirmekte ve alt düzenleyici işlemlerle esnekleştirme politikalarını ağırlaştırmaktadır.

Dönem devletin görev çerçevesini sağlık hizmetinin satılmasında ve gerekli finansman yapısının oluşturulmasında belirlemiştir. Genel sağlık sigortası oluşturularak kamu sağlık kuruluşlarının genel sağlık sigortasına hizmet satışı gerçekleşmiştir. Bu durum kamu sağlık hizmetlerini özertleştirmiş ve özel sektör istihdam ve ücret rejiminin kamu sağlık hizmetlerinde uygulanmasını zorunlu kılmıştır. Özel sektörün sağlık hizmetlerinde yerini alması ve sağlık hizmeti satışı gerçekleşmesi ve kamu sağlık kuruluşlarının SGK'ya hizmet satışı gerçekleştirmesi, sağlık hizmetlerinin kamusal mal alanından çıkarak özel mallara dönüşmesini ve sağlık hizmetlerinin metalaşmasını etkilemiştir.

### 2.3. Özel Sektörün Etkisi

Neoliberal politikalar kamu personel maaş-ücret rejimini doğrudan değıştirirken bir yandan da kamu sağlık hizmetlerinin alanını özel sektöre bırakarak, özel sektör üzerinden maaş-ücret rejimini dönüştürecek ikinci etkiyi ortaya koymaktadır. Bu nedenle maaş-ücret rejiminde performansla dönük ödeme eğiliminde, özel sektör de etkilidir.

Türkiye'de 1980 öncesi özel sağlık hizmeti ve özel sağlık hizmeti sunan hastane sınırlı sayıdadır. Özel sektörün faaliyet alanı çoğunlukla 50'den az yataklı küçük klinikler ve ayakta tedavi merkezleridir. Bu dönemde kamu sektörü maaş düzeylerinin düşük olması nedeniyle hekimlerin özel sektörde çalışmasına izin verilmiştir (OECD ve Dünya Bankası, 2008: 27). 1980 öncesi özel hastanelerin büyük bölümü yabancı ve azınlıklara aittir. 1980 sonrası piyasa yönelimli eğilimler sağlık hizmetlerinde de kendini göstermiş olup, özel hastane sayısında artış gerçekleşmiştir (Karakaş ve Yusifi Yılmaz, 2011: 86). 1980 sonrası kamu özel kesim arasındaki dağılımına ayrıntılı bakıldığında kendiliğinden oluşan bir işbölümü karşımıza çıkmaktadır. Bu işbölümü altında

3 17 kat değıeri, Atasever, 2014 yayımının 116. Sayfasında yer alan değıerlendirme tablosundan alınmıştır.

kamu ve özel sektör yatırımlarının birbirini dışlayan kalabalıklaştırma etkisinden ziyade birbirini tamamlayan özellik göstermektedir (Yeldan, 2012: 47).

Türkiye’de 1980 sonrası özel sağlık kurumlarına yönelik teşvikler yapılsa da özel sektörün sağlık alanında yatırımları 10/06/2002 tarihinde yürürlüğe giren “Yatırımlarda Devlet Yardımları Hakkında Karar” sonrası artmıştır. Kararla sağlık alanındaki yatırımlar “özel önem taşıyan sektör yatırımı” olarak kabul edilmiştir. Bu dönemden sonra bazı holding ve gruplar bu sektörde var olmaya başlamıştır. Türkiye’de sermayeler hem sağlık hem de başka alandaki birikimlerini kullanarak sağlık alanında büyürken bazı dışsal finansal kaynaklardan da yararlanmaktadır. 2000’li yıllarda Dünya Bankası özel sağlık sektörüne verdiği kredilerle dönüşüme ivme kazandırmıştır. Bu dönüşümde bankalar ve görüntüleme cihazı üreticileri uzun vadeli finansman ile katkı sağlamaktadır. Türkiye özel hastane sektöründeki son on yıllık gelişimi birleşme ve zincirler şeklinde sürmektedir. Bu yolla büyük özel hastane zincirleri özel sigorta şirketleri, hekimler ve kamu karşısında pazarlık güçlerini artırmaktadır (Karakas ve Yusufi Yılmaz, 2011: 90).

Gelinen noktada özel sektörün sağlık alanında yer alması kamunun finansman yapısını ve teşkilat yapısını etkilediği gibi, personel yetiştirmesinden istihdam şekline ve ücretlendirmesine kadar birçok alanda da etki yarattığı görülmektedir. Sağlık hizmetlerinde yaşanan reform çalışmalarının başlangıcı aynı zamanda Türkiye’de özel sektörün temsiliyeti anlamında önemli yer tutan TÜSİAD’ın da bu doğrultuda reform talep ettiği döneme ve taleplerine denk düşmektedir. TÜSİAD ilk olarak, 1995 yılında yayımladığı yayınında sağlık hizmetlerin özel sektör tarafından sunulması gerekliliği vurgulamış, yine aynı yayımda kamu yönetiminde yeni bir ücret politikasının oluşması gerekliliğini ifade etmiştir (TÜSİAD, 1995: 132-138). TÜSİAD, 2001 yılında başlattığı “Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri” çalışmasını 2003 yılında tamamlamış ve kamuya açıklamıştır. Bu talepler GSS, özel sağlık sigortaları, sağlık sektöründe özel sektörün rolü ve teşvik kanunları, kamu hastanelerinde özerklik, sağlık yönetimi, birinci basamak hizmetlerinde reform talepleri yer almaktadır (TÜSİAD, 2004: 2-10). Bu talepler sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde gerçekleşmiştir. SB ve Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği arasında 14.09.2011 tarihinde imzalanan protokolle özel sektörün ve kamu sektörü arasındaki personel geçişleri ve uygulanan ücret politikalarının birbirini nasıl etkilediğini ortaya koymaktadır. Bu protokolde SB özel sektörden hekim ücretleri konusunda düzenleme istemiş yüksek ücret nedeniyle personel dağılımında dengesizliğe neden olduğu ifade edilmiştir. Bunun karşılığında özel sektörde SB’ndan ek uzman hekim kontenjanı talep ederek hemşire yetiştirilmesi ve Bakanlığın yoğun hemşire alımınının özel sektörlerdeki sıkıntısı dile getirilerek mutabakat metni imzalanmıştır (Sağlık

Bakanlığı ve ÖSHAD, 2013). Özel sektörün kamu sağlık hizmetlerinde yapılan değişiklikleri yakından takip ettiği ve bu reformlara taraf olduğu ve bu doğrultuda yayınlanan en son rapor ise 2012 yılında MÜSİAD tarafından yayımlanan “Sağlık Sektör Raporu”dur (MÜSİAD, 2012: 1).

OECD'nin Türk Sağlık Sistemi incelemesinde sağlıkta dönüşüm programının özel sektörün rolünün geliştirilmesi doğrultusunda tasarlandığı ve hastane özerkliği ve GSS ile özel sektörden en iyi şekilde yararlanılacağı ifade edilmiştir (OECD ve Dünya Bankası, 2008: 109).

Sağlıkta dönüşüm programı kapsamında özel sektöre yönelik uygulamaya konulan politikalara bakıldığında ilk olarak 2003 yılında devlet memurlarının özel sağlık kurumlarından faydalanma hakkı genişletilerek diğer nüfusunda yararlanmasının önü açılmıştır. Sağlıkta dönüşüm programının ilk fazında tanınan haklarla özel sağlık kurumlarının tüm nüfusa hizmet sunacak düzenlemeler ortaya konmuştur. 2008 yılında özel sağlık hizmetlerinde en fazla % 30 oranında katılım payı alma hakkı tanınmış ve 10 TL muayene katılım payı konulmuştur. 2009'da belirlenen % 30 katılım payı % 70'e, 2012'de % 90'a, 2012'de ise % 200'e çıkarılmış. Sağlık hizmetlerinde özel sektörün ilk olarak önü açılmış ve sosyal güvence üzerinden karşılanarak sağlık hizmet sunucularının ağırlıkları ve sağlık alışkanlıkları değiştirilmiştir.

**Tablo 5.** SDP Sonrası Özel Sektörün Finansman Kaynağı (Milyon TL)

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

**Kaynak:** Atasever, 2014: 143

1980 sonrası artan kamu hizmet alanlarının özel sektöre bırakma eğiliminin en sık görüldüğü sektör olan sağlık sektöründe özellikle sağlıkta dönüşüm programı sonrası kamu finansmanının özel sektöre aktarımı görülmektedir. 2002 yılında özel sektöre SGK'dan kaynak aktarımı % 12,3 iken

2013'te 17 kat artış gerçekleşmiş ve toplam finansmandaki oran % 44,9 olmuştur (bkz. Tablo 5).

Bu büyüme eğilimi kendini sağlık personeli planlama ve ücretlendirmede de göstermiştir. 2007 sonrası hızla büyüyen sektörde artan personel ihtiyacı kamu personelinin istifa ederek yüksek ücretlerle özel sektörü tercih etmesine neden olmuştur. Bu durum kamunun sağlık hizmetlerini aksatmış ve bu durum karşısında SB 2008 yılında çıkardığı “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” ile özel sağlık kurumlarının personel dahil bütün büyüme alanlarını kapsayacak şekilde planlama ve ruhsatlandırma kuralı getirmiştir (Atasever, 2014: 144).

Özel sektörün SB'na göre özellikle yandal uzmanlarına 1,5-2 kat ücret ödemesi SB'ndan özel sektöre personel hareketlerine neden olmuştur. Bu personel geçişi SB'nın özel sektöre yönelik çelişkili politikalar uygulamasına neden olmaktadır. Ancak uzun vadede kamu özel arasında sağlıklı bir işbirliği planlanmıştır. Ancak orta vadede özerklik önündeki kısıtlamalar, personel eksikliği gibi uygulamalar planları aksatmaktadır. Kamu ve özel sektör arasındaki işbirliği ve kapasitesinin en üst düzeye çıkarılması için Dünya Bankası ve OECD teşviklerin doğru yapılması, hizmet sunucu ve satın alıcı tarafında eşit şartlar oluşturulması gibi ana şartlar belirlemiştir (OECD ve Dünya Bankası, 2008: 112).

Sağlıkta dönüşüm programı sonrası özel sektördeki büyüme kamudaki maaşlarda iç denge unsurunu zedelemiştir. Bu uyum gerek DB politikaları gerekse SB ile özel sağlık kuruluşları arasında bir birini dışlayan yapı yerine uyum içerisinde koordineli şekilde yürümektedir.

Genel olarak tüm dönemlerde hastane ve yatak sayılarına göz atıldığında, çalışmamızdaki dönemsellikte örtüştüğü görülmektedir. 1967-1979 döneminde SB'na bağlı hastanelerde artış % 23, özel sektörde ki artış ise kamunun altında kalmış hastane sayısındaki artış % 18 gerçekleşmiştir. 1967-1979 dönemi sonu itibariyle, özel sektör hastaneleri SB hastanelerinin % 13'ü kadardır. Bu oran neoliberal dönemde artış göstermiştir. 1980-1989 döneminde SB bünyesindeki hastanelerin sayısı % -6 azalmış, özel sektörde ise hastane sayısındaki artış kamudaki artışı geçmiş hastane sayısı artışı % 39 olmuştur. 1980-1989 dönemi sonu itibariyle, özel sektör hastaneleri SB hastanelerin % 20'si kadardır. 1990-2000 dönemi ise toplumsal muhalefet nedeniyle SB hastanelerindeki artış % 26, özel sektör kamuya göre daha fazla büyümüş hastane sayısındaki artış % 109 gerçekleşmiştir. 1990-2000 dönemi sonu itibariyle, özel sektör hastaneleri SB hastanelerin % 30'u kadardır. 2001-2014 dönemi ise 1980 sonrası amaçlanan dönüşümün tamamıyla gerçekleştiği ve siyasi yatırım unsuru olarak kamu hastanelerinin yaygınlaştırılması unsurundan dönülmüş ve sağlık hizmetleri alanı daha net bir şekilde özel sektöre bırakılmıştır. Bu dönem SB hastane sayısında

azalış % -2 gerçekleşmiş, özel sektör hastane sayısında % 106 yatak sayısı ise % 221 büyümüştür. 2014 dönemine gelindiğinde özel sektör hastaneleri SB hastanelerin % 64'ü kadar olup, dönem içerisinde en yüksek düzeye çıkmıştır (Yalçınkaya, 2017: 122).

#### **2.4. İstihdam Temelli Dönüşümün Etkisi**

Devletin sağlık hizmetlerinde üstlenmiş olduğu hizmet sağlayıcı rolünün dönüşümü ile birlikte kamu sağlık hizmetlerinde istihdam politikaları da dönüşmüştür. Değişen bu rolle temel istihdam şekli hedef alınmış ve 1980 sonrası değiştirilmeye çalışılmıştır. Bu istihdam temelli dönüşüm, istihdam rejimiyle uyumlu ücret politikalarının uygulanmasını da sağlamıştır. Bu nedenle ücret temelli dönüşüm öncesi SB'nda meydana gelen istihdam temelli dönüşümü de sorgulamak ve ortaya koymak yararlı olacaktır.

Esnek istihdam biçimi 1980 sonrası iki şekilde gelişim göstermiştir. Esnek istihdam ilk olarak kamu hizmetlerinin metalaşması ve taşeronlaşmasıyla ortaya çıkarken, ikinci olarak memurluk rejiminde dönüşüm sonrası ortaya çıkmıştır. 1980 sonrası dönüşüm tek tip kamu personel rejimi ve statüsü yerini çoklu istihdam ve ücret rejimine bırakmıştır (Aslan, 2012: 470).

Bu istihdam modellerinin maaş-ücret rejimine yaptığı etkiyi anlamak anlamında bu istihdam modellerinden kadro karşılığı sözleşmeli personel, sözleşmeli personel ve aile hekimliği statüsünde görev alan personelin haklarına göz atmak yararlı olacaktır. Kadro karşılığı sözleşmeli personel statüsü kamu sağlık hizmetlerinde yönetici sınıfa esnekleşme politikalarını dayatırken, sözleşmeli personel statüsü sağlık hizmetleri sınıfını taşeronlaşmanın eşliğine getirmiş, aile hekimliği uygulamasıyla ise koruyucu sağlık hizmetlerinde kamu hizmet üretici rolünden tamamen çekilip kamu personeli ödeme karşılığı hizmet üreten personel konumuna taşınmıştır.

İstihdam temelli dönüşüm kapsamında esnek istihdam SB'nda yöneticilere uygulama şekli kadro karşılığı sözleşmeli personel statüsüyle hayat bulmuştur. Kadro karşılığı sözleşmeli statünün ortaya çıkış mantığında ücret rejiminde özerk bir alan yaratma olan bu statü elit bir kamu personeli statüsü yaratmıştır (Albayrak ve Sayan, 2011: 215). Bu elit kamu personel rejiminde ücret araç olarak kullanılmıştır. Kurumlar için uygulanacak politikalara uyum sağlamak amacıyla, ayrıcalıklı personel olarak nitelendirilen personeller kadro karşılığı sözleşmeli personel olarak sistem dışına çıkarılmaktadır. Böylece bu personeller toplu pazarlık dışında tutulmakta ve toplu pazarlık sistemi zayıflatılmaktadır. Amaç olarak kişi bazında performans göre ücret sistemine geçiş yapılmasıdır (Öke ve Kurt, 2003: 408-421). Kamusal hizmet uygulayıcıları olan yöneticilere

uygulanan bu sözleşmeler ile birimlerin dönüşümleri sağlanırken, sözleşmelerle görev, sorumluluk, iş tanımları, hedef ve performans ölçütleri tanımlanmakta ve denetimler bu doğrultuda gerçekleştirilmektedir (Al, 2007: 121).

663 sayılı KHK'nin ilk uygulama dönemi olan 2012'de 4394 olan kadro karşılığı sözleşmeli personel sayısı iki yıl sonra 2014'te 6257 olarak gerçekleşmiş ve yaygınlaşmıştır (Yalçınkaya, 2017: 128). Kamu sağlık hizmetlerinde görev yapan bürokrasinin istihdam ve maaş rejiminin memur statüsünden ayrıştığını ve farklılaştığını ortaya koymaktadır. Uygulanan istihdam ve maaş rejimi farklılığı ve esnekliği, bürokrasinin reformlar karşısında oluşabilecek itirazlarını ortaya koymalarını da engelleyebilmektedir.

Yönetici dışındaki sağlık personeline esnek istihdamın uygulama şekli sözleşmeli personel statüsüyle olmuştur. SB'nin 2003 yılında yayımladığı sağlıkta dönüşüm programı metninde mevcut memurluk statüsünün sakıncaları belirtilmiş ve sözleşmeli personel statüsünün bu sorunları gidereceği vurgulanmıştır (Memişoğlu ve Gül, 2012: 435).

Sözleşmeli personel uygulamalarından biri olan aile hekimliği uygulandığı tarih itibariyle mevcut istihdam ve sözleşmeli personel türlerinden farklılık göstermiştir. Bu statünün koruyucu sağlık hizmetlerine uygulanmasında ücret teşvik unsuru olarak kullanılmıştır. Aile hekimliği statüsü kapsamında çalıştırılan personelin gelirleri (maaş veya kişi başı ödemeler + ek ödemeler) hastanede ve sağlık ocaklarında çalıştırılan personelin gelirlerinden daha yüksek tutulmuştur. Bu ücret farklılaşması hekimlerin aile hekimliğine geçmesi ve asistan hekimlerin aile hekimliği uzmanlığı eğitimini seçmelerini teşvik etmiştir (OECD ve Dünya Bankası, 2008: 110).

Aile Hekimliği hem sistemin sürdürülebilirliği hem de sistemin kamuda tartışılmadan hayata geçmesi için Dünya Bankası yoluyla alınan kredilerin mevcut pratisyen hekim ücretlerinin 2-3 katı ödeyerek sözleşme imzalanması sağlanmış ve hekimler arasında yüksek ücret nedeniyle kabul görmüştür. Esnek çalışma örneği olan aile hekimliği personel sayısını azaltarak esnekleşmenin bir başka boyutunu da hayata geçirmektedir. Ücret teşvik edici öge olarak kullanılsa da diğer personel giderlerinin yapılmayacak oluşu maliyeti açısından önemli avantaj sağlamıştır.

Tablo 6 incelenecek olursak toplum sağlığı merkezi, sağlık ocağı ve hastanelerde çalışan pratisyen tabiplerin maaşlarının birbirine yakın olduğu görülmekte olup, bu durum 2003 sonrası ek ödemelerle hastaneler lehine bozulmuş ve bu kurumlardaki ücret yelpazesi açılmıştır. 2008 yılında aile hekimliğine geçişle birlikte durum daha da karmaşıklaşmıştır. 2008 yılında hastanelerde görevli pratisyen tabipler 3.732 TL alırken sağlık ocağındaki pratisyen tabipler 2.544 TL almış aile hekimliğinde görevli pratisyen hekimler



ise 4.906 TL almıştır. 2010 yılında ise aile hekimliği uygulamasının hayat bulması için sürdürülen ücret politikası sistemi parçalı bir hale getirmiş ve maaş açıklarını artırmıştır. Bu durum pratisyen hekimleri hastanelerdeki düşük ücret nedeniyle, hastanelerden, aile hekimliği birimine geçiş yapmasına neden olmuştur.

2010 yılında pratisyen tabipler, sağlık ocağında 3.042 TL ücret alırken hastanelerde 3.601 TL almış, aile hekimliğinde ise 5.678 TL almıştır. Birinci basamakta aile hekimliğinde görevli pratisyen tabibin sağlık ocağında çalışan pratisyen tabibe göre 1,86 katı ücret alması, bu birimler arasında geçişlere neden olmuştur. Uygulanan bu ücret politikası aile hekimliğine geçişi kolaylaştırmış ve memurluk statüsünden vazgeçişte etken olarak gerçekleşmiştir. Sağlık hizmetlerinde uygulanan ücret politikalarının verimlilik temelli kullanıldığı ifade edilse de uygulanan reformların ve esnekleşme politikalarının hayata geçirilmesinde de önemli güdüleyici etken olarak kullanılmıştır. Burada ücretin yönetim aracı olarak kullanıldığını ortaya koymaktadır (bkz. Tablo 6).

Uygulanan istihdam ve ücret esnekliği politikalarının birinci basamak kamu sağlık hizmetlerindeki maaş açıklığını da etkilemiştir. Birinci basamakta 2000 yılında pratisyen tabipler ile yardımcı sağlık personeli arasındaki 1,47 olan maaş açıklığı 2008 yılında performans dönük ödeme ile 1,71 olarak gerçekleşmiştir, aile hekimliği uygulaması sonrası 2,92 olmuştur. Mevcut uygulama aynı kurumun farklı teşkilatlarında farklı ücret uygulamasının önünü açarken aynı teşkilatta farklı unvanlara sahip meslek gruplarının da maaş açıklığının artmasına neden olmuştur. Bu açıklığın özünde performans dönük ödemeler yatsa da aile hekimliği uygulamasında maaş açıklığının nedeni memurluk statüsünün kaybıdır. Bu uygulamalar bu dönemde ücret politikalarında maaş açıklığının artırdığını ve ücret politikalarının parçalı yapı özelliğini ortaya koymaktadır (bkz. Tablo 6).

**Tablo 6:** Türkiye’de Tabip ve Diğer Sağlık Personeli Ortalama 2000-2010 Dönemi Ödenen Ücretler

	YIL	Sağlık Ocağı		Hastaneler		Toplum Sağlığı Merkezleri		Aile Hekimliği	Sağlık Ocağı		Aile Hekimliği	
		Taban Maaş	Ek Ödeme	Taban Maaş	Ek Ödeme	Taban Maaş	Ek Ödeme	Taban Maaş	Taban Maaş	Ek Ödeme	Taban Maaş	
Tabip	2000	333		348	324					212		
	2001	476		517	449					301		
	2002	691	126	721	647					448	57	
	2003	846	231	860	785					575	87	
	2004	954	321	935	1195					656	139	
	2005	1071	705	1076	2001					748	260	
	2006	1155	914	1188	2355					790	339	
	2007	1265	997	1272	2680					889	375	
	2008	1414	1130	1406	2326	1432	984	4.906		1079	412	1731
	2009	1536	1086	1393	2416	1495	996	5.319		1189	434	1939
	2010	1546	1496	1610	1991	1585	1582	5.678		1230	475	1943

**Kaynak:** Dünya Bankası, 2013: 43-45

2007 yılında aile hekimliği uygulaması ile oluşan ücret farklılaşması, sağlık personelinin birinci basamak sağlık hizmetlerinin yapısal dönüşümünde direncini düşürmüştür. Bu durum ücretin reformlar karşısında sağlık personelinin direncini kırmadaki rolünü ve ücretin yönetim aracı olarak fonksiyonunu daha net ortaya koymaktadır. Bu dönem sağlık ocağı sistemi yerine aile hekimliği, memurluk statüsü yerine sözleşmeli statü (hizmet alımı) konulmasında oluşacak direnç ücret farklılıklarıyla giderilmiştir. 2007 yılında altıncı bölge sağlık ocağında görevli pratisyen hekim 2.250 TL aylık alırken aynı bölgedeki aile hekimliğinde görevli pratisyen hekim 4.500 TL ücret almıştır. Bu iki katı fark sağlık personelinin aile hekimliği geçişinde güdüleyici etki yapmıştır (Yalçınkaya, 2017:134).

Uygulamayla birinci basamakta özelleştirme eğiliminin hayata geçmesini sağlasa da birinci basamaktaki sağlık harcamalarını artırmıştır. Aile hekimliğinin Türkiye geneline yaygınlaştırması sonrası birinci basamak sağlık harcamaları hızla artmıştır. 2010’dan 2013’e gelindiğinde aile hekimliğine yönelik yapılan harcamalarda üç yılda üç kat artış ortaya çıkmıştır (Atasever, 2014: 139).

Gelinen noktada aile hekimliği uygulamasını finansman açısından sürdürülebilirliğini sağlamak anlamında yeni esnekleşme metotları uygulamaya konulmuştur. Yapılan düzenlemelerle mesai dışı çalışma, hafta sonu nöbet usulü

çalışılması, aile sağlığı personelinin o ildeki hastanelerde nöbete kalmasına yönelik düzenlemeler getirilmiştir. Aile hekimliği uygulaması bir anlamda da taşeronlaşma eğilimini koruyucu sağlık hizmetlerine taşımış ve yaygın bir şekilde kullanılmasının önünü açmıştır.

Yapılan uluslararası anlaşmalar ve mevzuatta yapılan düzenlemeyle SB tarafından sunulan sağlık hizmetlerindeki memur kadroları eritilerek tüm sağlık hizmetlerinin hizmet alım yöntemiyle gördürülmesi amaçlanmaktadır. Kadro karşılığı sözleşmeli yöneticiler ile bürokrasiye, “Ambulans ve Acil Sağlık Araçları ve Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği” ile 112 acil sağlık hizmetlerine, “Aile Hekimliği Kanunu” ile birinci basamak sağlık hizmetlerine, “4924 sayılı Kanun” ve “Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli İle Tesis Yapılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması Hakkında Kanun” ile tedavi edici sağlık hizmetlerine taşeronlaşma eğilimi taşınmıştır. Uygulamalarla sağlık hizmetlerinin tüm basamaklarında esnek istihdam modelleri uygulanmaktadır. Uygulanan bu farklı esnek istihdam modelleri, parçalı istihdam ve ücret rejimini kamu sağlık hizmetlerine taşımıştır.

### **3. Maaş-Ücret Temelli Dönüşüm ve Performansa Göre Ödeme**

1980 sonrası devletin küçültülmesi amacı doğrultusunda kamu örgütlerinin sayısı ve çeşitlerinin azaltılması, çalışan personel sayısının azaltılması, bütçeden personele ayrılan payın azaltılması yer almaktadır. Bunun yerine geleneksel kamu örgütlerinde uzman personelin istihdam edilmesi, tek merkezden idare edilen örgütler yerine örgütlerin parçalara ayrılması, her parçanın özerk bütçesinin olması ve etkinlik verimlilik çerçevesinde işlev görmesi, bürokratik yönetimin dönüştürülmesi ve birbirleriyle ve özel sektörle rekabet halinde olması amaçlanmıştır (Kerman, 1996: 42-43).

#### **3.1. Maaş-Ücret Temelli Dönüşüm**

Performansa göre ödeme 1980 sonrası farklılaşan ücret ilişkisi ile örtüşmüştür. 1980 öncesi ücretin arzı artırıcı etkisi karşısında, 1980 sonrası ücretin maliyet artırıcı özelliği sağlık hizmetlerine yansımıştır. Döner sermayeden performansa göre ödeme ile kamu sağlık hizmetlerinde ücret, talep özelliğinden çıkarak, maliyet ögesi olarak kendini göstermiştir.

Türkiye’de 2007 öncesi uygulanan döner sermaye uygulaması, kamu hastanelerinde özerkleşme temelli eğilimle gerçekleşmiştir. 2007 sonrası ortaya konulan döner sermaye kapsamında performans ödemesinde ise 2007 öncesi

gerçekleşen özerkleşme ve özelleşme sonucu ortaya çıkan sağlık harcamalarında ki artış etkili olmuştur. Türkiye’de performansa göre ödemenin asıl uygulama şeklinin 2007 yılı sonrası uygulandığı görülmektedir. 2007 sonrası uygulanan performansa dönük ödemenin uygulama dönemi Dünya Bankasının sağlık hizmetlerinde ücret rejimine yönelik politika önerileriyle aynı dönemde gerçekleşmiştir. 2005-2008 dönemi kamu sağlık hizmetlerinde uygulanan maaş ve ücret düzeyini incelemek, ücret rejiminin misyonunu ortaya koymada yarar sağlayacaktır. Tablo 7’de ise 2000-2010 dönemi uzman tabip ve hemşirede 2008 öncesi ve sonrası maaş ve ek ödemelerin karşılaştırması yer almaktadır.

Tablo 7’deki maaş ve ek ödeme verileri değerlendirildiğinde uzman tabip ile hemşirenin 2000 yılında maaş açıklığı 1,91, ek ödeme açıklığı 3,76 iken 2010 yılında performansa dönük ödeme sonrası maaş açıklığı, 1,65 ile düşüş göstermiş ek ödemedeki açıklık artarak 4,82 olmuştur. 2000 yılında uzman hekimler maaşlarının % 102 düzeyinde ek ödeme alırken performansa dönük ödeme sonrası bu oran % 181 düzeyine yükselmiş ve gelirlere maaş ikinci pozisyona itilerek performansa dönük ödeme ana unsur olmuştur. Hemşirelerde ise 2000 yılında ek ödeme maaşların % 52’si düzeyindeyken, 2010 yılında % 62 düzeyinde kalmıştır. 2012 sonrası 375 sayılı KHK sonrası yardımcı sağlık hizmetlerinde bu oran % 5-20 arasındaki oranlara kadar düşmüştür. Bu veriler ortaya koymaktadır ki hekimlerin geçiminde ön plana çıkan performansa dönük ödeme hemşire ve diğer personelde anlamlı bir düzey almamıştır. Bu durum çalışmamızda da yer aldığı gibi 2000 sonrası hemşire ve diğer yardımcı sağlık personeli sayısının artırılması aile hekimliğinde hemşirelerin çalışma alanının daraltılması ve hemşirelerde statü kaybının etkili olduğu söylenebilir. Performansa göre ödeme yıllar itibariyle maaşlar karşısında oransal artışını sürdürmüştür. Performansa göre ödeme memurun geçiminde ana unsur özelliği kazanırken yıllar itibariyle de reel maaşlarda düşüşler gerçekleşmiştir.

**Tablo 7:** Türkiye’de Hastanelerde Ödenen Ücretler

	Tabip	Bölge 1		Bölge 2		Bölge 3		Bölge 4		Bölge 5		Bölge 6		Türkiye		Toplam Gelir	Yıllık Gelir
		Taban Maaş	Ek Ödeme	Taban Maaş	Ek Ödeme	Taban Maaş	Ek Ödeme	Taban Maaş	Ek Ödeme	Taban Maaş	Ek Ödeme	Taban Maaş	Ek Ödeme	Taban Maaş	Ek Ödeme		
Uzman Tabip	2000	413	297	578	374	383	749	480	562	431	655	469	184	459	470	929	11151
	2006	1297	4750	1211	3838	1183	2170	1197	3004	1190	2587	1484	4086	1260	3406	4666	55995
	2007	1294	5039	1346	3400	1220	1614	1283	2507	1252	2060	1603	4889	1333	3252	4585	55015
	2008	1636	4851	1455	3761	1507	4497	1595	4271	1661	4661	1657	4954	1585	4499	6084	73011
	2009	1625	4091	1585	4600	1552	4299	1544	4322	1602	4215	1985	5200	1649	4455	6103	73239
	2010	1738	3347	1598	4439	1759	3609	2186	2868	1976	3459	2804	4181	2010	3651	5661	67928

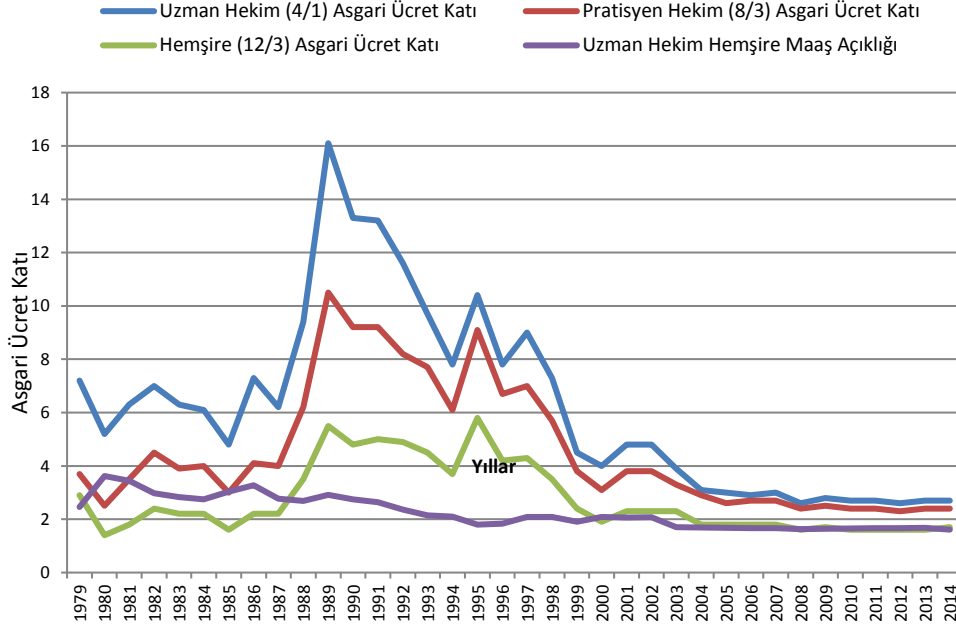
Diğer Sağlık Personeli (d)	2000	220	128	300	181	253	84	199	186	218	89	253	84	240	125	365	4382
	2006	812	780	751	575	890	520	843	625	857	589	890	520	840	601	1442	17300
	2007	955	801	822	594	985	761	905	703	951	617	985	761	934	706	1640	19676
	2008	1049	728	954	693	1037	764	1006	719	1038	760	1000	762	1014	738	1752	21023
	2009	1110	689	1051	858	1085	750	1024	713	1039	729	1229	773	1090	752	1841	22098
	2010	1233	697	1168	799	1202	834	1204	835	1234	681	1234	688	1213	756	1968	23621

**Kaynak:** Dünya Bankası, 2013: 44

1979-2014 yılları arasında sağlık personelinin maaş dönüşümünü yorumlayacak olursak: 1980 dönemi 2,5 ile 3,5 arasında seyreden uzman hekim ile hemşire arasındaki maaş açıklığı 1990'lardan 2000'lere gelinirken düşüş göstermiş ve 2 seviyelerine inmiş, bu düşüş eğilimi 2014 yılına gelindiğinde devam etmiş ve 1,6 seviyesine inmiştir. Maaş açıklığındaki bu düşüş eğilimi sosyal ücret özelliğinden kaynaklanmamakta olup performansla göre ödemeler ile birlikte değerlendirildiğinde maaş unsurunun kamu sağlık hizmetlerinde tamamen uzaklaştığını ortaya koymaktadır (bkz. Şekil 8).

Şekil 2'de hareketle maaş düzeyinin asgari ücret karşısındaki seyrine bakacak olursak: 1980 sonrası maaşlar düşük seviyede tutulmuş, 1989 işçi hareketleri ile birlikte artış göstermiş ve 1990-2000 arası ekonomik krizler ve siyasi istikrarsızlık dönemlerinde asgari ücret karşısında en yüksek düzeye çıkmıştır. 2000 yılı sonrası eğilim ise asgari ücret karşısında maaşları 1980 döneminin gerisine götürmüştür. Hekimler 1979 yılında asgari ücretin 7,2 katı maaş alırken, bu fark 1990'larda 16,3 katına kadar çıkarak devam etmiş, 1999 yılından sonra hızla düşmüş ve 2014 yılında 2,7 olarak gerçekleşmiştir. Hemşirelerde hekimlerde olduğu gibi asgari ücretin 1979 yılında 2,9 katıyken 1990'lar boyunca bu fark artış göstermiş 5,8'e kadar çıkmış, 1999 yılından sonra ise düşerek 2 seviyesinin altına düşmüş 2014 yılında ise 1,7 olmuştur. Bu durum sağlık hizmetlerinde görevli sağlık emek gücünün geçimindeki 2000'li yıllar öncesi ana unsur olan maaşlardaki erimeyi ortaya koymaktadır.

Şekil 2: Sağlık Personeli Maaşlarının Asgari Ücretle Karşılaştırılması



**Kaynak:** Yalçınkaya, 2017: 160

Tablo 8’de 2002-2013 arası SB, üniversite hastaneleri ve özel sağlık sektörü personel harcamalarının seyri gösterilmektedir. Tablo personel harcamalarının oransal olarak on yıl içerisinde kontrol altında tutulduğunu göstermektedir. SB harcamaları içerisindeki personel harcamaları oranı % 60-70 aralığında seyretmiştir. 2002 yılında % 66,8 olan oran, 2013 yılında % 67,9 olarak gerçekleşmiştir. Üniversite hastaneleri harcamaları içerisindeki personel harcamaları oranı % 10-13 aralığında seyretmiştir. 2002 yılında % 12,3 olan oran, 2013 yılında % 10 olarak gerçekleşmiştir. Özel sağlık kuruluşları harcamaları içerisindeki personel harcamaları oranı % 20-30 aralığında seyretmiştir. 2002 yılında % 20,9 olan oran, 2013 yılında % 22,1 olarak gerçekleşmiştir (bkz. Tablo 8). Maaş artışlarındaki mali disiplin ile personel harcamaları artsa dahi, toplam harcamalar içerisinde personel harcamaları oranı kontrol altında tutulmuştur.

Tablo 8’de görüldüğü gibi personel harcamalarındaki artış oranı SB ve özel sektörde birbirine yakın olup bu hizmet sunucularının ücret politikaları kapalı özellik taşımayıp diğer hizmet sunucularının ücret politikalarının ve personel harcamalarının da değişmesine neden olmaktadır. Sağlıkta dönüşüm programı dönemi incelendiğinde tabloda, 2008 yılı dönüm oluşturmakta olup

2008 yılına kadar SB personel giderlerinde oransal anlamda düşme olurken özel sektörde artış olmuş ve personel hareketlenmesinde özel sektöre kayış yoğun yaşanmıştır. 2008 Şubat ayında “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” ile SB’nın özel sektöre personel ve diğer alanlarında kurallar ve sınırlamalar getirmesi ve SB uygulanan performans dönük ödeme ile durum değişmiş ve SB’nın personel harcamalarının oranı artarken özel sektörün harcamaları düşmüş ve 2002 yılındaki değerler hemen hemen korunmuştur. Bu durum performans dönük ödeme ile artan işlem hacmine rağmen, mali korumanın sağlandığını göstermektedir.

**Tablo 8:** Personel Harcamalarının Sunuculara Göre Dağılımı (Milyon TL)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Artış
Sağlık Bakanlığı	TL	2.972	4.114	4.910	5.023	6.870	8.828	9.057	9.787	11.591	13.859	16.627	20.069	5,8
	%	66,8	63,4	62,3	57,5	60,7	62,7	58,3	63,6	70,0	66,0	65,3	67,9	
Üniversite	TL	547	712	902	1.013	1.217	1.453	1.695	1.769	2.102	2.354	2.615	2.967	4,4
	%	12,3	11,0	11,4	11,6	10,8	10,3	10,9	11,5	12,7	11,2	10,3	10,0	
Özel Sektör	TL	928	1.658	2.067	2.693	3.231	3.799	4.788	3.829	2.856	4.795	6.207	6.542	6,1
	%	20,9	25,6	26,2	30,9	28,5	27,0	30,8	24,9	17,3	22,8	24,4	22,1	
<b>Toplam Personel Harcamaları</b>		<b>4.446</b>	<b>6.485</b>	<b>7.878</b>	<b>8.729</b>	<b>11.318</b>	<b>14.081</b>	<b>15.540</b>	<b>15.386</b>	<b>16.554</b>	<b>21.008</b>	<b>25.449</b>	<b>29.579</b>	<b>5,7</b>
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı		23,7	26,7	26,2	24,7	25,7	27,7	26,9	26,6	26,8	30,6	34,3	35,1	

**Kaynak:** Atasever, 2014: 173-181

### 3.2. Performans Ödemeleri

SB’nda görevli yönetici ve diğer personel istihdam olarak farklılaştığı gibi ücret rejiminde de farklılaşmıştır. Her iki grup çalışanda da, ücret rejimi eğilimi, bireysellik ve performans vurgusu taşımaktadır. Bu benzerliğin yanında yöneticilerin sistemin uygulamada ki fonksiyonundan dolayı, istihdam rejimi olarak daha fazla esneklik taşımaktadır. Bu iki grubun istihdam rejimi ve reformlarda ki fonksiyonu, ücret rejimini etkilemiştir. Yöneticiler reformların uygulayıcısı ve denetleyicisi olurken, yönetici dışında ki personel sistemin sürdürülebilirliği çerçevesinde, emeğiyle verimlilik ve mali sürdürülebilirlik aracı olmuşlardır.

SB’nda yönetici statüsünde görev yapan personel, 663 sayılı KHK ile 657 sayılı DMK kapsamındaki sözleşmeli statüden bağımsız hizmet sözleşmeleri ile

çalıştırılmıştır. Bu statü yöneticileri diğer personelden hem statü hem de ücret rejiminde farklılaştırmıştır.

SB’nda yöneticilerin kurum içerisinden kadro karşılığı sözleşmeyle ya da dışarıdan özel sektörden sözleşme usulüyle çalıştırıldıkları görülmektedir. Bu sözleşmeli yöneticilere maaşları yanında performans göre ödeme yapılmaktadır. SB il teşkilatı 2012 öncesi İl Sağlık Müdürlükleri eliyle yürütülürken, 663 sayılı KHK sonrası il teşkilatları İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Müdürlükleri ve Kamu Hastaneleri Birlikleri şeklinde çoklu yapıya dönüştürülmüştür. Farklılaşan örgütlenme şekli beraberinde istihdam ve ücret rejimini de çoklu hale taşımıştır.

Bu parçalı yapı yönetim giderlerinin de artmasına neden olmaktadır. Yönetim hizmetleri giderlerindeki artış ortalama 0,1 artarken 2012’de bu oran altı kat, 2013’de sekiz kat artmıştır (Atasever, 2014: 150-152). Bu artışta 663 sayılı KHK ile oluşturulan parçalı sağlık hizmetleri teşkilat yapısı önemli yer tutmaktadır. Sağlık hizmetlerinde yönetim giderlerinde en ciddi artış yine SB bünyesinde yaşanmıştır. Verimlilik amacıyla ortaya konmaya çalışılan sağlıkta dönüşüm programının işletme faaliyet giderlerini artırdığı yönetim hizmetlerinde de kendini göstermektedir. SB’nda uygulanan sözleşmeli yöneticilerin ek ödemelerinin yönetim giderlerinden yapılması, SB bünyesinde çalışan yöneticilerin araştırmacı kadrosuna geçirilmesi, kamu dışından yönetici çalıştırılması ve mevcut yöneticilerin kadro karşılığı sözleşmeli olarak çalıştırılması yönetim giderlerini artırmıştır.

Kamu sağlık hizmetlerinde parçalı özerk çoklu kurumlara geçilmesi maaş-ücret rejimini de dönüştürmüştür. Tablo 9’da kamu hastane birliklerinde görev yapan personele ait ücret tavanları gösterilmektedir. Aynı sekreterlik içinde görev yapan genel sekreter ile büro görevlisi arasında brüt gelirler karşılaştırıldığında; maaşlarda 4 kat, ek ödemede 11 kat, toplam gelirden ise 7,4 kat fark oluşmaktadır. Yine tabloda aynı hastane bünyesinde yönetici olarak görev yapan hastane yöneticisi ve müdür yardımcısı arasında brüt gelirleri karşılaştırıldığında; maaşlarda 1,5 kat, ek ödemede 7,3 kat, toplam gelirden ise 5 kat fark oluşmaktadır.

2013 yılında gerçekleşen ve 01/01/2014 yılında geçerlilik kazanan memur maaş zammı artışı olan 175 TL her ne kadar üst düzey memurla alt düzey memur arasında zam artış farkını engellemeye yönelik taban aylık üzerinden yapılmış olsa da sözleşmeli yöneticilerdeki tavan tutara yansımaları aynı olmamıştır. Bu durum yöneticilerin toplu sözleşme aşamasında diğer personellerden ayrıştığını ortaya koymaktadır. Genel sekretere ve hastane yöneticisine artış 1.312,50 TL olarak yansırken, bu artış büro çalışanına 175 TL, müdür yardımcısına ise 262,5 TL artış olarak gerçekleşmiştir. Sosyal maaş zammı olarak düşünülen ve üst kademe yöneticisiyle alt unvana sahip memur arasında aynı oranda yapıldığı ifade edilen maaş zammı, hastane yöneticisi ile müdür yardımcısı arasındaki 1,5 kat



olan maaş farkını 2 kata, ek ödeme oranları kıyaslandığında ise 7,3 olan farkı 8 kata çıkarmıştır (bkz. Tablo 9).

Neoliberal eğilim yöneticileri öncelikle bir başka statüye taşıyarak maaş-ücret rejiminde diğer personelden farklılaştırmıştır. Uygulamayla yöneticilerin statü varlığı, yapılan reformlarla oluşturulan kamu sağlık hizmetlerinin varlığına, endekslenmiştir. Yöneticilere uygulanan performansa göre ödeme yöneticilerin reformları hayata geçirmede motivasyonunu artırmaya yönelik olmuştur. Düzenlemelerle yönetici sınıf, diğer personelden ayrıştığı gibi kamu sağlık hizmetlerinde maaş-ücret rejimi parçalı yapıya dönüşmüş, yönetici sınıf toplu sözleşme hükümlerinden ayrılarak ayrıcalıklı konum elde etmiş ve maaş açıklığı artmıştır.

**Tablo 9:** Kamu Hastane Birlikleri Sözleşmeli Ücret Tutarları (Brüt)

Unvanı	Maaş Ücret Oranı	Ek Ödeme Tavan Oranı	2012		2013		2014		
			Maaş Brüt	Ek Ödeme Brüt	Maaş Brüt	Ek Ödeme Brüt	Maaş Brüt	Ek Ödeme Brüt	
Genel Sekreter	Profesör -Doçent	200	550	6661,36	18318,74	7007,96	19271,89	7.514,68	20.665,37
	Diğer	200	300	6661,36	9992,04	7007,96	10511,94	7.514,68	11.272,02
Başkan	Profesör -Doçent	150	600	4996,02	19984,08	5255,97	21023,88	5.636,01	22.544,04
	Diğer	150	300	4996,02	9992,04	5255,97	10511,94	5.636,01	11.272,02
Hastane Yöneticisi	Profesör -Doçent	150	600	4996,02	19984,08	5255,97	21023,88	5.636,01	22.544,04
	Diğer	150	300	4996,02	9992,04	5255,97	10511,94	5.636,01	11.272,02
Başhekim	Profesör -Doçent	150	600	4996,02	19984,08	5255,97	21023,88	5.636,01	22.544,04
	Diğer	150	200	4996,02	6661,36	5255,97	7007,96	5.636,01	7.514,68
Başhekim Yrd.	Uzman Hekim	150	270	4996,02	8992,84	5255,97	9460,75	5.636,01	10.144,82
	Diğer	150	180	4996,02	5995,22	5255,97	6307,16	5.636,01	6.763,21
Müdür		100	125	3330,68	4163,35	3503,98	4379,98	3.757,34	4.696,68
Müdür Yrd.		75	75	2498,01	2498,01	2627,99	2627,99	2.818,01	2.818,01
Uzman		100	125	3330,68	4163,35	3503,98	4379,98	3.757,34	4.696,68
Büro Çalışanı		50	50	1665,34	1665,34	1751,99	1751,99	1.878,67	1.878,67

**Not:** 663 sayılı KHK'den yararlanılarak hazırlanmıştır.

SB'nin 2012 yılında yayımlanan teşkilat yasası ile hekim ve hekim dışı personelin performans ödemeleri yönetici statüsünde görev yapan personelin ödemelerinden bütünüyle farklılaşmıştır. Performansa göre ödeme, 2008 yılı sağlıkta dönüşüm programının ikinci fazı sonrası hem SB hem de kamu sağlık hizmetlerinde maaş içi denge unsurunu tamamıyla dönüştürmüştür.

Bu farklılaşma öncelikle kamu sağlık hizmeti sunan SB ve üniversite hastanelerinde ortaya çıkmıştır. Üniversite ve SB'na bağlı kuruluşların 2013 yılı performansla dönük ödemelerine ait ortalamalarına bakıldığında, neoliberal dönemin ücret uygulaması daha net ortaya çıkmaktadır (bkz. Tablo 10, Tablo 11).

SB bünyesinde görev yapan profesör ve doçent unvanlı eğitim görevlileri ortalama 8.310 TL performansa göre ödeme almıştır. Üniversite hastanelerinde ise profesörler ortalama 4.777 TL, doçentler ise ortalama 4.249 TL döner sermaye ek ödemesi almıştır. (bkz. Tablo 10, Tablo 11).

**Tablo 10:** Üniversite Hastanelerinde Ortalama Döner Sermaye Ödeme Tutarları

Unvan	Ortalama	En Yüksek	En Düşük	Fark
Profesör (Temel Tıp Bilimleri)	2.837	7.750	870	8,91
Profesör (Klinik Bilimleri)	4.777	11.203	1.300	8,61
Doçent (Temel Tıp Bilimleri)	2.283	6.780	800	8,48
Doçent (Klinik Bilimleri)	4.249	9.563	943	10,14
Yardımcı Doçent (Temel Tıp Bilimleri)	2.003	7.200	750	9,6
Yardımcı Doçent (Klinik Bilimleri)	3.363	7.543	452	16,68
Öğretim Görevlisi (Temel Tıp Bilimleri)	1.432	2.400	610	3,93
Öğretim Görevlisi (Klinik Bilimleri)	2.255	5.340	445	12
Araştırma Görevlisi (Temel Tıp Bilimleri)	1.002	1785	308	5,79
Araştırma Görevlisi (Klinik Bilimleri)	1.265	2.500	620	4,03
Hemşire	883	1.876	300	6,25
Sağlık Memuru	731	1.174	57	20,59
Hizmetli	515	618	199	3,10

**Kaynak:** YÖK, Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, 2014: 240-242

Bu farklılık kurum içinde de farklılık göstermektedir. Üniversite hastanelerinde klinik birimlerde görevli profesör en yüksek 11.203 TL döner sermaye ek ödemesi alırken, yine klinikte görevli başka bir üniversitedeki profesör 1.300 TL döner sermaye ek ödemesi almaktadır. Kliniklerde görevli doçentlere bakıldığında en yüksek 9.563 TL döner sermaye ek ödemesi alırken, bir başka üniversitede 943 TL döner sermaye ek ödemesi alabilmektedir. Üniversiteler mali yapısı nedeniyle memur statüsündeki personelin aldığı ücreti en yoğun etkileyen kurumlar olarak ortaya çıkmaktadır. YÖK, SB, Maliye Bakanlığı ve Kalkınma Bakanlığının 2014 yılında yayımladıkları yayında, yeni

kurulan üniversitelerde daha düşük ücretin verildiği görülmektedir (bkz. Tablo 10).

Performansa göre ödeme kamu sağlık hizmetlerinde üniversite ve SB'na bağlı hastanelerde maaş-ücret rejimini dönüştürdüğü ve etkilediği gibi SB'na bağlı hastaneler arası maaş-ücret farklılıklarını neden olmuştur. SB'nda görev yapan uzman hekimleri basamaklara göre karşılaştırdığında; eğitim ve araştırma hastanesinde ortalama 5.342 TL alınırken devlet hastanelerinde 5.461 TL performansa dönük ödeme alınmıştır. Bu farklılık eğitim ve araştırma hastanesi hizmet yoğunluğu düşünülünce, ürettiğin hizmet karşılığı kadar ücret politikasının makro düzeyde SB bağlı hastanelerde örtüşmediği görülmektedir (bkz. Tablo 11).

Unvan bazlı değerlendirme kapsamında, dış hekimlerinin aldığı performansa göre ödeme değerlendirildiğinde, dış hekimleri eğitim ve araştırma hastanesinde 2.788 TL performansa göre ödeme alırken, devlet hastanesinde 2.771 TL almış, ağız ve diş sağlığı merkezinde ise ortalama 3.284 TL performansa göre ödeme almıştır. Dış hekimleri açısından bu durum aynı kuruma bağlı farklı birimlerde ücretin ayrıştığını göstermektedir (bkz. Tablo 11).

Eğitim ve araştırma hastanelerinin kendi içerisindeki döner sermaye performans ödemesini ortalamalar üzerinden karşılaştıracak olursak, eğitim görevlisi ile hizmetli arasındaki performans ödemesi ücret yelpazesi açıklığı 14,81 olarak gerçekleşmiş, eğitim görevlisi ile hemşire arasındaki açıklık 8,64 olarak gerçekleşmiştir (bkz. Tablo 11).

**Tablo 11:** Sağlık Bakanlığı Döner Sermaye Ödeme Tutarları

Unvan	3. Basamak Eğitim ve Araştırma Hastanesi			2. Basamak Devlet Hastanesi	Ağız Diş Sağlığı Merkezi
	Ortalama	En Yüksek	En Düşük	Ortalama	Ortalama
Eğitim Görevlisi	8.310	10.691	5.393		
Uzman Hekim	5.342	8.065	2.846	5.461	
Pratisyen Hekim	2.837	4.306	1.304	3026	
Dış Hekimi	2.788	4.838	1.267	2771	3284
Hemşire	961	1.235	635	961	891
Hizmetli	561	627	506	569	556

**Kaynak:** YÖK, Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, 2014: 212-239

Performansa göre ödemenin kamu sağlık hizmetlerinde uygulanan maaş-ücret rejimi üzerindeki etkisini ve uygulanan maaş-ücret rejiminin neoliberal niteliğini ortaya koymak için Yalçınkaya'nın 2017 yılında yayımlanan tez çalışmasında örneklem aldığı iki hastanenin verilerine değinmek durumu daha net ortaya koyacaktır. Örnek olarak alınan iki eğitim ve araştırma hastanesinden elde edilen performansa göre ödeme verilerini yorumladığımızda yapılan ödemelerin neoliberal kuram çerçevesinde, maaş rejimi yerine konulmak üzere oluşturulan ücret rejiminin özellikleriyle örtüştüğü görülmektedir. Araştırma sonucunda 2007 ile 2017 yılları arasında 1 performans puan karşılığı tl artışı % 5,9 olması döner sermayenin mali sürdürülebilirlik çerçevesinde enflasyon ve toplam büyüme gibi ekonomik göstergeleri göz ardı edildiğini ortaya koymaktadır. Tez kapsamında aynı branşta 1 performans puanının karşılığı tl olarak farklılık göstermektedir. Bu farklılık idarenin ek puanlarla belirleyiciliğini ortaya koymaktadır. Yine eğitim görevlilerinin performansa dönük ödemeleri incelendiğinde kamu personelinin maaş sisteminin dönüştüğü görülmektedir. Tüm eğitim görevlilerinin maaş ve sabit ödemeleri aynı iken performans ödemelerinde eğitim görevlileri yan dal ve anadal eğitim görevlileri şeklinde ayrılmakta ve yan dal eğitim görevlilerine daha yüksek ücret ödenmektedir. Bu eğilimde özel sektörün ücret skalasının kamuya etkisi görülmektedir. Araştırma kapsamında izin kullanan ve kullanmayan klinik şefler arasındaki performansa göre ödeme açıklığı 10,08 olarak gerçekleşmiştir. Bu açıklık izin ve rapor gibi hakların, ücretleri düşürdüğü ve ücretin hizmet üretmeye endekslediğini göstermektedir (Yalçınkaya, 2017: 178-180).

SB ve üniversite hastanelerinin karşılaştırılmasında uygulanan ücret rejiminin sonuçları itibariyle salt bir ücret rejimi olmadığı ortaya çıkmaktadır. Uygulan ücret rejimi iç denge unsurunu zedelemenin ötesinde, bu kurumlar arasında personel hareketliliğine neden olabilmekte ve sağlık hizmetlerinin kalitesine, yetiştirilen personelin niteliğine, üniversitelerin üstlendiği bilimsel çalışma rolüne, nitelikli personel yetiştirme misyonuna, gençlerin meslek seçimine, sağlık personelinin uzmanlaşmasına, sağlık harcamalarına ve bir devlet sisteminin sürdürülebilirliğine zarar verebildiği düşünülmelidir. Veriler aynı ekip içerisinde görev yapan personelin ücretlerinin farklılaştığı, unvanlar arasında gelir farklılığının arttığı, ücret açıklığının arttığı, performansa göre ödemenin maaş karşısında ana unsur özelliği kazandığı, ücretin belirlenmesinde kapalı sistemin hakim olduğu, aynı ilçede yer alan iki hastanede dahi farklı şekilde hayat bulduğu, ödemelerde enflasyon ve ekonomik büyüme gibi unsurların dışlandığı görülmektedir.

Tablo 12'de SB'nda uygulanan performansa göre ödemenin neoliberal dönem ücret sistemiyle karşılaştırılması görülmektedir. Tabloda neoliberal politikaların 1980 sonrası kamuda maaş rejimi yerine koyduğu ücret rejiminin

kuramsal niteliğinin SB'nda uygulanmakta olan ücret rejimiyle karşılaştırılması yapılmıştır. Karşılaştırmada SB'nda uygulanan ek ödemenin kuramsal anlamda ücret rejimiyle örtüştüğü görülmektedir. Karşılaştırma kar-ücret ilişkisinin kamu sağlık hizmetlerinde uygulandığını ve memurun bireysel çıktısı ile geliri arasında ilişki kurulmuştur. Esnek çalışma karşılığı ortaya konan esnek ücret rejiminin hastane bazlı özerkleşme ile bireyselleştiği görülmektedir.

Performansa göre ödeme ile ücret rejimi ademi merkezi nitelik kazanmış, bürokrasi ayrı statü ve ücret rejimine taşınmıştır. Bürokrasi çalışanların performansının belirlenmesinde etkin rol üstlenirken, merkezi düzeyden yerel düzeye indirilen ücret politikaları idari düzenleyici işlemler ile belirlenmiştir. Alt düzenleyici işlemler, doğrudan piyasa hareketlerinin ücret düzeyinin farklılaşmasında ve değişimin gerekliliği doğrultusunda uygulanmıştır (bkz. Tablo 12).

Kamu sağlık hizmetlerinde uygulanan ücret politikaları sosyal ve mali ayrıcalıkları kaldırarak ücretlerde denklik ilkesini kamu sağlık hizmetlerinden uzaklaştırmış, rekabetçi, mutlak eşitsizlikleri barındıran, memura göre bireysel farklılaşmış, memurun bireysel çıktısıyla ücret arasında ilişkinin var olduğu niteliğe bürünmüştür (bkz. Tablo 12).

Uygulanan ücret politikasının niteliği, işçi-sermaye arasında oluşan birincil ücret ilişkisinin kamuya taşınmasından kaynaklanmaktadır. Kar-ücret ilişkisi, kamu sağlık personeli üzerinde esnekleşme politikaları ile baskıyı artırmış ve ücret esnekliğinin uygulanmasını sağlamıştır (bkz. Tablo 12).

Döner sermaye bütçesi kamu hastanelerini bütçe temelli özerkleştirmiştir. Performansa göre ödeme bu özerkleşmenin, özelleştirme doğrultusunda sürdürülebilirliğinde istihdam ve ücret temelli katkı sağlamıştır. Yeni Kamu İşletmeciliği kapsamında kamuda uygulanan işletmecilik teknikleri beraberinde özel sektör ücret rejimini getirirse de ücret rejiminin ana amacı reformlar çerçevesinde artan maliyetlerinin "etkin devlet" vurgusu çerçevesinde bütçede açık vermesini engellemektir.

**Tablo 12:** Uygulanan Ücret ve Maaş Rejiminin Karşılaştırılması

Ücret Kuramları	Sağlık Bakanlığındaki Uygulamalar	Maaş Rejimi (657 Devlet Memurları Kanunu)
Ücretlerde denklik ilkesi	Sağlık personeline yapılan sabit ödemeler	Derecelere ve sınıflara göre sabit ödeme
Rekabetçi niteliği	Hem hastaneler düzeyinde SGK'da mevcut bütçeden daha fazla pay alma yarışı, hem hastanelerde klinik düzeyinde diğer kliniklerle rekabetin oluşması hem de aynı unvanda görev yapan personel arasında daha fazla puan elde etme anlamında rekabetin oluşması	Ödüllendirme liyakat temelli kariyer beklentili

Ademi merkezi niteliği	İdari yapı ve işleyiş anlamında otokontrol ve dağıtılacak tutarın belirlenmesi 663 sayılı KHK Genel Sekreterliği ve Hastane Yönetimlerine bırakılmış olup her hastane özelinde hastane yönetimine geniş yetkiler tanınmıştır.	Merkezi düzeyde
Mutlak eşitsizlik niteliği	İşsel eşitsizlikler artmış, aynı unvana sahip personel arasında farklılaşmalar söz konusudur.	Eşit işe eşit ücret
Memura göre farklılaşmış bireysel niteliği	Hastane içerisinde klinik olarak ayırmış, sadece unvanın ödemede önemi ortaya çıkarak, bireysel puanların ön plana çıkması	Maaşlar genel düzeyde belirlenir
Amirin performansı değerlendirme niteliği	Çalışılacak birimden, komisyonlara, idari unvanlardan, ödül ve cezaya, ek puanlara değerlendirme yetkisi hastane düzeyinde amirin inisiyatifindedir.	Amirin sicil belirleme dışında ücrette belirleyici özelliği yoktur
İdari düzenleyici niteliği	Performansa göre ödeme, yönergelerden, tebliğler, girişimsel işlem skalası, amirin onayına kadar bir çok alt düzenleyici işlemle belirlenmektedir.	Kanun düzeyinde belirlenir.
Esnek çalışma	Yapılan uygulama nöbet, icap ve mesai dışı çalışma karşılığı ödeme ile mutlak artık değeri artırmaya yönelik olup, performansa göre mesai içi ödeme poliklinik sayısının idari ve Bakanlık düzeyinde kontrol edilmesi ve ücretin ödenmesi	Mesai kavramı vardır, ancak artık değer özelliği taşımaz
Doğrudan piyasa hareketlerine duyarlı niteliği	Bütçe çerçevesinde SUT ve BUT'lar ile sistem devamlı etki altında olup, düzenleyici işlemlerle girişimsel işlem puanları devamlı değişmektedir. Özel sektör gelişimi ve işgücü piyasasından etkilenmektedir.	Bütçe çerçevesinde önceden, yılı iki ayrı zaman dilimi şeklinde ayrılarak belirlenir.
Memurun bireysel çıktısı ve geliri arasındaki ilişki	Elde edilecek gelirin performans puanının hastane o dönem katsayısı çarpımı sonucu bulunması. Performansın düşmesiyle ücretin düşmesi	Memurun bireysel çıktısı ile maaşı arasında ilişki yoktur
Yöneticilerin ayrı bir statüye sahip olması	Kadro karşılığı sözleşmeli statüyle devlet memurları arasından, işçi statüsüyle özel sektörden yönetici görevlendirilmesi ve ödemelerinin ayrışması.	Yöneticiler ayrı bir statüye sahip değildir
Sosyal ve mali ayrıcalıkların kaldırılması	Sosyal maaş uygulamasının ikincil plana itilmesi ve performansa göre ödemelerin memurun geçiminde ana konuma gelmesi.	Sosyal haklar temelli tüm derece ve sınıflara aynı ücret verilir
İşçi-sermaye arasında birincil ücret ilişkisinin, kamuya taşınması	Elde edilecek ücretin hastanenin mali durumu ve geliri çerçevesinde belirlenmesi ve finansal durumunun belirleyici olması	İkincil ilişki
Maaşın peşin, ücretin çalıştıktan sonra ödenmesi	Birincil bölüşüm ilişkisi kapsamında elde edilen gelirle ücretin ödenmesi	Ay başında memurun geçimi anlamında peşin ödenir
Kar-Ücret ilişkisi	Hastanede elde edilen gelirlerin değişik oranlarda pay alması, ilaç ve tıbbi sarf malzemesi gelirlerinden %45'e kadar diğer gelirlerden %50'ye kadar gelir elde edebilmeleri	Kar-ücret ilişkisi yoktur

**Not:** Araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

## Sonuç

Türkiye'de 1980 sonrası, sağlık hizmetlerinin finansmanından sunumuna, sağlık personeli istihdam şekillerinden, maaş-ücret rejimine, köklü değişimlerin yaşandığı bir döneme geçilmiştir. Kalkınma planları, hükümet programları ve dönemsel uygulamalara bakıldığında bu dönemin üç alt döneme ayrıldığı görülmektedir. Türkiye'de bu dönüşüm 1980 sonrası üç dönemsellik içerisinde

gerçekleşmiştir. Bu dönemsellik çerçevesinde 1980'li yılların uygun ortamın hazırlandığı temel nitelik taşıyan düzenlemelerin yapıldığı, 1990'lı yıllar politikaların belirlendiği, planlama ve projelerin yapıldığı ancak siyasi ve ekonomik istikrarsızlık nedeniyle uygulanamadığı, 2000'li yıllar ise yoğun yapısal reformların yaşandığı yıllar olmuştur. Kamu sağlık hizmetlerinde bu üç dönemde de uluslararası kuruluşlar etkili rol oynamış, özel sağlık kuruluşları, bütçe politikaları ve istihdam temelli dönüşüm maaş-ücret temelli dönüşümü etkilemiştir.

Kamu sağlık hizmetlerinin dönüşümde Dünya Bankası ve IMF belirleyici özellik taşımıştır. Dünya Bankası ve IMF ile yapılan anlaşmalar ve hazırlanan raporlar bu uluslararası kuruluşların sağlıkta dönüşüm programı üzerindeki etkisini ortaya koymaktadır. Bu anlaşma metinleri ve raporlar, bazı düzenlemelerin geçiş dönemine özgü olduğunu ve kamu sağlık hizmetleri istihdamında memurluk statüsünün tamamen kaldırılmasının amaçlandığını ortaya koymaktadır. Kamu sağlık hizmetlerinin dönüşümünde, ortaya konulan istihdam rejimine yönelik, maaş rejimi yerine ücret rejimi konulmak istenmektedir. Performansa göre ödeme sistemi Dünya Bankası tarafından geçiş düzenlemesi olarak görülmekte olup nihai amaç sağlık hizmetlerinin bütünüyle hizmet alımıyla özel sektöre gördürülmesidir. Uluslararası kuruluşlar kamu sağlık hizmetlerinde yapmış olduğu özzerkleşme ve özelleşme uygulamaları sonrası artan sağlık harcamalarını kontrol altında tutmak anlamında ücret esnekliği politikalarının uygulamasını zorunlu görmüştür.

Uluslararası kuruluşlar “etkin devlet” vurgusu ile sağlık hizmet sunumunun dönüşümü gibi sağlık hizmetlerinin finansmanının dönüşümünde de belirleyici olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve sağlık hizmetlerinin kamusal mallardan yarı kamusal ve özel mallara dönüşmesi nedeniyle sağlık harcamalarında ortaya çıkan artışlar, bütçe politikalarıyla dengelenmeye çalışılmıştır. Ortaya çıkan bütçe politikaları doğrultusunda kamu sağlık hizmetlerine uygulanan global bütçe uygulaması, sistemin maliyet sınırını çizerken, sistemin verimlilik sorunu performansa göre ödemeye aşılmaya çalışılmıştır. Artan sağlık harcamaları bütçe politikalarında mali sürdürülebilirlik çerçevesinde maaş-ücret temelli dönüşümü zorunlu görmüştür.

Global bütçe uygulamasıyla SGK, Sağlık Bakanlığına kaynak aktarımının önüne geçse de özel sektöre kaynak aktarımı artmıştır. Özel sektöre aktarılan bu kaynak aktarımı SGK'da bütçe açıkları yaratmakta ve geçimini döner sermayeden ödenen performansa göre ödeme ile sağlayan kamu sağlık personeline esnekleşme politikaları olarak yansımaktadır. Bu yönelim özel sektörün sağlık emek gücünün emeğinin karşılığı olan maaş-ücret rejiminin dönüşümündeki birinci etkiyi ortaya koymaktadır. Sağlık Bakanlığı ve özel sektör hizmet sunucularının ücret politikaları kapalı özellik taşımayıp diğer

hizmet sunucularının ücret politikalarını ve personel harcamalarını etkilemektedir. Bu etkileşim özel sektörün gelişim eğiliminin maaş ücret rejiminin dönüşümündeki ikinci etkiyi ortaya koymaktadır.

Sağlık hizmetlerinde görülen neoliberal eğilim istihdam esnekliği, ücret esnekliği ve çalışma süresi esnekliğinin hayata geçmesini sağlamıştır. Esnek istihdam politikaları kamu sağlık kurumlarının işletme temelli dönüşümü sonucunda ortaya çıkmıştır. Bürokrasiye yönelik süreli sözleşmelere dayalı yönetici istihdamı kullanılırken, yardımcı hizmetlerde uygulanan taşeronlaşma eğilimi diğer hizmet gruplarına da uygulanmıştır. Bu uygulamalarla sağlık hizmetlerinde kamu personel rejiminin etkisi zayıflamış, esnek istihdam rejimi karşılığı maaş rejimi yerine esnek ücret politikası olan performansa dönük ödeme uygulanmıştır. Uygulanan ücret rejimi, bürokrasiye yönelik denetim aracı olarak kullanılırken diğer statülere yönelik yönetim aracı olarak kullanılmıştır.

Araştırma verileri kapsamında uygulamaya konulan ücret rejimi, aynı kurumun farklı teşkilatlarında farklı ücret uygulamasının önünü açarken, aynı teşkilatta farklı unvanlara sahip meslek gruplarında da maaş açıklığının artmasına neden olmuştur. Bu açıklığın özünde performansa dönük ödemeler yatsa da değişen istihdam şekilleri de etkili olmuştur.

Yine araştırma verileri kapsamında, performansa göre ödemedede, mali sürdürülebilirlik çerçevesinde enflasyon ve toplam büyüme gibi ekonomik göstergelerin göz ardı edildiğini ortaya koymaktadır. Ücret rejimini bireyselleşmesi sonucu farklı unvan ve branşlarda ücret açıklığı artmış, ücret rejiminin sosyal ücret anlayışını ve eşit işe eşit ücret gerçekliğini de taşımadığı ortaya çıkmaktadır.

Performansa göre ödeme üniversite ve Sağlık Bakanlığı bünyesindeki hastanelerde görev yapan personelin gelirlerinin farklılaşmasına neden olurken, araştırma verileri, “ürettiğin hizmetin karşılığı kadar ücret” ifadesinin makro düzeyde Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde örtüşmediğini ortaya koymaktadır.

Sonuç olarak Yeni Sağ ideoloji kapsamında uygulanan neoliberal politikalar, sağlık hizmetlerini tam kamusal hizmetten yarı kamusal hizmete dönüşümünde katkı sağlamıştır. Sağlık hizmetlerinde uygulanmak istenen bu hedef doğrultusunda doğrudan hizmet üreten kamu kurumları özelleşme öncesi özerkleşmiş ve özel sektör işletme teknikleri kamuya taşınmıştır. Bu dönüşüm kamu personel statüsü sağlık hizmetlerinde eritilerek, maaş ilişkisi yerine, birincil bölüşüm ilişkisi boyutunda ortaya çıkan ücret ilişkisi getirilmek istenmiştir. Ücret rejimi uygulanan reformların sürdürülebilirliğinde ve bu reformların uygulanmasından kaynaklı mali sürdürülebilirlikte rol üstlenmiştir.



## Kaynakça

- Acı, Esra Yüksel (2005) "Neoliberal Yaklaşım ve Yönetişim Kavramı" *Marmara Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 20(1), 201-216.
- Aktan, Coşkun Can (1995) "Klasik Liberalizm, Neo-Liberalizm ve Libertarizm", *Amme İdaresi Dergisi*, 28(1), 4-32.
- Al, Hamza (2007) "Denetimde Piyasalaşma Eğilimleri", *Bilgi Dergisi*, 14 (1), 109-130.
- Albayrak, Süha Oğuz ve İpek Özkan Sayan (2011) " Kamuda Melez Bir Statü: Kadro Karşılığı Sözleşmeli Personel" *Mülkiye Dergisi*, 35 (272), 195-216.
- Aslan, Onur Ender (2010) "Fordizimden Post-Fordizme Türkiye'de Memurların Maaş Düzeni," *Amme İdaresi Dergisi*, 43 (1), 81-122.
- Baltacı, Cemal (2004) "Yeni Sağ Üzerine Bir Eleştiri", *Süleyman Demirel Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 9(2), 359-373.
- Dünya Bankası, (2013) *Türkiye Aile Hekimliğinde Performansa Dayalı Sözleşme Uygulaması – Tasarım ve Kazanımlar*, Ankara.
- Dünya Bankası, (2012) *Türkiye Cumhuriyeti'ne Yönelik Dünya Bankası Ülke İşbirliği Stratejisi 2012-2015*, Şubat 2012.
- Güler, Birgül Ayman (2005) *Kamu Personeli: Sistem ve Yönetim*, İmge Kitabevi.
- Görmüş, Ayhan (2013) *Sağlık Sisteminde Dönüşüm ve Sağlık İnsan Gücü Üzerindeki Etkileri*, Ankara, Siyasal Kitabevi, 1. Baskı.
- Karataş, Derya Gültekin ve Ferimah Yusufi Yılmaz (2011) "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Ticarileşmesi: Özel Hastane Sektörünün İnşa Süreci", *Toplum ve Hekim*, 26 (2), 84-108.
- Kerman, Uysal (2006) "Türkiye'de Devletin Küçültülesi Sorunu", AÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi ve Siyaset Bilimi Anabilim Dalı Doktora Tezi.
- Lamba, Mustafa, Yakup Altan, Mehmet Aktel, Uysal Kerman (2014) "Sağlık Bakanlığı'nda Yeniden Yapılanma: YKY Açısından Bir Değerlendirme", *Amme İdaresi Dergisi*, 47 (1), 53-78.
- Memişoğlu, Dilek ve Hüseyin Gül (2012) "Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrasında Sağlık Hizmeti Yararlanıcıları ve Sunucularının Algılarına İlişkin Bir Çalışma: Batı Akdeniz Bölgesi İl Merkezleri Örneği", 6. *Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi*, Isparta, 13-15 Eylül 2012.
- MÜSİAD, (2012) *"Sağlık Sektörü Raporu"*, İstanbul.
- OECD ve Dünya Bankası (2008) *OECD Sağlık Sistemi İncelemesi Türkiye*.
- Öke, Kemal ve Senem Kurt (2003) *Yeni Süreç ve Sendikaların Temsil Sorunu, Küresel Düzen: Birikim, Devlet ve Sınıflar*, İletişim Yayınları.
- Övgün, Barış ve Aziz Küçük (2013) "Sağlık Hizmetlerinde Yeniden Ölçeklendirme: Bölge Uygulamaları", *Amme İdaresi Dergisi*, 46 (1), 57-80
- Sağlık Bakanlığı ve OSHAD (2013) "14.09.2011 Toplantısı Ortak Mutabakat Metni," [www.oshat.org](http://www.oshat.org), 26/05/2013.
- Saklı, Ali Rıza (2013) "Fordizim'den Esnek Üretim Rejimine Dönüşümün Kamu Yönetimi Üzerindeki Etkileri", *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 12(44), 107-131.
- Savaş, Nazan (2012) *Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde Dünya Bankasının Ulusal Sağlık Mevzuatının Etkisi*, 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Bursa.
- Tayyar, Ayşegül, Abdu Çetin (2013) "Liberal İktisadi Düşüncede Devlet", *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 14(1).

TÜSİAD, (2004) *Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri*, İstanbul.

TÜSİAD, (1995) *Optimal Devlet*, TÜSİAD Yayınları.

Uluç, A. ve Çelik, A. (2006) "Hayek'in Liberal Düşüncesinde Birey-Devlet İlişkisi", *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt:5, 131-141.

Ulutaş, Çağla Ulutürk (2011) *Proleterleşme ve Profesyonelleşme Tartışmaları Işığında Türkiye'de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü*, Note Bene Yayınları.

Yalçinkaya, Kubilay (2017) "Türkiye'de Kamu Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm: Maaş Rejiminden Ücret Rejimine Geçiş", TODAİE Kamu Yönetimi Yüksek Lisans Tezi.

Yayla, Atilla (1993) *Özgürlük Yolu / Hayek'in Sosyal Teorisi*, Ankara Turan Kitapevi.

Yeldan, Erinç (2012) *Küreselleşme Sürecinde Türkiye Ekonomisi, Bölüşüm, Birikim ve Büyüme*, İletişim Yayınları.

YÖK, Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı (2014) *Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu*, YÖK Yayınları.