

Sağlıkta AKP'li Dönemin Bilançosu Üzerine

Onur HAMZAOĞLU*
Cavit Işık YAVUZ**

Ülke tarihimizin en düşük katılımı(seçmenlerin %23.2'si sandığa gitmedi) seçimlerinden biri olan 3 Kasım 2002 tarihli Genel Seçim sonrasında, seçmenin %26.1'inin oylarıyla koltukların %66'sına sahip olup hükümet kuran AKP, sağlık alanında son yirmi yılın en hızlı dönüşümlerine imza attı.

Sağlık alanında AKP'nin bilançosunu değerlendirirken öncelikli olarak inceleyeceğimiz üç temel doküman bulunmaktadır. Bu üç temel doküman, gerek partinin siyasal perspektifini vurgulaması gerekse Hükümet ve Bakanlık gibi bu siyasal perspektifin uygulama organlarının metinleri olma açısından büyük önem taşımaktadır. Bu üç temel doküman; Parti programı, Acil Eylem Planı ve Sağlıkta Dönüşüm Programıdır.

Adı geçen metinlerin en temel ortak özelliği, ülkenin sağlık düzeyi ile sağlık sektörünün durumunu, kamucu bir yaklaşımla ya da toplumsal yarar ilkesiyle değerlendirmemesidir. Diğer bir özelliği yapılması hedeflenenlerin hem bu ülkenin sağlık düzeyini geliştirmek, hem de sağlık sektörünün sorunlarını çözeceği iddiasından yoksunluğudur. Aslında bu metinlerde önerilenlerin içerisindeki bazı kelimeler/isimler değiştirildiğinde, metinlerin dünyanın pek çok ülkesi için yazılmış metinlerin aynı olduğunu dahi söyleyebiliriz.

* Prof. Dr. , Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

** Yrd. Doç. Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

SAĞLIĞIN PİYASALAŞMA SÜRECİNDE YENİ VE HIZLI BİR DÖNEM: KELİMESİNE DOKUNMADAN SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

Türkiye'nin sağlık alanındaki AKP ile başlayan yeni sürecini değerlendirirken ilk olarak ele alınacak metin Parti Programı'dır. AKP Programı'nda sağlık alanı, "Sosyal Politikalar" başlıklı beşinci bölümde ele alınmıştır (www.akparti.org.tr). Programın bu alanında devletin herkesin temel sağlık hizmetini "gerekirse özel sektörle işbirliği yaparak yerine getirmek zorunda" olduğu vurgusu dikkat çekmektedir. "Koruyucu ve tedavi edici hizmetler başta olmak üzere, sağlık hizmetleri alanı, gönüllü kuruluşlara ve özel sektöre açıktır" cümlesi tartışmaya yer vermeyecek biçimde sağlıkta özel sektör yönelimini ifade etmektedir. Bu genel yönelime ek olarak, sağlık hizmetlerinin organizasyonuna dair önemli ancak sistematik olarak belirtilmemiş bazı başlıklar Parti Programı'nda üzerinde durulması gereken ipuçlarıdır.

- Birinci basamak sağlık hizmetlerini 'güvenli ve kaliteli' olarak halka sunabilmek amacıyla aile hekimliği sisteminin uygulamaya konulacağı Program'da yer almaktadır. Sistemin ayrıntılarına yer verilmeyen metinde, "Aile hekiminin muayenehanesi, fizik koşulları ve uygulama standartları Sağlık Bakanlığı'na belirlenecektir. Bu muayenehanelerin kurulması için devlet ucuz krediler verecektir" cümlesi sistemin nasıl uygulanacağını göstermektedir.
- Sağlık alanında Sağlık Bakanlığı(SB)'nin "sadece organizasyon, koordinasyon, yol gösterici, denetleyici, takip edici, politika üretici bir rol" üstleneceği belirtilmektedir. Bu saptama, SB'nin sağlık hizmeti sunma görevinden arındırılması hedefinin önemli bir vurgusudur. Böylece, Program'da 'yeni sağlık sistemi' olarak adlandırılan değişimlerin ana ekseninde SB'nin sağlık hizmeti sunmayan bu rolü ile kamusal hizmet sunumu yerine özel sektörden hizmet satın alma gibi tercihlerin yer aldığı izlenmektedir.
- 'Yeni sağlık sistemi'nde yerel yönetimlere de "kendi sınır ve sorumluluklarında bulunan alanların sağlık profillerini de dikkate alarak kısa, orta ve uzun vadeli yatırım programlarını" belirleme sorumluluğu düşmektedir. Böylece sağlık hizmeti merkezi planlamanın dışına çıkartılıp, ademimerkezileştirilecek, yerel yönetimler aracılığıyla sağlık hizmeti sunumu daha kolay özelleştirilebilecektir.
- Sağlık insan gücü yetiştirilmesi ile ilgili olarak vakıflar ve özel sektöre "Hemşirelik Okulu, Hemşirelik Yüksek Okulu ve Sağlık Teknisyenliği Okulları" açma olanağı tanınacağı ve bu kuruluşların devlet tarafından teşvik edileceği ve destekleneceği belirtilmektedir.

· Program'ın sağlık bölümü kısa ama önemli bir cümle ile sonlanmaktadır: "Tüm vatandaşlarımızı kapsayacak etkin bir genel sağlık sigortası sistemine geçilecektir". Programın sosyal güvenlik başlıklı bölümde özel sağlık ve hayat sigortalarının yaygınlaştırılacağı ve teşvik edileceği vurgusu yukarıdaki cümleyi tamamlar niteliktedir.

Özetle AKP Programı'nda, sağlık sistemimizin bütünüyle değişeceği ve değişimin de sağlık hizmetlerinde özel sektöre, sigortacılığa, birinci basamakta kendi hesabına çalışacak muayenehane hekimliğine dayalı aile hekimliği modeline öncelik vereceği, yönetimde de SB'nin fonksiyonlarının önemli ölçüde farklılaştırılacağı anlaşılmaktadır. Bu kapsamda Kasım 2002 seçimi öncesindeki "seçim beyannamesinde"; "hastanelerin idari ve mali yönden özerkliğe kavuşacağı, bir Genel Sağlık Sigortası Sistemi kurulacağı, aile hekimliği uygulamasına geçileceği, özel sektörün sağlık alanına yatırımlarının teşvik edileceği" dikkati çeken başlıklar olarak sıralanabilir.

Seçim sonrası kamuoyuyla paylaşılan Acil Eylem Planı(AEP) ile 58. ve 59. Hükümet Programı'nda da benzer vurgularla yeni sistem tariflenmektedir. Tariflerin ortak özelliği, "Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanının birbirinden ayrılması, özel sektörün sağlık alanında yatırım yapmasının özendirilmesi, hastanelerin idari ve mali özerkliğe kavuşturulmaları ve bütünleştirilmeleri, Genel Sağlık Sigortası, aile hekimliği uygulaması" başlıklarıdır (AEP, 2003).

Bu başlıkların kapsamı, SB tarafından kamuoyuna 2003 yılı ortalarında "Sağlıkta Dönüşüm Programı"(SDP) ve 2004 yılında da "Aile Hekimliği" adlı dokümanlarla açıklanmıştır(SB, 2003; SB, 2004). SB, "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nı, "kamuyu yeniden yapılandırma anlayışına uygun olarak, sağlık alanının yeniden düzenlenmesini sağlama yolunda atılmış çok önemli bir adım" şeklinde nitelemektedir. SDP'nin amacı, "sağlık hizmetlerinin *etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde*; organize edilmesi, finansmanının sağlanması, sunulması" olarak özetlenmektedir. Bu amaç ekseninde temel ilkeler "**İnsan merkezilik** (aile sağlığı kavramı çerçevesinde ele alınmakta), **sürdürülebilirlik**(geliştirilecek olan sistemin ülkemiz koşulları ve kaynakları ile uyumlu olması ve kendini beslemesi), **sürekli kalite gelişimi**(geri bildirim mekanizması oluşturulması), **katılımcılık**(ilgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınmasını, yapıcı bir tartışma ortamı sağlayacak platformların oluşturulması), **uzlaşmacılık**(sektörün farklı bölümleri arasında karşılıklı çıkarları gözeterek ortak noktalarda buluşma arayışları), **gönüllülük**(sistemde hizmet üreten ve hizmet alan kesimlerin gönüllü bir şekilde yer almaları), **güçler ayrılığı**(sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan, planlamasını yapan, denetimi üstlenen ve hizmeti üreten güçlerin birbirinden ayrılması), **desantralizasyon** (kurumların, merkezi yönetimin oluşturduğu hantal yapıdan kurtarılması, idari ve

mali yönden özerk işletmelerin hızlı karar mekanizmalarına sahip olarak kaynakları daha verimli kullanabilmeleri), **hizmette rekabet** (sağlık hizmet sunumunun tekel olmaktan çıkarılıp belli standartlara uygun farklı hizmet sunucularının yarışmasının sağlanması) olarak sıralanmaktadır.

Yukarıda sıralanan amaç ve ilkeler ışığında SDP sekiz bileşeni içermektedir (SB,2003):

1. Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı
2. Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası
3. Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi
 - a. Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri
 - b. Etkili, Kademeli Sevk Zinciri
 - c. İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri
4. Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü
5. Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları
6. Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon
7. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma
 - a. Ulusal İlaç Kurumu
 - b. Tıbbi Cihaz Kurumu
8. Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi

Bu bileşenler, sağlık alanında yeniden yapılanmayı tariflemektedir. Bu 'yeni' sağlık sisteminde SB, kendi yapılanması ve rolünü değiştirmekte ve "dikey yapılanmayı" ortadan kaldırarak, "SB'ye bağlı kuruluşların yerinden yönetim ilkeleri doğrultusunda yapılandırılması" sağlanarak Bakanlığın, "planlama yapan stratejik bir örgüt" haline dönüştürülmesi hedeflenmektedir. Sonraki işlevlerinde yerinden yönetim ilkeleri ile yetkilendirilecek kuruluşlarını "İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri" olarak tanımlayan programın bu temel yönetsel değişimi, kamunun neoliberal ekseninde yeniden yapılandırılmasına uygun bir yönelim sergilemektedir.

İşlevler arasında sıralanan Genel Sağlık Sigortası(GSS) gerek sağlık hizmet sunumunu gerekse de finansmanını bütünsel olarak değiştirecek bir başlık olma

özelliğini taşımaktadır. “Toplumun bütününe kapsayan zorunlu sağlık sigortacılığı sistemi” olarak tanımlanan GSS, şu başlıklarla gerekçelendirilmektedir: “Hizmet kalitesini artırmak, her hastaya eşit düzeyde temel sağlık hizmetini sunmak ve hasta ile doktor arasındaki para ilişkisini ortadan kaldırmak”. Sıralanan başlıkların neden vergi tabanlı bir finansmanla gerçekleştiril(e)mediği sorusu dokümanda yanıt bulamamakta, esas olarak da böyle bir kaygının bulunmadığı izlenmektedir. Uygulamaya ilişkin olarak GSS ile;

- Ödeme gücü olmayanları tespit etmek üzere bir “fakirlik sınırı” belirleneceği, vatandaşların ödeme gücünü belirlemeye yarayacak bir değerlendirme sistemi kurulacağı,
- Ödeme gücü olmayanların primlerini kısmen veya tamamen kamu kaynakları ile karşılamak üzere kaynak oluşturulacağı,
- Şu anda sosyal güvencesi bulunmayanların primlerini toplamaya yönelik bir sistem kurulacağı,
- Sağlık primleri havuzunun sosyal güvenliğin diğer dallarından ayrılarak, kendi iç dengelerinin oluşturulacağı,
- Sağlık hizmetlerinde temel teminat paketi belirleneceği,
- İl ve gerektiğinde ilçe düzeyinde, sağlık hizmet ihtiyacını belirlemeye yönelik demografik ve epidemiyolojik özelliklere dayalı olarak ihtiyaç tespiti yapacak bir yapı oluşturulacağı,
- Belirlenmiş ihtiyaçlar doğrultusunda, birinci basamak sağlık kuruluşları ve hastanelerden hizmet satın almak için sözleşmeler yapmak üzere mekanizmalar oluşturulacağı,
- Alınan hizmetlerin tanımlanan niteliklere uygun olup olmadığını, “yerindelik ve uygunluk” denetimleri yaparak belirleyecek bir yapı oluşturulacağı belirtilmektedir.

GSS sistemi içerisinde özel sağlık sigortalarının da “tamamlayıcı bir rol” üstlenerek desteklenmesi amaçlanmaktadır. SDP’nin bu bölümünde açık olarak şu ifade yer almaktadır: “Zorunlu Genel Sağlık Sigortasının kapsadığı temel teminat paketine ilave olarak hizmet almak isteyenler özel sigorta yaptırabilecekler ve hizmetlerini bu özel sigortalar aracılığıyla alabileceklerdir. Bu anlamda özel sigortacılık teşvik edilecektir.” Bu kritik ifade, gereksinim duyulacak sağlık hizmetlerinin önemli bir

kısının “temel teminat paketi” ile karşılanamayacağı ve bu “paket” dışındaki hizmetler için kişilerin ya hizmeti alım sırasında cepten ödeme yapmak ya da zorunlu sigorta dışında ayrıca prim ödeyerek “tamamlayıcı” özel sağlık sigortasını tercih etmek zorunda oldukları anlamına gelmektedir.

Diğer bileşenlerde sistemin yapısal unsurları ifade edilmektedir. Bunlar arasında birinci basamak sağlık hizmetleri örgütlenmesini “aile hekimliği sistemi” şeklinde değiştirecek yapısal değişim de yer almaktadır. Sistem için kırsal bölgelerde sağlık ocağı alt yapısının kullanılacağı, “yetersiz alt yapının olduğu kentlerde” ise “serbest hekimlik uygulamaları ve özel sağlık merkezleri”nden de yararlanılacağı belirtilmektedir. Aile hekimliği sisteminde, mevcut sağlık ocağı sisteminde entegre biçimde sunulan kişiye ve çevreye yönelik koruyucu hizmetler birbirinden ayrılmakta ve “bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin, bireylerin kendi seçeceği doktorlar tarafından” ve “hasta memnuniyetini” esas alarak yürütülmesi planlanmaktadır.

Özetle AKP, SDP ile sağlık sistemlerinin dört temel başlığında önemli değişimler getirmektedir: Hizmet sunumu, Finansman, Finansman ile Hizmetin Buluşturulması, Ödeme Yöntemleri. Aşağıda bu başlıklara ilişkin düzenlemeler sıralanmaya ve değerlendirilmeye çalışılacaktır.

Birinci basamak sağlık kurumlarında yapısal bir dönüşüm öngörülmektedir. Bu yapısal dönüşüm esas olarak “aile hekimliği sistemi” üzerine oturmaktadır. Aile hekimliği uygulaması, kişiye ve çevreye yönelik bütüncül olarak üretilen koruyucu hekimlik hizmetlerinin bir çok disiplinden oluşan bir ekiple yürütülen bu bütüncül halini değiştirerek kişiye yönelik koruyucu hekimlik kısmını ayırmakta ve birinci basamak tedavi edici hekimlik hizmetleri ile birlikte “aile hekimi”ne sorumluluk yüklemektedir. Böylece, “hekim seçme özgürlüğü” hakkına sahip bireyler, belli koşullarla ‘istedikleri’ aile hekiminden sağlık hizmeti alabileceklerdir. Aile hekimliği sisteminin uygulanışında mevcut sağlık ocağı altyapısının kullanılacağı ve ek olarak özellikle kentlerde serbest hekimlik ve özel poliklinik uygulamalarından da yararlanılacağı belirtilmesi, ayrıca Parti Programı’nda standartları ve fizik koşulları SB tarafından belirlenecek aile hekimleri muayenehanelerinin kurulması için devletin ucuz kredi vereceğinin üzerinde durulması, uygulamanın “serbest hekimlik” ve özel sektör yönelimli olacağı açık göstergeleridir. Sağlık insangücü planlaması açısından SDP, “sağlık çalışanlarının ülke geneline dengeli dağılımını teşvik edici gönüllü politikalar” yürütüleceğinin ve bu kapsamda da zorunlu hizmetin kaldırılacağını vurgulamaktadır.

Finansmanda temel ve ağırlıklı tercih sigortacılık olarak belirlenmektedir. Kurulacak GSS sistemi ile primlerle oluşturulacak fon finansmanın temelini

oluşturacaktır. SDP, “ülkemizde sağlık finansmanında en önemli yer tutan kamu finansmanı karmaşık ve kontrolsüz bir şekilde oluştuğundan, bütçe üzerindeki yükü dolaylı olarak artırmıştır” saptamasını yapmaktadır. Finansmana ilişkin sorunların GSS prim sistemi(kişilerden toplanacak) ve bu sisteme yapılacak kamu katkıları ile çözüleceği öngörülmektedir.

SDP, finansman ve hizmet sunumunun ayrılmasının bir zorunluluk olduğunu ifade etmektedir. Yukarıda temel ilkeler bölümünde “**güçler ayrılığı**” ilkesi olarak somutlaşan bu ayırım, sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan, planlamasını yapan, denetimi üstlenen ve hizmeti üreten güçlerin birbirinden ayrılması olarak belirtilmektedir. Böylece, SSK örneğinde olduğu gibi, hem 1952’de başladığı hastalık sigortacılığı ile sağlık hizmetinin finansmanını(prim toplayarak) sağlayan hem de kendi sağlık kurumları, personeli, malzemeleri hatta kısıtlı da olsa kendi ilaçları ile sağlık hizmeti üreten yapı(doğrudan sistem) değiştirilerek SSK’nin hizmet üretmesi değil, sağlık hizmetini sağlık hizmeti üreten diğer kaynaklardan(kamu ve/veya özel) satın almasının(dolaylı sistem) sağlanması gerektiği belirtilmektedir. Böylece, farklı hizmet sunucuları arasında rekabet sağlanacağı, maliyetin kontrol ve denetim altında tutulacağı, daha verimli ve hizmet kalitesinin de artırılabileceği bir sağlık hizmeti vaat edilmektedir.

SB’nin rol ve işlev değişimi ile birlikte değerlendirildiğinde, finansman ve hizmet sunumunun ayrılması, sağlık hizmetlerinin organizasyonunda kamunun yerini, işlevini ve tanımını da değiştirecek bir dönüşüm olma özelliğindedir. Şöyle ki, yerinden yönetim ilkeleri ile güçlendirilmiş, desantralizasyon ile karar mekanizmaları geliştirilmiş, “idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri”ne dönüştürülmüş ve kendi gelirleri ile ayakta kalmaya çalışan “kamu sağlık kurumları”, sistem içerisinde özel sağlık kurumları ve birbirleri ile rekabet ederek hizmet sunacak bir yapıya kavuşturulmaktadır. Böylece, primlerle oluşan fon ile GSS Kurumu bu yapılardan hizmet satın alacak, SB ise bu yapıda “politikalar geliştiren, standartlar koyan ve denetleyen” bir konuma çekilecektir. Kamusal yapının neoliberal dönüşümüne paralel olan bu değişim, SB’nin sağlık hizmet sunumunu yapısal dönüşüm geçiren “kamu sağlık kurumları”na devretmesi anlamına gelmektedir. Nitekim SDP aşağıdaki ifadeyi kullanmaktadır: “Sağlık kuruluşları devlete direkt bağlı olmak zorunda değildir. Belediyeler özel şirketler, vakıflar, il idareleri, üniversiteler sağlık kuruluşu kurabilecektir. Kamu sağlık kuruluşlarının kendilerini finanse etmeleri istenecek daha fazla kar için hizmet kalitesinden ödün veren pahalı kurumlar olmasına izin verilmeyecektir.”

SDP gerek kurum gerekse sağlık çalışanları bazında ödeme yöntemlerini bütünüyle değiştirecek düzenlemeler öngörmektedir. Bunlar arasında oluşturulan fonun birinci basamak sağlık kuruluşları ve hastanelerden hizmet satın alabilmek

amacıyla yapacağı sözleşmeleri düzenleyen mekanizmalar oluşturulması yer almaktadır. Böylece finansman kurumu olan GSS Kurumu, çeşitli türde sözleşmeler ve ücretlendirmeler ile kamu/özel sağlık kurumlarından hizmet satın alacaktır. Ödeme mekanizmalarına ilişkin bir diğer vurgu da performans göstergelerinin belirlenmesi ve performansa bağlı ödeme sistemleri geliştirilmesine yapılmaktadır.

KILAVUZ SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI OLUNCA

Yukarıda özetlenmeye çalışılan bir çerçevede AKP döneminde SDP ile hayata geçirilmeye çalışılan değişimlerin, sağlık alanında 1980’li yılların sonunda başlayan “sağlık reform”u sürecinin tamamlayıcısı olduğu görülmektedir. Geçtiğimiz dört yıla yakın sürede bu kapsamda bir çok değişim yaşanmıştır. Bu bölümde yaşanan değişimler bir önceki bölümde kelimesine dokunulmadan sunulan başlıklarda paylaşılmaya çalışılacaktır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği sistemine ilişkin düzenlemeler bu başlığın en önemli bölümünü oluşturmuştur. Bu kapsamda SB, 2004 yılında konu ile ilgili bir doküman yayımlamış ve yasal düzenlemeler yoluna gitmiştir. Yasal düzenlemeler arasında, 5258 sayılı **Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun**(09.12.2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazete), **Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik** (06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı R.G.), **Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik** (12.08.2005 tarih ve 25904 sayılı R.G.) ve 15.09.2005 tarihinde yayımlanan **Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge** önemli yer tutmaktadır. Bu düzenlemeler, birinci basamak sağlık örgütlenmesini tümünden değiştiren bir “sistem değişikliği”nin ilk hukuksal düzenlemeleri olma özelliği taşımaktadır. Düzenlemeler ile belirlenecek illerde “aile hekimliği pilot uygulaması” gerçekleştirilmesi ve sonrasında da ülkeye sistemin yaygınlaştırılması öngörülmüştür.

Kanun ve yönetmelikler ile sınırları çizilen “aile hekimliği pilot uygulamasında” “devamlı olarak belli bir mekanda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabip” ler aile hekimi”, “aile hekimi ile birlikte hizmet veren hemşire, ebe, sağlık memuru gibi sağlık eleman”ları da “aile sağlığı elemanı” olarak tanımlanmaktadır. İki kişiden oluşan bu “ekip”, belli ölçülerle ve koşullarla kendi sorumluluğundaki kişilere(sayı 1000-4000 olarak sınırlanmıştır, bireyler pilot uygulamanın ilk altı aylık bölümünde bağlı buldukları sağlık ocağındaki bir hekime bağlanacaklar, altı ayın sonunda da ilçe

sınırları içinde istedikleri hekimi seçebileceklerdir) tanımlanmış hizmetleri vermekle yükümlü kılınmıştır. Aile hekimi ya da “elemanı” olmayı öncelikle gönüllülüğe, yeterli gönüllü çıkmaz ise görevlendirmeye bağlayan Kanun, “ihtiyaç duyulması halinde” serbest çalışan ve kamu görevlisi olmayan hekim ve “aile sağlığı elemanları”ndan da ilgili Kanun’lara uygun olanların çalıştırılabilmesine olanak tanımıştır.

Böylece pilot uygulama içerisinde çalışacak personelin statü ve ücretlendirilmesi farklı bir yapıya kavuşturulmaktadır. Ayrıntıları Kanun’da tanımlanan farklı türde bir sözleşmeli çalışma söz konusudur ve ücretlendirmede de “ödeme yöntemi” değiştirilmiştir. Aile hekimi ve aile sağlığı elemanı olarak çalışacaklara çeşitli başlıklarda yapılan ödemelerle bir bütçe tahsis edilmekte ve bu bütçe hem onların gelirlerini hem de sorumlulukları içindeki bireylere verecekleri hizmetlerin maliyetini karşılayacak kalemleri içermektedir. Bu bütçede ve ödemelerde kesintileri gerektirebilecek “performans kriterleri” getirilmiştir.

Kanun’da belirtilen bir diğer önemli unsur, hizmetin verileceği mekana ilişkindir. “**Kamuya ait taşınmazların kullanımı**” başlıklı 4. Madde’de “*Hazine, belediye veya il özel idaresine ait taşınmazlardan aile sağlığı merkezi olarak kullanılması uygun görülenler, Maliye Bakanlığı, belediye veya il özel idarelerince bu amaçla kullanılmak üzere doğrudan aile hekimine kiraya verilebilir*” ibaresine yer verilmektedir. Uygulamada sağlık ocaklarının kiralanması anlamına gelen bu ibare, dönüşümü açık olarak sergilemektedir. İlk olarak Eylül 2005’te Düzce İli’nde başlayan pilot uygulamada(SB bu uygulamanın *pre-pilot* olduğunu sonradan duyurmuştur) “aile hekimleri” sağlık ocaklarında odaları “kiralayarak” ve kendi listelerine hasta kaydederek hizmet vermektedirler.

Aile hekimliği pilot uygulamalarının bir diğer önemli yanı da verilecek hizmetin “ücretsiz” oluşudur. Getirilmesi düşünülen GSS ile prim borcu bulunan bireylerin acil sağlık hizmetleri dışında sigorta kapsamındaki hizmetlerden yararlanamayacağı öngörülmüşken pilot uygulamada ücretsiz sağlık hizmeti verilmesi, pilot uygulamanın gerçekliğe uygunluğu konusunda kuşku uyandırmaktadır. Ayrıca sistemin esas uygulamasında aile hekimliği birlikte çalıştığı “aile sağlığı elemanı”nın “patronu” konumunda olacak, diğer bir deyişle, aile hekimleri yanlarında “aile sağlığı elemanı” çalıştıracaklardır.

Hizmet sunumunun önemli bileşenlerinden sağlık insangücü başlığına dair olarak da önemli değişimler yaşanmıştır. Ülkemizdeki sağlık insan gücünün istihdamında yeni biçimler de SDP ile yürürlüğe girmiştir. 4924 sayılı **Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında**

Kanun (24.07.2003 tarih ve 25178 sayılı R.G.) ile sağlık personeli istihdamında sözleşmeli çalışma dönemi başlatılmıştır. Kısaca “Çakılı Kadro” olarak anılan Kanun, özellikle “eleman temininde güçlük çekilen yerlerde” “hizmet akdi ile sözleşmeli olarak istihdam edilecek ve işçi sayılmayan sağlık personelinin” çalıştırılması hükmünü getirmiş ve 1981 yılından beri-1995-2002 erteleme dönemi dışındayygulanan “mecburi hizmet” uygulamasına alternatif olarak uygulanmıştır. Böylece, emsal sağlık personelinden daha yüksek ücret alan “sözleşmeli” sağlık personeli ile sağlık insan gücü sorununun çözülmesi hedeflenmiş, başlangıçta kamuoyuna Doğu ve Güneydoğu’yu kapsayan 26 il için uygulanacağı belirtilmişken, tüm ülke genelinde uygulanabilir şekilde kanunlaşmıştır.

“Çakılı Kadro” Kanunu’nun ilginç bir diğer yanı ise gerekçesinde sunulanlardır. Başbakanlık tarafından 11 Haziran 2003 tarihinde TBMM Başkanlığına sevk edilen tasarının gerekçe bölümünde özveriyle çalışan hekimlere başka hiçbir meslekte varolmayan biçimde bir mecburi hizmet yükümlülüğü getirildiği, bu yükümlülüğün 22 yıllık uygulaması sonucu hekimlerin yurt çapında dengeli ve adil dağılımının zorlamalarla sağlanamayacağını anlaşıldığı, özendirici ve gönüllülük esasına dayalı bir istihdam politikasının benimsenmesi kanaatine varıldığı belirtilmektedir (<http://www.tbmm.gov.tr>). Ayrıca, mecburi hizmet uygulamaları ile yılda 7-8 bin hekimin atamalarının gerekliliği ve bu durumun mevcut kadrolarla yerine getirilemeyeceği ve ülkenin içinde bulunduğu ekonomik şartlar ve **kamuda personel istihdamını azaltmaya yönelik hükümet politikaları ile çelişen bir durum yaratacağı** ve bir süre sonra hiç ihtiyaç yokken hekim istihdamı zorunluluğu doğuracağı vurgulanmaktadır.

Aradan iki yıl geçmesinin ardından yürürlükten kaldırıldığı tarihle hemen hemen aynı zamanda –bu kez AKP Milletvekillerinin bir Kanun Teklifi ile- zorunlu hizmet tekrar yürürlüğe konmuştur. Zorunlu hizmeti tekrar yürürlüğe koyan Kanun, özellikle son bir-iki yıl içerisinde sıkça rastlamaya başladığımız, bir çok Kanun maddesinde değişiklikler yapan tek bir Kanun biçiminde karşımıza çıkmıştır. 5371 sayılı “**Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun, Devlet Memurları Kanunu ve Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ile Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun**” adını taşıyan bu Kanun, 05.07.2005 tarih ve 25866 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Dört Kanun ve bir KHK’de değişiklik yapan bu düzenleme ile; zorunlu hizmet yeniden yürürlüğe konmuş, il sağlık müdürlüğü ve başhekimlik görevini yürütenlere serbest çalışma sınırlılığı getirilmiş, icap nöbetlerine belirli şartlarla ücretlendirme getirilmiş, acil tıp teknikerleri ile acil tıp teknisyenlerine “acil tıbbi yardım ve bakım ile sınırlı” olmak

üzere hastaya müdahale yetkisi verilmiştir. Gerekçe bölümünde, özendirilerek gönüllü çalıştırma amacıyla yürürlüğe koyulan Çakılı Kadro Kanunu ile özellikle uzman ve pratisyen hekim istihdamında istenen sonucun elde edilemediği, ihtiyacın karşılanamadığı, iki yıllık süre içerisinde 1081 sözleşmeli uzman tabip pozisyonuna 200 uzman hekimin yerleştirildiği ve bunlardan 136'sının göreve başladığı, pratisyen hekimlerde ise bu sayıların sırasıyla 3524, 2191 ve 1565 olduğu belirtilmekte, zorunlu hizmete “zorunlu olarak” yeniden ihtiyaç duyulduğu sergilenmektedir (<http://www.tbmm.gov.tr>). Bu yap-boz örneği AKP'nin sağlık alanında ortaya koyduğu perspektifi görmek açısından iyi bir örnek oluşturmaktadır.

Hizmet sunumunu etkileyecek, neoliberal ekseninde yeni bir düzenleme de 5396 sayılı **Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun** (15.07.2005 tarih ve 25876 sayılı R.G.) ile gerçekleştirilmiştir. Bu Kanun ile 1987 yılı tarihli 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na bir “ek madde” eklenmiştir ve Kanun, “Yüksek Planlama Kurulu” tarafından gerek görüldüğünde sağlık tesislerinin, “*Sağlık Bakanlığınca verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya Hazineye ait taşınmazlar üzerinde*” “*kırkdokuz yılı geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı*” devredilebilmesine olanak sağlamaktadır. Bu amaçla, “*Hazineye ait taşınmazlar gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine, bedelsiz*” devredilebilmektedir. Kiralama işlemlerinde kira bedellerinin “Sağlık Bakanlığına bağlı Döner Sermaye İşletmeleri”nce ödenmesi öngörülmektedir. Kanun teklifinin gerekçesinde kamu sağlık hizmetlerinin yaşadığı sorunlara değinilerek sorunların çözümü için “Kamu-Özel Sektör Yatırım Ortaklığı Modeli” alternatif olarak gösterilmektedir. Böylece özel girişimcilerin sağlık yatırımları için kaynak aktarmalarının ortamının yaratılacağı ifade edilmektedir (<http://www.tbmm.gov.tr>).

Bu süreçte, erken dönem diyebileceğimiz bir zamanlama ile, kamu yeni bir mekanizma ile özel sağlık sektöründen hizmet satın almaya başlamıştır. “Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliğine Bir Ek Madde Eklenmesine Dair Yönetmelik” adıyla 17. 04.2003 tarih ve 25082 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan düzenleme, tedavi ve yol giderlerinden yararlanacak olanlar resmi sağlık kurum ve kuruluşları tarafından, tedavi amacıyla, özel sağlık kurumlarına sevk edilebilmelerine olanak tanımıştır. Bu Yönetmelik, özel sağlık sektörüne Sağlık Bakanlığı'na ait sevk basamağında yer veren yasal düzenleme olarak değerlendirilebilir.

Finansman, finansman-hizmet başlıklarında birbiriyle ilintili iki “tarihi” düzenleme bilançonun önde gelen unsurlarındandır: 5283 sayılı **Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine**

Dair Kanun (19.01.2005 tarih ve 5705 sayılı Mükerrer R.G.) ve 5510 sayılı **Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu** (16.06. 2006 tarih ve 26200 sayılı R.G.). İlki bazı kamu kurumları dışında (Cumhurbaşkanlığı, yüksek mahkemeler, Sayıştay, Türk Silahlı Kuvvetleri, Milli İstihbarat Teşkilatı, üniversiteler, mahalli idareler ve mazbut vakıflara ait sağlık birimleri) kamuya ait tüm sağlık birimlerinin SB'ye devredilmesini sağlayan, SDP'nin "hastanelerin tek çatı altında toplanması" başlığını hayata geçiren bir düzenleme olmuştur. Yayımlarından bir ay sonra yürürlüğe giren bu Kanun ile başta SSK sağlık birimleri olmak üzere çok sayıda sağlık kurumu SB'ye devredilmiştir. Tek çatıda birleştirdiği hastaneleri "idari ve mali özerk işletme" haline getirerek "Kamu Yönetimi Temel Kanunu" ile yerel yönetimlere devretme süreci ve farklı yollarla özel sağlık sektörüne sistem içinde ağırlıklı yer ve rol verme tercihi ile GSS'nin uygulanabilmesi için gerekli koşullardan biri olduğu düşünüldüğünde, bu düzenlemenin farklı okunması gerektiği ortaya çıkmaktadır. İki bin altı yılı Mayıs ayının son günü TBMM'de kabul edilen ve 1 Ocak 2007 tarihinde yürürlüğe girecek Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ise sosyal güvenliği ve sağlık hizmetlerinin finansmanını "yeniden" düzenleme özelliğindedir. AKP metinlerinde ve ilk tasarlarda yer alan "teminat paketi"ne GSS Kanunu'nda terim olarak yer verilmemekle birlikte kavram olarak ağırlığını koruduğu izlenmektedir. Kanun ile GSS primi prime esas brüt kazancın % 12,5'i (bu primin "% 5'i sigortalı, % 7,5'i ise işveren hissesi"), "yalnızca genel sağlık sigortasına tâbi olanların genel sağlık sigortası primi" ise % 12 olarak belirlenmektedir. Patronlar, işçiler adına ödedikleri prim bedellerini vergiden düşebileceklerdir.

GSS ve aile hekimliği sistemi, sağlık hizmetlerine ulaşım biçimleri ve zaman içerisinde de hizmet içeriğinin farklılaşmasına neden olarak günlük hayata yansımaları olacaktır. Bugün için bile yaklaşık 6.5 milyon Bağ-Kur'lunun prim borcu nedeniyle sağlık hizmetlerinden yararlanamadığı düşünüldüğünde, sistemin kendi kendini finanse etmesi ve hizmetten yararlanma boyutlarıyla getireceklerini kestirmek güç olmayacaktır (www.ntvmsnbc.com). Tüm karşı çıkışlara rağmen, kabul edilen ve 2007'nin Ocak ayında yürürlüğe girecek Kanun ile şimdiye kadar sağlık sigortası primi ödemeyen çalışanlar (devlet memurları, kamu çalışanları vb), brüt gelirlerinin %5'ini sağlık sigortası primi olarak ödemek durumunda kalacaklardır. Ödemeler bununla da kalmayacak her bir muayene ve tetkik için de ayrıca katkı payı adı altında her seferinde ödeme yapmaları gerekecektir.

Sağlık kurumlarının devri ve özellikle SSK'nin hizmet satın almaya başlaması ve ilaç politikasındaki değişimler (SSK eczanelerinin kapatılması ve serbest ilaç alımı uygulaması), sosyal güvenlik kurumlarının var olan finansman sorunlarını ağırlaştırarak bir görünüm sergilemektedir. İki bin beş yılını 23.4 milyar YTL'lik "açık" ile kapatan

sosyal güvenlik kurumlarının 2006 yılı ilk altı aylık dönemdeki açığı 21.2 milyar YTL'yi bulmuş durumdadır ve giderleri en çok artan kurumların ilk sırasında SSK yer almaktadır. Kendi sağlık kurumlarını devretmeden önce “karne başına” sağlık gideri 238.79 YTL iken bu yıl bu harcamalarda %35’lik bir artışın söz konusu olması beklenmektedir. Bağ-Kur’un tarihi içinde en büyük açığı AKP döneminde verdiği, Emekli Sandığı’nda da açığın son dört yılda tırmanışa geçtiği izlenmektedir (Cumhuriyet gazetesi, 14.06.2006). Finansmana ilişkin bazı veriler de bu tabloyu desteklemektedir: 2004 yılı Gayri Safi Milli Hasılası’nın(GSMH) %6.3’ü sağlığa harcanmıştır ve harcamaların %86’sı kamu harcamasıdır. Bu harcamalar özel sağlık sektörüne gitmektedir. İki bin beş yılında, halk sağlığı için öngörülen harcamaların %33’ü kullanılmamış, bütçe harcamalarının %5.1’i, faiz dışı harcamaların %7.4’ü sağlığa gitmiştir. Sağlık hizmetlerinin satın alınma mekanizmaları ile temin edilmesi, planlanandan %40 daha fazla sağlık harcamasına neden olmuştur. Burada dikkati çeken yatırım ve koruyucu hizmet harcama paylarının azalmasıdır. Yine 2005 yılı bütçe dışı harcamalar toplamı 6.5 milyar YTL olarak gerçekleşmiştir ve bunun %69’u sağlık hizmeti satın alınması(4.5 milyar YTL) amacıyla yapılan harcamalardır (Hamzaoğlu, 2006). Sağlık ve sosyal güvenlik alanında “etkili ve verimli” bir dönüşüm gerçekleştirilirken ortaya çıkan işte böyle bir manzaradır.

Kuşkusuz burada özetlemeye çalışılanlar dışında bir çok düzenleme ve değişiklikten de söz edilebilir. Ancak bir AKP bilanço değerlendirmesinde teknik olarak yapılan değerlendirmelerin dışında yürürlüğe konulan düzenlemelerin ne anlama geldiği ve nasıl okunması gerektiğini tartışmanın daha önemli olduğu açıktır.

SDP NASIL BİR SAĞLIK ORTAMINDA UYGULANMAYA ÇALIŞILIYOR.

Türkiye, sağlıkta eşitsizliklerin yoğun olarak yaşandığı bir ülkedir. Yıllar içerisinde sağlık göstergelerinde iyileşmeler izlense de eşitsizlikler varlığını sürdürmekte, hatta derinleşmektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması(TNSA) verilerinin kullanıldığı eşitsizliğe ilişkin analizlerde bu durum daha da çarpıcı biçimde ortaya çıkmaktadır.

Türkiye’de 1978 yılında bin canlı doğumdan 134’ü birinci doğum gününü göremeden ölürken, 2003 yılında bu sayı 29’a düşmüştür. Ancak 1978 yılında kentteki bir bebek ölümüne karşılık kırdaki 1.2 bebek ölürken, 2003 yılında kentteki 1 bebek ölümüne karşılık kırdaki 1.7 bebek birinci doğum gününden önce ölmüştür. Benzer şekilde 1978 yılında Batı’daki bir bebek ölümüne karşılık Doğu’da 1.4 bebek ölürken, 2003 yılında Batı’daki bir bebek ölümüne karşılık Doğu’da 1.9 bebek ölmüştür. Başka bir açıdan bakıldığında 1978 yılında kırsal sosyoekonomik düzeyi kent düzeyine ulaştırılsa bebek ölümlerinin %11.2’si önlenbilir durumdayken, 2003 yılında aynı

koşullar sağlandığında önlenebilir ölümlerin oranı %20.7'ye yükselmiştir. Benzer biçimde ülkenin bütününün sosyoekonomik düzeyi Batı bölgesi düzeyine ulaştırıldığında bebek ölümlerinin 1978 yılında %19.4'ü önlenebilirken, 2003 yılında bu oran %27.6'ya çıkmıştır.

Bir diğer toplumsal sağlık düzeyi göstergesi olarak 0-5 yaş arası çocuklarda yaşa göre boy açısından beslenme bozukluğu değerlendirilebilir. Buna göre 1993 yılında yüz çocuktan 18.90'ında, 2003 yılında da 12.20'sinde beslenme bozukluğu olduğu saptanmıştır. Ancak, 1993 yılında kentteki beslenme bozukluğu olan bir çocuğa karşılık kırdaki 1.7 çocuk varken, 2003 yılında bu oran 2.0'ye yükselmiştir. Durum bölgelere göre değerlendirildiğinde de 1993 yılında Batı'daki her bir beslenme bozukluğu olan çocuğa karşılık, Doğu'da 3.3 çocuk varken, 2003 yılında bu oran 4.1'e yükselmiştir. Diğer bir açıdan değerlendirildiğinde 1993 yılında kırsal sosyoekonomik düzeyi kentin durumuna yükseltirse çocuklardaki beslenme bozukluğunun %21.7'si önlenebilirken, 2003 yılında aynı şartlar sağlandığında çocuklardaki önlenebilir beslenme bozukluğu %26.2'ye yükselmiştir. Benzer biçimde ülkenin bütününün sosyoekonomik düzeyi Batı bölgesi düzeyine ulaştırıldığında çocuklardaki beslenme bozukluğunun 1993 yılında %46.0'si önlenebilirken, 2003 yılında bu oran %54.9'a çıkmıştır.

Hizmetlerle ilgili sağlık göstergelerine bakıldığında da Türkiye'de kır-kent ve bölgeler arası eşitsizliklerin derinleştiği görülmektedir. Bir sağlık hizmeti göstergesi olarak 12-23 aylık çocuklardan tam aşılanmamışların oranı değerlendirilebilir. Bindokuzyüzdoksansekiz yılında 12-23 aylık yüz çocuktan 54.3'ü, 2003 yılında 45.8'i tam aşıllı değildir. Aynı yıllarda sırasıyla kentte tam aşıllı olmayan bir çocuğa karşılık kırdaki 1.3 çocuk ve 1.7 çocuk, Batı'da tam aşıllı bir çocuğa karşılık Doğu'da 1.6 ve 2.4 çocuk bulunmaktadır. Kırsal sosyoekonomik durumu kentle benzer hale getirildiğinde de 1998 yılında tam aşıllı olmayan yüz çocuktan 11.2'sini, 2003 yılında ise 19.0'unu, eğer bütün ülke Batı'nın sosyoekonomik düzeyine getirilirse tam aşılsız yüz çocuktan 1998 yılında 24.3'ünü, 2003 yılında ise 41.0'ini önlemek mümkündür.

Bunların yanı sıra ülke genelinde, ebe başına 1997 yılında 2567 kişi düşerken, 2003 yılında 3690 kişiye bir ebe, Marmara Bölgesi'nde 5487, Güney Doğu Anadolu Bölgesi'nde de 7826 kişiye bir ebe düşmektedir. Bu duruma işsiz ebe sayısındaki yıllar itibariyle artış da eşlik etmektedir. Yine ülke genelinde 2000 yılında sağlık ocaklarının %12'sinde(665), 2003 yılında %17'sinde(996) ve 2004 yılında da %22'sinde(1353) hekim bulunmamaktadır. İki bindört yılı için bu orantı Marmara Bölgesinde %12, Doğu Anadolu Bölgesinde ise %38'dir. Köy sağlık evlerinin de 9224'ünde(%79) 2003 yılı itibariyle ebe bulunmamaktadır. Başka bir söyleyişle 2003 Türkiye'sinde onbinden fazla köyde sağlık hizmeti sunulmamaktadır (TTB, 2006).

Bu eşitsizlik tablosu, SDP'nin özelleştirme eksenli uygulamaları ile daha da derinleşmektedir. Sağlıkta özelleştirme kapsamında kullanılan yatırım teşvikleri, mülkiyet ve kaynakların etkili kullanımının aksine eşitsizliklerin mağdurlar aleyhine derinleşmesine katkı sunmaktadır.

Sağlık hizmetleri mercek altına alındığında ise kamu sağlık hizmetleri açısından bölgelerarası farklar dikkat çekicidir. İnsangücü ve birinci basamak kurumların dağılımında Güneydoğu ve Marmara bölgelerinin farksızlığı tesadüf değildir. Marmara bölgesinden kamu öncelikle çekilerek ülkenin katma değerinin en büyük kısmının üretilmekte olduğu bu illerde özel sektörün önü açılmak istenmektedir. Ülke insanlarının gelir durumu ve sağlıkları için cepten yapabildikleri harcamalar bu bölge dışındaki birkaç il dışında sağlıkta özel sermayeye şans tanımayacak durumda kötüdür. İkinci basamak boyutunda ise Türkiye'de 25 l özel hastanenin 245(%98)'i, 12449 özel hasta yatağının 11508(%92)'i 18 ilde bulunmaktadır. Söz konusu 18 il, ülke GSYİH'nin %70'ini alırken, özel hasta yatağı(hastanesi) bulunmayan 41 ilin GSYİH'den aldığı pay %13.5'tir (Hamzaoğlu, 2006).

BİLANÇONUN SİYASAL DEĞERLENDİRMESİ ÜZERİNE

Dört yıla ulaşan bir süredir “bayrak yarışının” günümüzdeki son koşucusu AKP hükümeti, elindeki bayrağı bırakmamacasına sım sıkı tutmuş, gözü kapalı olarak koşusunu sürdürüyor. Tabii ki bu yarışma yalnızca Türkiye’de değil, benzer ekonomi politikaları uygulamakta olan birçok ülkede de devam ediyor. AKP yaklaşık dört yıl önce bu yarışmada koşucu olduğunu ilan ettiğinde, yarışın sahipleri(düzenleyicileri) tarafından çok da uygun bulunmamıştı. Çünkü AKP, işsize iş, aşıza aş vereceğini, Uluslararası Para Fonu(IMF), Dünya Bankası(DB) benzeri uluslararası sermayenin taşeronu kuruluşların dayatmalarına kulak asmayacaklarını, komşu ülkelerle barış içinde yaşamak istediklerini hemen her fırsatta kamuoyuyla paylaşıyorlardı. O tarihe kadar denedikleri partiler tarafından hançerlendiğini hep sonradan fark eden seçmen, bu partiye yöneldi.

Peki bu koşu nedir, neyin koşusudur? Esasında çoğumuzun zaman zaman unutsak bile, anımsatmak isteyenlerin daha ilk cümlelerinde “evet, ben de biliyorum” dediğimiz tarihsel bir bilgiden bahsediyoruz. 1940’lı yılların ortalarından itibaren, özellikle batı ülkelerinde başlayan on, yirmi yıl kadar sonra ‘özgürlüğüne kavuşan’ yine bu ülkelerin sömürgelerinde de uygulanan sağlık, eğitim, konut vb. toplumsal alanlarda kamunun harcamalarını artıran ve adına sosyal devlet uygulamaları denen bir uygulamadan bahsediyoruz. Yetmişli yıllarla birlikte, aşırı üretimin karşısında tüketimin yetersizliği/eksikliği nedeniyle ortalama kar oranlarının azalmasıyla ortaya çıkan bunalımı aşabilmek için sermaye; ücretlerin geriletilmesi, mali(sanal) sermayenin büyütülmesi

ve gelişmekte olan(çevre kapitalist) ÷lkelerden gelişmiş(merkez kapitalist, emperyalist) ÷lkelere kaynak aktarılmasının artırılması yolarını kullanmaya başladı. İşte yukarıda sözünü ettiğimiz bayrak yarışı bu yarıştır; uluslararası ve taşeronu/işbirlikçisi ulusal sermayenin önünü kimin daha iyi açılabilceğinin, toplumsal kaynaklarımızı ve ÷lke zenginliklerimizi patronlara kimin daha iyi peşkeş çekebileceğinin, işçi ve emekçinin emeğinin kimin daha çok ucuzlatacağının yarışıdır.

Bilindiği gibi sosyal devlet uygulamaları batıdan on yıl kadar sonra bir asker darbesiyle gelmişti; giderken de benzer rötasını yaptı. Yine yaklaşık on yıl sonra yine bir asker darbesiyle bu defa alınmaya başlandı. 1980'den günümüze bütün hükümetler sözü edilen yarışın koşucuları olarak, DB, IMF, Dünya Ticaret Örgütü metinlerinde kendilerine buyrulduğu kapsam ve zamanlamada toplumun örgütlenme, siyaset yapma, eğitim, sağlık, sosyal güvenlik haklarını gasp etmeye çalışmaktalar.

Ülkemizin patronları bütün alanlarda uluslararası sermayeye göbeğinden bağımlı olduğu için, hükümetlerimiz de çoğu zaman doğrudan, zaman zaman da bunlar üzerinden olsa da uluslararası sermayenin azalan ortalama kar oranlarını artırmaya yönelik çabalarına katkıda bulunarak yerlerini korumak, erken ya da olağan bir seçimde "demokrasi" vb. gerekçelerle değiştirilmemek için, yoğun çaba gösteriyorlar.

Son on yıldır dünyanın tek hakimine oynayan ABD, müttefikleri diğer emperyalistleri de(İngiltere, İtalya, Almanya, Fransa vb.) değişen ölçülerde yanına katarak, bütünüyle sömürü oranını ve alanını genişletebilmeye yönelik olarak emperyalist hegemonyalarını sağlayabilmek için Orta Doğu'da, Afrika'da, Balkanlar'da, Afganistan'da ve Irak'ta (yakın zamanda Suriye ve İran için de hedeflendiğini görmek mümkün) masum insanların üzerine toptan imhalara yönelik bomba yağdırıyor. Bu saldırganlık ABD için hiç de yeni değil; insanların üzerine nükleer bombaları atan insanlık tarihindeki ilk ve bugüne kadar da tek ÷lke.

Kapitalizm, son yirmi yıldır yaşamakta olduğu bunalımı aşabilmek için birçok aracı kullanmaya çalışırken, ekonomisini de askerleştirdi. Üretimlerinin büyük bölümünü silah oluştururken, bunun ticaretinin yapılabilmesi için gereken tüketim ortamlarının(savaş), pazarın yaratılması/sağlanması da sürece paralel olarak yürüt÷ldü.

Berberinde insanların katledip, yakıp, yıktıkları ÷lkeleri "inşa" etme işini de askerleştirdikleri ekonomik yapıları içerisinde gerçekleştirmeye başladılar. Ne pahasına olursa olsun sömürünün sağlanması ve devamlılığı adına başlatılan emperyalist taarruz, insanlık karşıtı pek çok sonucuna rağmen, karşı çıkışlardaki tutarsızlık ve zayıflıklardan da yararlanılarak sürdür÷lmeye çalışılıyor.

İkinci mekanizma olarak, devletin yeniden yapılandırılmasını sayabiliriz. Özellikle kamuya ait mülkiyetler ile hizmet alanlarının sermayeye peşkeş çekilmesi anlamına gelen özelleştirme devletin yeniden yapılanmasının temel aracını oluşturmaktadır.

Sendikasılaştırma, esnek üretim ve esnek ücretlendirme ile “yedek işgücü”(işsiz) sayısındaki artışlar üzerinden ücretlerin kaba olarak baskılanması ile emek gücü fiyatının düşürülmesi kullanılan mekanizmaların üçüncüsü olarak sayılabilir. Bu başlığa “esnek yatırımı” da eklemek gerekir. Başta ücretler olmak üzere çevre kirliliğine karşı korunma, vergiler vb nedenlerle “yüksek maliyeti” engelleyebilmek için pek çok emek yoğun ve kirli sektörün fabrikalarının çevre kapitalist ülkelere nakledildiği biliniyor. Buralarda hem emek gücü hem doğal kaynaklar yönünden sömürünün arttığını, yatırım, kar ve istihdamdan vergi indirimleri ve çeşitli muhafiyetlerle halkın toptan sömürsünü artırmak pahasına uluslararası sermaye ve işbirlikçileri ulusal sermayeye kaynak aktarıldığını da izlemekteyiz.

Toplam kalite yönetimi, kalite çemberleri gibi emekçiyi işyerine ideolojik olarak bağlama işlevi gören ve emeği denetleyen stratejileri de söz konusu mekanizmalar listesine eklemek gerekir. Ülkemizde de patronlarını “hepimiz için üretiyoruz, patronla işçi aynı gemideyiz” diyerek omuzlarında gezdiren sendikalı işçilerimizin iki üç ay sonra “işler kötü” gittiğinde kapı önüne nasıl kondukları unutulmamalı, hastanelerde uygulanan toplam kalite yönetimi çalışmaları da bu açılardan değerlendirilmelidir.

Yukarıda ana hatlarıyla bahsettiğimiz, kapitalizmin kar oranını artırmaya yönelik mekanizmaları sağlık sektörümüze Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde Ocak 2007’de yürürlüğe girecek Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu aracılığıyla birkaç bölüm altında aşağıda özetlenmeye çalışılan başlıklarda yansımaktadır.

Öncelikle devletin sağlık alanındaki toplumsal sorumluluğu düzenleme ve standart belirlemeye indirgenecek. Yani devlet, Sağlık Bakanlığı emekçilere, köylülere, yoksullara sağlık hizmeti sunma ödevinden arındırılacak, hizmet sunmak yerine “kural” koymak işiyle sınırlandırılacaktır. Özele sevk, teşvik vb. yollarla özel sektöre kaynak akışını sağlayacak mekanizmaların kuruluşu tamamlanmış olacaktır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında genel bütçenin kullanımını yasaklarcasına dramatik bir azaltmayla, yerine sigorta, cepten ödeme, katkı payı biçiminde parası olana parası kadar sağlık uygulaması yasalaşmış olacaktır.

Özel sektörün kar edebileceği tedavi edici sağlık hizmetleri dışındaki koruyucu ve geliştirici hizmetler sağlık hizmetleri başlığından çıkartılacak, bu zihniyet hastayı da müşteri olarak tanımlayacaktır. Bu politikaların uygulayıcıları “müşteri olabilmek için para gerektiği” temel iktisat bilgisinden dahi ya yoksunlar ya da yalan söylüyorlar.

Sağlık sektörünü hizmeti üreten ve finanse edenler olarak bölüp, bu iki yapının piyasa koşullarında ilişkide bulunmasını, böylece finansmandan “sorumlu” yapının hizmet üretici kurumlararası rekabetten yararlanarak, ucuz olandan hizmet satın almasını hedefliyorlar. Ancak, eğer iyi niyetlilerse bu bilgisizlikten kaynaklı yalnızca bir hayal. İngiltere sağlık sektöründe son onbeş-yirmi yılda yalnızca bu uygulama sonucunda sağlık hizmetlerinin pahalandığını görmezden geliyorlar. İyi niyet yerine, insanların sağlığı pahasına, özele kaynak aktarmanın kanallarını yasalaştırma hedeflerini görmemiz gerekiyor.

Programın önceki içerikleriyle de sağlık emekçilerini sözleşmeli çalışmaya, yanı sıra zamanlı çalışmaya, döner sermaye ve performans dayalı döner sermaye primi gibi özlük haklarından yoksun ve emekliliğe yansımayan ücretlendirme modelleri ile çalışmaya mahkum ettiler.

Döner sermaye uygulaması yalnızca hizmetin finansmanı için değil, sağlık çalışanlarının ücretlendirilmesinde de kullanılmaktadır. Esasında “daha fazlasını hak ediyorsunuz ama elimizde olmadığı için sizlere veremiyoruz, gelin siz özel muayene, ameliyat vb. uygulamaları artırın buradan da size yüzde verip kırışalım” anlamına gelen döner sermaye payı dağıtımı uygulanmaya başlandı. Hekime ayrı, hemşireye ayrı oranlarda yapılan “dağıtım” beraberinde emekçileri bölme aracı olarak da kullanılıyor. Bu uygulama Ocak 2001 tarihinde çıkartılan bir Yasa ile sağlık ocaklarına da yaygınlaştırıldı. Artık sağlık ocaklarında da özel polikliniklere gidildiğinde yapıldığı gibi parası olana bakılıyor. Kesilen makbuzlar üzerinden de ocak çalışanlarına hastanelerdekilere yaptıkları gibi “sus payı” veriyorlar.

Sağlık Bakanlığı bu özelleştirme uygulamalarının dışında, kamu hastanelerini birer işletmeye dönüştürmeye çabalıyor(Sağlık Bakanı Prof.Dr. Akdağ artık “hastanelerimiz” adını kullanmıyor. Onun yerine “10 trilyon, 30 trilyon, 130 trilyona kadar cirosu olan işletmelerimiz var. Bu işletmelerin yöneticilerinin(eski adıyla başhekimlerimiz) ikinci bir işleri olmamaları bir zorunluluktur, bu kadar ciro başka türlü yönetilemez” şeklinde açıklamalar yapıyor.) Yerinden yönetim ve ademi merkezilik gerekçesiyle sağlık emekçilerini ve kamuoyunu yanıltıp, desantralizasyon adıyla hastaneleri özelleştirmeyi hedefliyorlar. Bunun ilk adımı olarak da SSK ve diğer kamu kurumlarına ait yataklı tedavi kurumlarının Sağlık Bakanlığı’na devrini Ocak 2005 tarihinde “sağlık hizmetleri sunumunun tek elde toplanması” gerekçesini kullanarak gerçekleştirdiler. Sosyal Sigortalar Kurumu o tarihten itibaren bütün sağlık hizmetlerini ve ilacı sigortalıları ve bakmakla yükümlü oldukları için satın alıyor. Ancak henüz resmi olarak açıklayamadıkları rakamlara göre ilk üç-dört aydaki sağlık harcaması geçmiş yıllarda bir yılda yapılan toplam harcamaların oldukça üzerine çıkmış durumda. Kaynaklarını patronlara peşkeş çektikleri sosyal

güvenlik kurumlarını “kara delik”miş gibi göstererek, emekçilerden yapılan kesinti ve katkı paylarını daha da artırmanın önünü açmış oldular. Esas hedefleri, yerel yönetimlerle ilgili yasal düzenlemeler kapsamında bu birimleri yerel yönetimlere birer sağlık işletmesi olarak devretmek. İşletmenin varlık gerekçesinin yalnızca kar olduğunu, desantarezasyonun da bunun önemli mekanizmalarından biri olduğunu hiç değilse dünya örneklerinden görmemiz gerekiyor.

Finansmanda genel bütçenin yerine ek vergi koymayı hesaplıyorlar. Türkiye’de hem doğrudan hem de dolaylı verginin ana kaynağı kabul edilen çalışanlar ve yoksullar sağlık vergisi ödemeye mahkum edilecekler. Emeklilerin maaşında %1 oranında sağlık vergisi kesintisi yapabilmek için yasa çıkarttılar. Çalışanlar da brüt gelirlerinin %12.5 oranında sağlık vergisi öderlerse, şimdiki kadar olmasa da bir kısım hizmetlere ulaşabilecekler. %12.5’in %7.5’luk dilimini patronun ödemesi düşünülüyor. Ancak hemen eklemişler bu ödemeyi vergiden düşebilecekler. Hükümetin, “sermayenin, kar oranlarını azaltacak herhangi bir uygulama yaratmayalım” kaygısını hemen bütün işlerinde görmek mümkün.

Çalışanlar arasında dayanışma yerine rekabeti teşvik edecek olan, sonucunda da hemen hiçbir çalışanın çıkarına olmayacak olan performansa dayalı döner sermaye ücretlendirmesine geçildi. Döner sermayeden özlük hakları ve emekliliğe yansımayan ve sağlık emekçilerini hastalarıyla karşı karşıya getiren uygulamadan sonra şimdi de kendi aralarında parçalamayı/bölmeyi hedefliyorlar. “Herkes performansı(takatı)na göre ücret vereceğiz” diyerek yüksek ücret alabilmek için sağlık emekçilerini birbirleriyle rekabete yöneltiyor ek olarak da gereksinim dışı tetkik ve tedavi uygulamalarına da çanak tutuyorlar. Tıbbi gereksinim dışı bu uygulamalar tıbbi teknoloji ve ilaç tüketimini artırdığından, bu alana yatırım yapmış sermaye tarafından özel olarak desteklendiğini de göz ardı etmemeliyiz. Sonunda ise, sağlık meslek grupları(hekimlerle hemşireler, hemşirelerle teknisyenler vb.) paylaşım oranları için aralarında, puanlarını artırabilmek için kendi meslektaşları arasında(hekimler kendi, hemşireler kendi içinde vb.) kıran kırana bir rekabete tutuşturuldular. Dağıtılan paranın ana kaynağı ise SSK, Emekli Sandığı ve BAĞ-KUR, bir kısmı için de hizmeti kullananlar.

Yapılmak istenenlerden hiçbiri bu hükümetin keşfi ya da inisiyatifi değil. Yalnızca seksenli yıllarda yapılan saldırı planının taşeronluğunu yapıyorlar. Yazılı belgeler üzerinden bunu kanıtlamak mümkün.

AKP hükümeti tarafından Haziran 2003 tarihinde kamuoyuyla paylaşılan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” da öncekilerle aynı hedef ve içeriğe sahiptir. Ancak önceki hükümetlerden farklı olarak, AKP hükümetinin sağlıkla ilgili programı, TÜSİAD

tarafından, Eylül 2004 tarihinde yayımlanan “Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri” raporuyla desteklenmiş ve “alternatifinin olmadığı” kamuoyuyla paylaşılmıştır (Hamzaoğlu, 2004). Onbeş yılı aşan bir süredir yürütülmekte olan tartışmalarda ve uygulamalarda, bu konudaki görüşlerini bir “sır” olarak saklayan patronların ikiyüz sayfayı aşan raporlarında ilk vurgulanması gereken şey; bu ülke topraklarında devlet desteğiyle yaratılan burjuvazinin, bugün itibariyle emekçilerden farklı olarak, sınıfsal aidiyetlerinin şuurunda olduğu ve bu yönde herhangi bir tereddüt taşımadığıdır. Bugünün nesnelliği içerisinde burjuvazi, dünyanın diğer kapitalist ülkelerinde olduğu gibi, artık toplumsal mutabakata dahi gereksinim duymuyor. Bunun gereğini yapmak için de herhangi bir tereddüt yaşamıyor. Türkiye’de de kapitalist üretim ilişkilerinin belirlediği, toplumsal yaşam biçimi içerisinde, sınıf çıkarlarının gereğini ne pahasına olursa olsun, taviz vermeksizin gerçekleştirmeye kararlı olduklarını vurguluyorlar. Ancak, zannedildiği gibi burjuvazi homojen bir sınıf da değil. Yatırım yaptıkları sektörler itibariyle de aralarındaki çelişkiler sürüyor. Öyle ki bu raporu, aralarında sağlık ve sigortacılık alanlarına yatırım yapanların finansmanı ile çıkarttıklarını önsözde belirtmek gereğini hissetmişler. Hatta bu girişimcileri yaptıkları katkılarının büyüklüğüne göre olsa gerek, üç gruba(kendi yazdıklarıyla kategoriye) ayırmışlar.

Rapor bir başka açıdan da belge özelliği taşıyor: Türkiye burjuvazisi, yıllar sonra bütün hükümetlerin, hatta muhalefetteki partilerin bile programına hakim olan sağlık alanındaki durum saptaması ve sorunların çözümüne yönelik önerilerin: “bu ülkedeki sahibi biziz, görüşler bütünüyle bize aitti” diyorlar.

Onbeş-yirmi yıllık zaman dilimi içindeki söz konusu metinlerin yalnızca tarihleri ile sayfa sayıları farklı. Temel hedefleri ise aynı; kapitalizmin uzun bunalımını aşabilmesi için sağlık sektörünü burjuvazinin çıkarlarına uygun hale getirmek. Dünya Bankası pek çok ülkede olduğu gibi, Türkiye’de de bunların yaşama geçirilebilmesi için hükümetlere sağlık sektöründe kullanılmak üzere yaklaşık 348 milyon dolar kredi vermiş, bunun da büyük kısmının kendi tayin ettiği danışmanlara ödenmesini sağlamıştır.

Hükümetler bu benzerliğe gerekçe olarak sağlık sektöründe yaşanan sorunları gösteriyorlar. Evet doğrudur sağlık sektörümüz sorunsuz değildir. Bu haliyle sürdürülmesini isteyemeyiz. Ancak sorunun çözümü için önerdikleriyle var olan sorunlar emekçiler adına daha da derinleşerek, sağlık hizmetlerini parası olanın parası kadar alabildiği bir meta haline getirecektir. Bu nedenledir ki hem soruna hem de çözümü için önerilenlere bir bütün olarak bakmalıyız. Tek tek, parça parça tespitler bütünü görmemizi engellediği gibi, kandırılmamız için de birçok tuzağı içinde barındırmaktadır.

Yapılmak istenenlerden, yapılanlardan, bunların gerçek sahiplerinden ve taşeronlarından bahsettik. Peki ne yapmalıyız? Görevimiz ne, ne olmalı?

Öncelikle bayrak yarışına asla dahil olmamalı, olanları ve olmak isteyenleri reddetmeli, esasında bu yarıştı iptal etmeyi hedeflemeli ve iptal edebilmeliyiz.

Bugün için sağlık alanında talep etmemiz gereken, bütünüyle adil olarak toplanan genel bütçeden finanse edilen, hiçbir prim, katkı payı vb. ödemeleri içermeyen kamucu sağlık hizmeti olmalıdır. Sağlık ekibi tarafından, nüfusa orantılı olarak yaşam ve iş yerlerinde örgütlenmiş birimlerde kişiye ve çevreye yönelik koruyucu hizmetle, ayaktan tanı ve tedavi edici hizmetleri veren, hastane ile sevk zinciri kurulmuş birinci basamak sağlık hizmet birmilerinde verilmelidir. Yataklı tedavi kurumları ile organik ilişki kurulmuş olmalıdır. Sağlık emekçileri örgütlü, iş güvenceli, sosyal güvenlikleri belirlenmiş, ek iş yapmalarına gerek kalmayacak şekilde maaş alabilecek şekilde tek işte, tam süre çalışmalıdırlar.

Sağlık çalışanlarıyla, diğer sektörlerde çalışanlar arasında özünde hiçbir çelişkinin olmadığı, aksine daraltarak baksak bile sağlık sektörüne yapılmak istenen piyasacı müdahalelerle sağlık çalışanları(doktor, hemşire, ebe, fizyoterapist, biyolog, laborant vb.) hem işinden hem sağlığından olurken diğer emekçiler de sağlıklarından olacaklardır. Esasında son yirmi, yirmibeş yıldır yürütülmekte olan, ancak AKP Hükümeti'nin yeni bir şey imiş gibi sunduğu Dönüşüm Paketi faaliyetiyle son yıllarda daha da şiddetlenen saldırı tablosuna baktığımızda, gördüğümüz odur ki saldırı yalnızca sağlık sektörü ile sınırlı da değildir. Sağlıktan sosyal güvenliğe, eğitimden ormanlara, iş güvencesinden çalışma ortamına, bitkisel tarımdan hayvansal tarıma, enerjiden madenlere, yerel yönetimlerden ulaşımaya kadar yaşamın bütün alanlarında emeği ile yaşayanlar bir tarafa itilip, Türkiye'de günlük yaşantıyı bütünüyle patronların denetimine devretmek hedeflenmiştir.

Ancak evlerindeki hesabın çarşıya uymaması için bizlerin, hiçbir mesleki, sektörel parçalanmışlığa yer vermeden, sınıf kimliğimizle, siyasal öznelerle birlikte yaşamın bütününe karşılayan, top yekun mücadeleyi yükselterek sürdürmemiz gerekiyor.

Biliyoruz ki susmak sorumluluk doğurur.

KAYNAKLAR :

AKP Programı, www.akparti.org.tr, 20 Ağustos 2006.

Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge, <http://www.ttb.org.tr/mevzuat>, 23 Ağustos 2006.

- Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, <http://rega.basbakanlik.gov.tr>, 23 Ağustos 2006.
- Hamzaoğlu O., (2006), yayımlanmamış ders notları, Kocaeli.
- Hamzaoğlu O., (2004), TÜSİAD-AKP-SAĞLIK: Patronlar Hükümetleri(mizi)n Maskesini Düşürdü, Toplum ve Hekim, TTB yayını, Temmuz-Ağustos, (19),4
- Sağlık Bakanlığı (2003), Sağlıkta Dönüşüm Programı, <http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/donusum.pdf>, 23 20 Ağustos 2006.
- Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2001, SB THGM Ankara,2002.
- Sağlık Bakanlığı (2004), Aile Hekimliği Türkiye Modeli, <http://www.pydb.saglik.gov.tr>, 28 Ağustos 2006.
- “Sosyal Güvenlik Çöktü”, Zeynep Şahin, Cumhuriyet Gazetesi, 14.06.2006.
- T.C. 58. Hükümet Acil Eylem Planı (AEP) (2003), <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/aep.doc>, 25 Ağustos
- TBMM(a), http://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/kanun_tasarisi_sd.onerge_bilgileri?kanunlar_sira_no=24507, 23 Ağustos 2006.
- TBMM(b), <http://www2.tbmm.gov.tr/d22/2/2-0540.pdf>, 23 Ağustos 2006.
- TBMM(c), <http://www2.tbmm.gov.tr/d22/2/2-0506.pdf>, 23 Ağustos 2006.
- Türk Tabipleri Birliği (2006), Türkiye Sağlık İstatistikleri, Aralık 2005, Ankara.
- <http://www.ntvmsnbc.com/news/320578.asp#BODY>, 6,5 milyon Bağ-Kur’lu tedavi olamıyor, 24 Nisan 2005, erişim tarihi: 28 Ağustos 2006.