

# **TÜRKİYE'DE YENİ KAMU YÖNETİMİ**

## **ANLAYIŞI VE SAĞLIK HİZMETİ**

**Sakine GÜLÖZ ŞAHİN**

İnönü Üniversitesi SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ Lisansüstü  
Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin Kamu Yönetimi Anabilim Dalı İçin  
Öngördüğü YÜKSEK LİSANS TEZİ Olarak Hazırlanmıştır.

(Malatya, Eylül 2006)

# **TÜRKİYE'DE YENİ KAMU YÖNETİMİ**

## **ANLAYIŞI VE SAĞLIK HİZMETİ**

**Sakine GÜLÖZ ŞAHİN**

**Danışman: Yrd. Doç. Dr. Hasan BURAN**

İnönü Üniversitesi SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ Lisansüstü  
Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin Kamu Yönetimi Anabilim Dalı İçin  
Öngördüğü YÜKSEK LİSANS TEZİ Olarak Hazırlanmıştır.

(Malatya, Eylül 2006)

İnönü Üniversitesi  
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü'ne  
MALATYA

Sakine Gülöz ŞAHİN tarafından, Yrd. Doç. Dr. Hasan BURAN danışmanlığında hazırlanan “Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı ve Sağlık Hizmeti” başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından Kamu Yönetimi Anabilim Dalı'nda YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Başkan (İmza)

Unvanı ve Adı Soyadı  
Prof. Dr. S. Kemal KARTAL

Üye (İmza)

Unvanı ve Adı Soyadı  
Yrd. Doç. Dr. Yusuf Karakılçık

Üye (İmza)

Unvanı ve Adı Soyadı  
Yrd. Doç. Dr. Hasan Buran (Danışman)

ONAY

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

...../...../.....

İmza

Unvanı, Adı Soyadı

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

## ONUR SÖZÜ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**YENİ KAMU YÖNETİMİ ANLAYIŞI VE SAĞLIK HİZMETİ**“ başlıklı bu çalışmanın, bilim etiği ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın tarafımdan yazıldığını ve yararlanmış olduğum bütün yapıtların, hem metin içinde, hem de kaynakçada yönetime uygun bir biçimde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir, bunu onurumla doğrularım.

...../...../.....

Sakine GÜLÖZ ŞAHİN

## ÖZET

### TÜRKİYE’DE YENİ KAMU YÖNETİMİ ANLAYIŞI VE SAĞLIK HİZMETİ

Sakine GÜLÖZ ŞAHİN

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Hasan BURAN

“Türkiye’de Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı ve Sağlık Hizmeti” başlıklı bu araştırma; “sağlık hizmetleri sunumundan devletin elini çekmesi ve sağlığı piyasa koşullarına bırakmasının sağlık hakkına erişilebilirliği ve hizmetten yararlanmada eşitlik hakkını yok edeceği savı”nı ele almaktadır. Kamu Yönetiminde önemli bir dönüşüm gerçekleşiyor. Toplumsal dönüşümler ve bunların etkileri birdenbire ortaya çıkmaz, sonuçlar uzun bir zaman dilimine yayılırlar. Kamu Hizmetlerinin serbest piyasa koşullarına bırakılması yeni kamu yönetimi anlayışının temelini oluşturmaktadır.

Bu araştırma; devlet idaresinin yaşadığı dönüşümlerin genelde tüm hizmetlere özelde sağlık hizmetlerine yansımaları, bu dönüşüm sonucunda toplumun nasıl bir durumla karşı karşıya kalacağını ve sağlık hakkının geleceğini saptamayı amaçlamaktadır. Ayrıca araştırmada, sağlık hizmetlerinin piyasa koşullarına bırakılmasının sakıncaları belirtilmekte ve sağlık hizmetlerine genel bütçeden yeterli pay ayrılarak devlet tarafından yerine getirilmesi gerektiği ortaya konmaya çalışılmaktadır.

Araştırmada, betimsel yöntem kullanılmıştır. Araştırma dört kesim halinde hazırlanmıştır. **Birinci Kesimde**, araştırma hakkında açıklamalar yapılmış, **İkinci Kesimde**, araştırma hakkında kuramsal bir çerçeve oluşturulmuş, **Üçüncü Kesimde**, alana katkı yapılması esas alınmış ve **Dördüncü Kesimde**, araştırma sonunda elde edilen bulgular, öneriler ve genel sonuçlar sunulmuştur.

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular genel olarak şöyle özetlenebilir. Sosyal devletin tasfiye süreci diğer sektörlerin yanında, sağlık hizmetlerinin de bir kar aracı haline getirilmesi süreci ile birlikte seyretmekte, kamu sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, dünyada kamu hizmetlerinin özelleştirilmesi sürecinin bir parçası haline gelmektedir. Yakın gelecekte sosyal devletin temel bileşeni olan ulusal sağlık hizmetlerinin tasfiye edileceğini söylemek abartı olmayacaktır. Sonuç sağlıklı bir

toplum ve paran kadar sağlık ortamıdır. Sağlık piyasaya açılmaması gereken doğuştan kazanılmış bir haktır.

Bir ülkenin en değerli serveti olan insanın, iktisadi faaliyetlere verimli bir şekilde katılması için önce sağlık şartlarının iyileştirilmesi sonra eğitim seviyesinin yükseltilmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetleri insanların yaşam sürelerine, kuvvet ve dirençlerine, enerji ve canlılıklarına etki eden bütün faaliyetleri kapsamaktadır. Ekonomik gelişme bir bakıma üretici güçlerin gelişmesiyle gerçekleşen bir süreçtir. Bu sürecin temel bileşenlerinden biri de insan ve insan emeğidir. Emeğin niteliğinin ve veriminin arttırılmasında önemli parametrelerden biri de sağlık hizmetleridir. Sağlık hizmetlerine verilen önemin göstergelerinden birisi bu hizmete ayrılan kaynakların büyüklüğüdür. Sağlık hizmeti yapısı gereği diğer hizmetler gibi değerlendirilememektedir.

Dünyadaki birçok devlet sağlık hizmetlerinin sunumunu kamu aracılığı ile yapmaktadır. Yeni kamu yönetimi anlayışı kapsamında sağlık hizmetlerinde özelleştirme, küreselleşme vb. adını ne koyarsak koyalım sonuç olarak ortaya çıkan şey, sağlık hizmetlerinin toplumun tümünü kapsayıcı bir hizmet olmaktan çıkarılmasıdır. Kamu sağlık hizmetleri ve bu hizmetleri sunan kamu sağlık kuruluşları toplumsal kazanımlardır. Kamu mülkiyetinin özel mülkiyete dönüştürülmesi sağlık hakkının gaspından başka bir şey değildir. Sonuçta halk kendi cebinden çıkacak paralarla, kendi denetleyemediği sağlık kuruluşlarından hizmet alacaktır. Doğuştan bir hak olan sağlık hakkını, mülkiyet tartışmasına indirgemekten kurtarıp hizmeti alanlarla sunanların, hizmetin sunumunda ve niteliğinde doğrudan söz sahibi olmasının sağlayacak bir düzenlemenin yapılması gerekmektedir.

Araştırmada sık kullanılacağı düşünölen temel anahtar kavramlar şunlardır: “Yeni Kamu Yönetimi”, “Neoliberalizm-Küreselleşme”, ”Sağlık Hizmeti”, ”Sağlık Hakkı”, “Desantralizasyon”.

## **TÜRKİYE'DE YENİ KAMU YÖNETİMİ ANLAYIŞI VE SAĞLIK HİZMETİ ÖNSÖZ**

Dünyayı içine alan değişim önu alınamaz bir şekilde devam etmekte, özellikle İkinci Dünya Savaşı sonrası döneme damga vuran siyasi ve ekonomik yapılanmalar parçalanmakta, yerlerini yeni bir devlet yapılanması ve düzene bırakmaktadır. Yeni liberalizm 1980'den itibaren tüm dünyada etkisini göstermektedir. Keynesci ekonomi politikaları yerine yeni liberal ya da yeni sağ politikalar egemen olmakta devletin küçültülüp, desantralizasyon (yerelleşme) politikalarının egemen olmasına çalışılmaktadır. Yapılanların tümünden amaçlanan sermayenin yaşadığı tıkanıklığın aşılması, yeni hareket alanlarının yaratılması ve ülke sınırlarının dışına çıkmasıdır. Kapitalizmin doğası gereği başlangıçtan itibaren sermaye birikim süreci ülke sınırlarını aşan bir yapılanma içindedir. 1970'lerde yaşanan ekonomik bunalım nedeniyle devletler o zamana kadar uyguladıkları sosyal devlet ağırlıklı politikalardan vazgeçerek, piyasa egemenliğinin temel alındığı politikaları gündeme getirmişlerdir. Bu süreç artık ekonomik, siyasi ve toplumsal ilişkilerin yerel düzeyde kalmayıp dünya üzerine yayıldığı küreselleşme sürecidir.

Küreselleşmeyle birlikte Dünyada ve Türkiye'de kamu sektörünün mal ve hizmet üretimindeki yeri yeniden tanımlanmaktadır. Sosyal devlet sona erdirilmek istenirken devletin artık mal ve hizmet üretiminden çekilerek, küçük ve etken olması istenmektedir. Dünyada yaşanan, genelde kamu hizmetlerinin özelde sağlık hizmetlerinin liberalizasyonu ve özelleştirilmesi yönündeki değişikliklerin uluslararası sermaye öncülüğüyle ve katılımıyla yapılmakta olduğudur.

Son yirmi yıldır bütün kapitalist ülkelerde yaşanan şey, sağlık sistemlerinin liberalizasyonu ve özelleştirilmesi yönündeki değişiklikler olmuştur. Kapitalist sistem 1970'lerden beri içine girdiği döngüsel uzun dönemli krizini yaşarken, kar oranlarını arttırmak açısından bütün sosyal harcamaları sınırlamaya ve sosyal sektörleri piyasaya açarak sermayeye yeni yatırım alanları yaratmaya yönelmiştir. Kamu hizmetlerinin piyasaya açılmasıyla sermayeye yeni yatırım alanları yaratılacakken hizmetten yararlananlar açısından sağlık hakkı kullanılamaz hale gelecektir.

Temel haklardan olan yaşama hakkı ancak sağlık hakkıyla birlikte gerçekleştiğinde anlamlı olur. Sağlık hakkı insanın en temel haklarından bir

tanesisidir. Bu yüzden sağlık sektörünün diğer sektörler arasında özel bir yeri ve önemi vardır. Çünkü sağlıkta söz konusu olan insan ve insana verilen değerdir. Diğer hizmetlerle birlikte sağlığın da piyasalaştırıldığı ve hak değil bedeli ödenen hizmet haline getirildiği bu süreçte, artık sağlık hakkının kullanımından söz edilemeyecektir.

Yüksek Lisans tez konusu olarak sağlığı seçmemin nedeni, bu sektörün bir üyesi olarak yaşananlara daha yakından tanık olmamdır.

Yüksek Lisans Programının ders aşamasında; değerli öğretmenlerim başta Prof. Dr. S. Kemal Kartal olmak üzere, Doç. Dr. Mihriban Şengül, Yrd. Doç. Dr. Hasan Hüseyin Doğan, Yrd. Doç. Dr. Hasan Buran, Yrd. Doç. Dr. Yusuf Karakılıçık, Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Erkul, Doç. Dr. Selma Karatepe'ye teşekkür ediyorum

Ayrıca anlayışı, çabası, özveriyle bana destek olan tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Hasan Buran'a bir kere daha teşekkür ediyorum.

Bu araştırmanın yürütülmesi ve hazırlanması sırasında gerek kaynak edinme aşamasında gerekse yazımı aşamasında katkılarını sunan Yrd. Doç. Dr. Hasan Demirtaş'a ve Yrd. Doç. Dr. Müslüm Akıncı'ya teşekkür ediyorum.

Son olarak küçük yaşına rağmen çalışmaya yönelmemi anlayışla karşılayan oğluma teşekkür ediyorum.

**Sakine GÜLÖZ ŞAHİN**



# **TÜRKİYE’DE YENİ KAMU YÖNETİMİ ANLAYIŞI VE SAĞLIK HİZMETİ**

**Sakine GÜLÖZ ŞAHİN**

**KISA İÇİNDEKİLER**

**Sayfa No**

## **BİRİNCİ KESİM**

### **ARAŞTIRMA HAKKINDA AÇIKLAMALAR**

1. ARAŞTIRMANIN KONUSU, ÖNEMİ, DENENCELERİ, AMACI VE YÖNTEMİ.....17

## **İKİNCİ KESİM**

### **YENİ KAMU YÖNETİMİ ANLAYIŞI VE SAĞLIKTA DEĞİŞİM**

2. YENİ DÜNYA DÜZENİNİN DAYANAĞI YENİ LİBERALİZM VE  
KÜRESELLEŞME.....25
3. YENİ KAMU YÖNETİMİ ANLAYIŞI VE YENİ KAMU YÖNETİMİ  
ANLAYIŞININ TÜRKİYE’YE YANSIMALARI.....40
4. KÜRESELLEŞME VE SAĞLIK.....58
5. SAĞLIK ALANI İLE İLGİLİ ULUSLARARASI KURULUŞLAR VE  
ULUSLARARASI ANTLAŞMALAR.....70

## **ÜÇÜNCÜ KESİM**

### **TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ, YAŞANAN DÖNÜŞÜM VE**

#### **SAĞLIK HAKKININ GELECEĞİ**

6. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ, GELİŞİMİ VE ÖRGÜTLENMESİ.....84
7. YENİ KAMU YÖNETİMİ ANLAYIŞIYLA BİRLİKTE SAĞLIK  
HİZMETLERİNDE YAŞANAN DÖNÜŞÜM.....137
8. TÜRKİYE’DE SAĞLIK REFORMU ÇALIŞMALARI.....160
9. ULUSAL VE ULUSLARARASI BELGELERDE SAĞLIK HAKKI.....178
10. SAĞLIK HİZMETLERİNDEKİ DÖNÜŞÜM SONUCUNDA SAĞLIK  
HAKKININ GELECEĞİ.....214

## **DÖRDÜNCÜ KESİM**

### **GENEL DEĞERLENDİRME**

11. BULGULAR, ÖNERİLER VE GENEL SONUÇ.....226
- KAYNAKÇA.....247

**TÜRKİYE’DE YENİ KAMU YÖNETİMİ ANLAYIŞI VE SAĞLIK HİZMETİ**  
**Sakine GÜLÖZ ŞAHİN**

**İÇİNDEKİLER**

	<b><u>Sayfa No</u></b>
Onay Sayfası.....	1
Onur Sözü.....	2
Özet.....	3
Önsöz.....	6
Kısa İçindekiler.....	7
İçindekiler.....	8
Çizelgeler Dizelgesi.....	14
Kısaltmalar Dizelgesi.....	15

**BİRİNCİ KESİM**

**ARAŞTIRMA HAKKINDA AÇIKLAMALAR**

**1. ARAŞTIRMANIN KONUSU, ÖNEMİ, DENENCELERİ, AMACI VE YÖNTEMİ**

1.1.Araştırmanın Konusu ve Önemi.....	17
1.2. Araştırmanın Denenceleri.....	19
1.3. Araştırmanın Amacı.....	19
1.4. Araştırmanın Yöntemi.....	20
1.5. Bilgi Derleme ve İşleme Araçları.....	20
1.6. Kavram Tanımları.....	21
1.7. Araştırmanın Sunuş Sırası.....	23

**İKİNCİ KESİM**

**YENİ KAMU YÖNETİMİ ANLAYIŞI VE SAĞLIKTA DEĞİŞİM**

**2. YENİ DÜNYA DÜZENİNİN DAYANAĞI YENİ LİBERALİZM VE KÜRESELLEŞME**

2.1. Kapitalizmin Gelişimi.....	25
2.2. Sosyal Devlet.....	29

2.3. Liberalizmden Yeni Liberalizme.....	32
2.4. Küreselleşme.....	36
<b>3. YENİ KAMU YÖNETİMİ ANLAYIŞI VE YENİ KAMU YÖNETİMİ ANLAYIŞININ TÜRKİYE'YE YANSIMALARI</b>	
3.1. Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı.....	40
3.1.1. Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Gelişimi.....	40
3.1.2. Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Özellikleri.....	42
3.1.3. Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Yayılışı.....	43
3.2. Küreselleşmenin Kamu Yönetimi Üzerindeki Etkileri.....	44
3.3. Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Türkiye'ye Yansımaları.....	47
3.3.1. Özelleştirme.....	47
3.3.2. Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma.....	48
3.3.3. Türkiye'de İdari Reform Çalışmaları.....	52
3.3.3. Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı.....	55
<b>4. KÜRESELLEŞME VE SAĞLIK</b>	
4.1. Sağlıkta Değişim.....	58
4.2. Sağlık Sistemleri.....	64
4.3. Küreselleşmenin Ekonomi ve Sağlık Politikalarındaki Yeri.....	66
<b>5. SAĞLIK ALANI İLE İLGİLİ ULUSLARARASI ÖRGÜTLER VE ULUSLARARASI ANLAŞMALAR</b>	
5.1. Uluslararası Örgütler.....	70
5.1.1. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ).....	71
5.1.2. Dünya Bankası.....	74
5.1.3. Uluslararası Para Fonu.....	77
5.2. Uluslararası Anlaşmalar.....	77
5.2.1. Hizmet Ticareti Genel Anlaşması (GATS).....	78
5.2.2. GATS ve Sağlık Hizmeti.....	81

## ÜÇÜNCÜ KESİM

### TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ, YAŞANAN DÖNÜŞÜM VE SAĞLIK HAKKININ GELECEĞİ

#### 6. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ, GELİŞİMİ VE ÖRGÜTLENMESİ

6.1. Sağlık, Sağlık Hizmetleri ve Sınıflandırılması.....	84
6.1.1. Sağlık Tanımı ve Önemi.....	84
6.1.2. Sağlık Hizmetleri.....	86
6.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	88
6.1.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	88
6.1.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	89
6.1.3.3. Rehabilitasyon Hizmetleri.....	91
6.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi.....	91
6.2.1. Cumhuriyetin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri.....	91
6.2.2. 1960–1980 Döneminde Sağlık Hizmetleri.....	102
6.2.3. 1980 Sonrası Döneminde Sağlık Hizmetleri.....	109
6.2.4. 2000’li Yıllar ve “Genel Sağlık Sigortası”.....	119
6.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Örgütlenmesi.....	128
6.3.1. Sağlık Bakanlığı.....	131
6.3.1.1. Sağlık Bakanlığı Merkez Örgütlenmesi.....	134
6.3.1.2. Sağlık Bakanlığı İl Örgütlenmesi.....	134
6.3.2. Üniversite Hastaneleri.....	135
6.3.3. Diğer Kamu Kuruluşları.....	135
6.3.4. Özel Sektör.....	136

#### 7. YENİ KAMU YÖNETİMİ ANLAYIŞIYLA BİRLİKTE SAĞLIK HİZMETLERİNDE YAŞANAN DÖNÜŞÜM

7.1. Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi.....	137
7.1.1. Özelleştirmenin Nedenleri.....	138
7.1.2. Özelleştirme Şekilleri.....	139
7.1.3. Özelleştirmenin Sonuçları.....	142
7.2. Sağlık Hizmetlerinin Desantralizasyonu.....	146

## 8. TÜRKİYE’DE SAĞLIK REFORMU ÇALIŞMALARI

8.1. Sağlık Reformu Gereksinimi.....	160
8.2. Aile Hekimliği ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Reformu.....	162
8.3. Hastane ve Sağlık İşletmeleri Reformu.....	166
8.4.Sağlık Hizmetleri Finansmanı Reformu.....	167
8.5. Sağlık Bilgi Sistemleri.....	172
8.6. Örgüt ve Yönetim Reformu.....	175
8.7. İnsan Kaynakları Reformu.....	176

## 9. ULUSAL VE ULUSLARARASI BELGELERDE SAĞLIK HAKKI

9.1. Yaşama Hakkı.....	178
9.2. Sağlık Hakkı Kavramı.....	179
9.2.1. Uluslararası Belgelerde Sağlık Hakkı.....	179
9.2.1.1. Uluslararası Sağlık Örgütü Anayasası.....	180
9.2.1.2. İnsan Hakları Evrensel Bildirisi.....	180
9.2.1.3. Uluslar arası Çalışma Örgütünün Faaliyetleri.....	180
9.2.1.4. Roma Anlaşması.....	181
9.2.1.5. Avrupa Sosyal Şartı.....	182
9.2.1.6. Ekonomik, Toplumsal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi.....	182
9.2.1.7. Kişisel ve Siyasal Haklar Uluslararası Sözleşmesi.....	183
9.2.1.8. Beyaz Kitap (White Paper).....	183
9.2.1.9. Helsinki Sonuç Belgesi ve Paris Şartı.....	184
9.2.1.10. Alma-Ata Konferansı.....	185
9.2.1.11. Tek Senet.....	187
9.2.1.12. Avrupa Birliği Tıp ve Halk Sağlığı Araştırmalarında İşbirliği Anlaşması.....	187
9.2.1.13. Avrupa Sosyal Forumu.....	187
9.2.2. Ulusal Belgelerde Sağlık Hakkı.....	188
9.2.2.1. Anayasalarda Sağlık Hakkı.....	188
9.2.2.1.1. 1961 Anayasasından Önceki Düzenlemeler.....	188

9.2.2.1.2. 1961 Anayasası.....	189
9.2.2.1.3.1982 Anayasası.....	190
9.2.2.2.Yasalarda Sağlık Hakkı.....	193
9.2.2.2.1. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu.....	193
9.2.2.2.2. Özel Hastaneler Kanunu.....	193
9.2.2.2.3. T.C. Emekli Sandığı Kanunu.....	194
9.2.2.2.4. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun...195	
9.2.2.2.5. Sosyal Sigortalar Kanunu.....	198
9.2.2.2.6. Devlet Memurları Kanunu.....	199
9.2.2.2.7. Bağ-Kur Kanunu.....	199
9.2.2.2.8. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu.....	200
9.2.2.2.9. Yeşil Kart Kanunu.....	201
9.2.2.2.10. Diğer Kanunlarda Sağlık Hakkı.....	202
9.2.2.3. Kalkınma Planlarında Sağlık Hakkı.....	202
9.2.2.3.1. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963–1967).....	203
9.2.2.3.2. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968–1972).....	204
9.2.2.3.3. Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973–1977).....	202
9.2.2.3.4. Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1978–1984).....	205
9.2.2.3.5. Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985–1989).....	207
9.2.2.3.6. Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990–1994).....	208
9.2.2.3.7. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996–2000).....	210
9.2.2.3.8. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001–2005).....	211

## **10. SAĞLIK HİZMETLERİNDEKİ DÖNÜŞÜM SONUCUNDA**

### **SAĞLIK HAKKININ GELECEĞİ**

**10.1.** Dünyadaki Gelişmelerin Yönü.....214

**10.2.** Türkiye’deki Gelişmelerin Yönü.....218

**DÖRDÜNCÜ KESİM**  
**GENEL DEĞERLENDİRME**

**11. BULGULAR, ÖNERİLER VE GENEL SONUÇ**

<b>11.1. Bulgular.....</b>	<b>227</b>
<b>11.2. Öneriler.....</b>	<b>237</b>
<b>11.3. Genel Sonuç.....</b>	<b>244</b>
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>247</b>

## ÇİZELGELER DİZELGESİ

<u>Çizelge No</u>	<u>Çizelge Adı</u>	<u>Sayfa No</u>
Çizelge 1:	Yeni Kamu Yönetimi Düşüncesinin Doktrinel Parçaları (2005).....	43
Çizelge 2:	Dünya Bankası'na Göre Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması (1994).....	66
Çizelge 3:	Dünya Bankası Kredilerinin Sektörel Dağılımı (%)1999–2000.....	77
Çizelge 4:	Sağlık- Toplum İlişkisi (1993).....	87
Çizelge 5:	1923 Yılında Türkiye'deki Yataklı Tedavi Kurumları.....	93
Çizelge 6:	Sağlık Harcamalarında Finansman Kaynaklarının Dağılımı (1992–1996).....	123
Çizelge 7:	Türkiye'de Sağlık Sektöründe Yer Alan Kuruluşlar ve Bunların İşlevleri Açısından Sınıflandırılması (1995).....	129
Çizelge 8:	Türkiye'de Sağlık Bakanlığı Kuruluşları (2002) (SB(2004) Sağlık İstatistikler, 2003).....	132
Çizelge 9:	Sağlık Arzına Yönelik Göstergelerde Gelişmeler (Kaynak: DPT, 2006 Yılı Programı, Ankara 2005, s.148).....	133
Çizelge 10:	Kamu ve Özel Sağlık Kurumlarında Hastane ve Yatak Sayısı (DPT, 2005 Yılı Programı, Ankara, s. 142).....	133
Çizelge 11:	İlaç Endüstrisinde İthalat (milyon \$)(İ.E.İ.S. Türkiye'de İlaç 2001)...	143
Çizelge 12:	1989- 2000 Yıllarında İlaç İhracatı (milyon \$)(İ.E.İ.S. Türkiye'de İlaç 2001).....	143
Çizelge 13:	Seçilmiş Bazı OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları, 2001 (OECD Health Data 2004).....	166
Çizelge 14:	Bulgular ve Öneriler İlişkilendirme Çizelgesi.....	226



## KISALTMALAR DİZELGESİ

<b>AB</b>	: Avrupa Birliği
<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>AÇS</b>	: Ana-çocuk Sağlığı
<b>AP</b>	: Araştırma Planlama
<b>Bağ-Kur</b>	: Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar
<b>BM</b>	: Birleşmiş Milletler
<b>BYKP</b>	: Beş Yıllık Kalkınma Planı
<b>C</b>	: Cilt
<b>DB</b>	: Dünya Bankası
<b>DP</b>	: Demokrat Parti
<b>DPT</b>	: Devlet Planlama Teşkilatı
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Sektörü
<b>DTÖ</b>	: Dünya Ticaret Örgütü
<b>FAO</b>	: Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü
<b>GSS</b>	: Genel Sağlık Sigortası
<b>GATS</b>	: Hizmet Ticareti Genel Antlaşması
<b>GATT</b>	: Gümrük Tarifeleri ve Ticaret Genel Antlaşması
<b>GSMH</b>	: Gayri Safi Milli Hâsıla
<b>İEİS</b>	: İlaç Endüstrisi İşverenleri Sendikası
<b>İHEB</b>	: İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi
<b>ILO</b>	: Uluslararası Çalışma Örgütü
<b>KİT</b>	: Kamu İktisadi Teşebbüsü
<b>KHK</b>	: Kanun Hükmünde Kararname
<b>MAI</b>	: Çok Taraflı Yatırım Antlaşması
<b>MIGA</b>	: Çok Taraflı Yatırımları Garantileme Ajansı
<b>NHS</b>	: National Health Service
<b>OECD</b>	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
<b>S</b>	: Sayı
<b>s.</b>	: Sayfa
<b>SB</b>	: Sağlık Bakanlığı

- SES** : Sağlık Enformasyon Sistemi  
**SSK** : Sosyal Sigortalar Kurumu  
**SSYB** : Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı  
**TBMM** : Türkiye Büyük Millet Meclisi  
**TSİM** : Temel Sağlık İstatistik Modülü  
**TSH** : Temel Sağlık Hizmetleri  
**TTB** : Türk Tabipler Birliği  
**UNESCO** : Birleşmiş Milletler Eğitim Bilim ve Kültür Örgütü  
**UNICEF** : Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu  
**vb.** :ve benzeri  
**vd** : ve diğerleri  
**YKY** : Yeni Kamu Yönetimi

## **TÜRKİYE’DE YENİ KAMU YÖNETİMİ ANLAYIŞI VE SAĞLIK HİZMETİ BİRİNCİ KESİM**

### **ARAŞTIRMA HAKKINDA AÇIKLAMALAR**

Araştırmanın birinci kesimi bir bölümden oluşup, bu bölümde; araştırmanın, konusu, önemi, denenceleri, amacı, yöntemi, bilgi derleme ve işleme araçları, kavram tanımları ve araştırmanın sunuş sırası hakkında bilgi verilmektedir.

### **1. ARAŞTIRMANIN KONUSU, ÖNEMİ, DENENCELERİ, AMACI VE YÖNTEMİ**

Birinci bölüm, altı alt bölümden oluşmaktadır. Bu bölümde, araştırmanın konusu, önemi, denenceleri, amacı, yöntemi, bilgi derleme ve işleme araçları, kavram tanımları ve araştırmanın sunuş sırası hakkında bilgi verilmektedir.

#### **1.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi**

İnsan hakları içerisinde yer alan sağlık hakkı kişinin toplumdan ya da devletten sağlığının korunmasını, geliştirilmesini hastalık durumunda tedavi edilmesini isteme ve toplumsal sağlık kuruluşlarından yararlanma hakkıdır. Günümüzde bu hak hem uluslararası düzenlemelerde hem de ulusal anayasalarda yer almaktadır. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinin 25. Maddesinde ”Herkesin sağlığını korumaya ve bu nedenle yeterli bir yaşam düzeyine ve hastalık halinde gerekli güvenliğe hakkı vardır” biçiminde dile getirilen sağlık hakkı ülkemizde de Anayasanın 56. Maddesine göre “Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içerisinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arttırmak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir” (Küçük,2006). Sağlık hakkının ulusal ve uluslararası belgelerde devletin koruması altında olduğu dile getirilmiştir.

“Türkiye’de Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı ve Sağlık Hizmeti” başlıklı bu araştırma; “sağlık hizmetleri sunumundan devletin elini çekmesi ve sağlığı piyasa koşullarına bırakmasının sağlık hakkına erişilebilirliği ve hizmetten yararlanmada

eşitlik hakkını yok edeceği savı”nı ele almaktadır. Kamu Hizmetlerinin serbest piyasa koşullarına bırakılması yeni kamu yönetimi anlayışının temelini oluşturmaktadır.

Temeli çeyrek yüzyıl öncesine dayanan yasal düzenlemelerde ”Kamu Yönetimi Temel Kanun Tasarısı“ olarak bilinen Kamu Yönetiminin Yeniden Yapılandırılması çalışmaları ile devletin kamu hizmetlerinden çekilmesi, kamu hizmetlerinin ticarileştirilmesi ve kamu personel sisteminin yeniden düzenlenmesi gündeme gelmiştir. Aslında bu yeni başlayan, ülkemize özgü, teorik temelleri ülkemizde planlanan bir olgu değildir. Bu olgu küresel sermaye ve örgütleri tarafından planlanarak ülkelere sunulmaktadır.

1970’li yıllardan bu yana uygulanan küreselleşme ve yeni liberal politikalar sermayenin serbest dolaşımının önündeki engelleri kaldırmaya dönük bir dizi projeyi içermektedir. Tüm dünyayı tek bir pazara dönüştürmek, az gelişmiş ülkeleri uluslararası tekelin pazar ve kar alanı haline getirmek hedeftir. Bunun için bu tür ülkelere kalkınma modelleri sunulmuş, kamunun küçültülmesi, özelleştirmeler, mal ve hizmet üretiminin serbest piyasa koşullarına uygun hale getirilmesi gibi adımların atılması için kredilendirme dönemi başlamıştır. Türkiye’de bu ülkeler arasında başta yer almaktadır. Bu süreç 24 Ocak 1980 kararlarıyla başlamakla birlikte esas olarak Türkiye’nin altına imza attığı uluslararası anlaşmalar ve verdiği taahhütlerden başlanırsa 1995 yılındaki GATS (Hizmet Ticareti Genel Anlaşması), 2003 yılında artık uygulanmaya başlanmıştır. Kamu Yönetimi Temel Kanun Tasarısı da uluslararası anlaşmaların yasal zeminini hazırlamak amacıyla gündeme gelmiştir. GATS’la Türkiye kamu hizmetlerini serbest piyasa ticaretine açacağını ve bunun için uyum yasaları çıkaracağını taahhüt etmiştir. GATS sektörleri arasında sağlık, eğitim, ulaşım, su, belediye, hukuk hizmetleri, bankacılık, sigortacılık, enerji, belediye hizmetleri, posta vb. hizmet alanları vardır. Sosyal devletin yürütmekle yükümlü olduğu kamu hizmetlerinin büyük çoğunluğunun özel şirketlere bırakılacağı Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısında belirtilmekte böylece GATS’ın hükümlerine uyum sağlanmaktadır (Yılmaz, 2006).

Sağlık hizmetlerinde kar oranlarının çok yüksek olabildiği ve zengin ülkeler için umut ışığı görünen tek alanın sağlık sektörü olduğu görülmektedir. Gelecekte insanların en çok para harcayacakları hizmet sağlık olacaktır. Sağlığın uluslararası

şirketlerin yatırım alanları içindeki yeri her geçen gün büyümektedir. Yatırımcılar için çekici bir alan olan sağlıkta özelleştirme; hizmetin belirli bölgelerde yığılmasına, bölgeler ve yerleşimler arası hizmete erişim açısından eşitsizliğin artmasına, dar gelirlilerin bu hizmete erişimini zorlaştırmaya ve giderek yoksun kalmasına, sağlık personelinin işsizlikle karşı karşıya kalmasına yol açacaktır. Bu koşullarda rekabet ortamının kaliteyi arttıracaklarını ve sağlık hakkının herkes tarafından elde edilebileceğini düşünmek fazlasıyla iyimser bakmak olur.

**”Türkiye’de Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı ve Sağlık Hizmeti”** başlıklı çalışmanın önemi; kullanma zorunluluğu her zaman geçerli olan sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılmasının, sağlık hakkından yararlanma olanağını ortadan kaldıracaklarının düşünülmesi ve sağlık hizmetinin bu dönüşüm süreci sonucunda bedeli ödenerek kullanılabilmesidir.

## **1.2. Araştırmanın Denenceleri**

Araştırmanın başlıca denenceleri şunlardır:

**D.1.** “Neoliberal politikalarla sağlık hizmetinin piyasalaştırılması sağlık hizmetinden bir insan hakkı olarak yararlanma olanaklarını ortadan kaldırmıştır.”

**D.2.**”Minimum devlet minimum sağlık demektir.”

**D.3.** “Türkiye’de ulusal bir sağlık siyaseti (politikası) yoktur. Bu nedenle sağlık siyasetin rüzgârına emanettir.”

## **1.3. Araştırmanın Amacı**

Sağlıklı yaşam hakkının hayata geçirilmesi kimin görevidir? Sağlıklı yaşama hakkının gereği olan sağlık hizmetlerinin belirli kurallara göre düzenli bir şekilde sürdürülebilmesi herkesin yararına. Bunu sağlayan düzenleme ve denetim sosyal niteliği nedeniyle insanların sağlığıyla ilgili hizmeti devlet ve onun yürütme erkini kullanan hükümet tarafından yerine getirilmesi gerekir. Sağlıklı yaşam hakkı ancak yoksulluğun giderilmesiyle ve halk yararına açık yönetimlerle mümkündür. İşlevlerini gören bir sağlık sistemi sağlığı oluşturan basamaklarından sadece birisidir.

Dünya çapında baktığımızda iki buçuk milyar insan yoksulluk sınırının çok altında yaşıyor ve bunların pek çoğu korunulması mümkün hastalıklara yakalanıyorlar. Bu noktada siyasal iradenin sorumluluğu söz konusudur. Hükümetler

mali kaynaklarını çoğu zaman sağlık alanının dışındaki alanlara yatırıyorlar. Genel bütçeden Sağlık Bakanlığı'na ayrılan pay %3 oranındadır. Dünya Sağlık Örgütü ise Türkiye gibi ülkeler için %10 önermektedir. Türk hükümetleri genel bütçeden insan sağlığına ayrılması gereken paydan %7 oranında tasarrufta bulunmuşlardır (Eser,2006).

Kamu Yönetiminde önemli bir dönüşüm gerçekleşiyor. Toplumsal dönüşümler ve bunların etkileri birdenbire ortaya çıkmaz, sonuçlar uzun bir zaman dilimine yayılırlar. Bu araştırma; devlet idaresinin yaşadığı dönüşümlerin genelde tüm hizmetlere özelde sağlık hizmetlerine yansımaları, bu dönüşüm sonucunda toplumun nasıl bir durumla karşı karşıya kalacağını ve sağlık hakkının geleceğini saptamayı amaçlamaktadır. Ayrıca araştırmada, sağlık hizmetlerinin piyasa koşullarına bırakılmasının sakıncaları ve genel bütçeden yeterli pay ayrılarak devlet tarafından yerine getirilmesi gerektiği ortaya konmaya çalışılmaktadır.

#### 1.4. Araştırmanın Yöntemi

Araştırmada, betimsel araştırma yöntemi kullanılmaktadır.

Araştırma dört kesim yöntemi esas alınarak hazırlanmış ve sunulmuştur. Bu yöntemde göre **Birinci Kesimde**, araştırma hakkında açıklamalar, araştırmanın konusu, önemi, denenceleri, amacı, yöntemi, bilgi derleme ve işleme araçları, kavram tanımları, araştırmanın sunuş sırası hakkında genel bilgiler verilmiş, **İkinci Kesimde**, araştırma hakkında kuramsal bir çerçeve oluşturulmuş, **Üçüncü Kesimde**, alana katkı yapılması esas alınmış ve **Dördüncü Kesimde**, araştırma sonunda elde edilen bulgu, öneri ve genel sonuç sunulmuştur.

#### 1.5. Bilgi Derleme ve İşleme Araçları

“Türkiye’de Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı ve Sağlık Hizmeti” başlıklı bu araştırmada, konu ile ilgili yayımlanmış her türlü kitap, makale, inceleme, çeviri, istatistikî bilgi, rapor, gazete yazısı vb. ile sanal ortamdaki her türlü veri incelenmiştir. Bilgi toplama yöntemleri sonucunda elde edilen bilgiler, niteliksel çözümleme tekniği ile işlenmiştir. Elde edilen bulguların değerlendirilmesinde sınıflandırma, metin ve içerik çözümleme, karşılaştırma ve yorumlama araçları kullanılmıştır.

### 1.6. Kavram Tanımları

Araştırmada sık kullanılacağı düşünülen başlıca anahtar kavramlar şunlardır: **“Kamu Yönetimi”, “Neoliberalizm”, “Sağlık”, ”Sağlık Hizmeti”, ”Sağlık Mevzuatı”, ”Sağlık Hakkı”, “Desantralizasyon”, “Deregülasyon”, “Sanitasyon”.**

Araştırmanın bir kavramı “Kamu Yönetimi”dir. Kamu yönetimi şu şekilde tanımlanabilir (Bozkurt ve diğerleri, 1998, 133):

“(1) Devlete ya da ona bağlı kuruluşlarda eylemde bulunan kişilerin ve kümelerin davranışlarıyla ilgili olanı ifade etmek,

(2) Devletin amaçlarını gerçekleştirecek biçimde örgütlenmiş insan gücü ve araç gereç ile bunların yönetimi,

(3) Kamusal siyasaların oluşturulmasında, siyasal karar organlarına teknik destek sağlayan ve bu siyasaları uygulayan örgütler bütünü ifade etmektedir”.

Araştırmanın bir diğer anahtar kavramı “Neoliberalizm”dir. Mali sermayenin her anlamda ve mali sermaye içerisinde para sermayesinin öne çıkarılması, bütün kamusal alanların ve özel firmaların dışında kalan üretimin tamamen özelleştirilerek genel kapitalist döngü içine dahil edilmesi neoliberal ekonominin başlıca yönleridir. Kamusal harcamaların (sağlık, eğitim, barınma, vb) devletler için bir yük olduğundan hareketle çıkış yolu olarak tüm toplumsal yatırımların özelleştirilmesi sürecinin önü açılmıştır (Neoliberalizm, 2002).

Araştırmanın bir diğer anahtar kavramı ”Sağlık”tır. Yalnız hastalıklardan arınmış olmak değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam iyilik hali demektir (Sağlık, 2006).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı; “ Sadece hastalık ve sakatlığın olmaması hali değil, kişinin beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde olması” diye tanımlamaktadır (Öztek, 2001, 294).

Sağlığın tanımlanmasındaki ekolojik yaklaşım ise sağlığı; “Kişinin fiziki, ruhi ve sosyal açıdan çevreyle uyumudur” şeklinde tanımlamaktadır (Ak, 2001, 300).

Illich’e göre sağlığın tanımı şöyledir: “Sağlıklı olmak yalnızca gerçeğe baş edebilmede başarılı olmak değil, aynı zamanda başarının mutluluğunu da tatmaktır; mutlulukta da acıda da yaşayabildiğini duyumsamaktır...” (Uz, 2001, 352).

Araştırmanın bir diğer anahtar kavramı; “Sağlık Hizmeti”dir. Halk sağlığı yaklaşımıyla, herkese eşit ulaşılabilir, elde edilebilir, sağlığı koruyucu ve geliştirici, iyileştirici ve esenlendirici (rehabilitasyon) öğeleri olan bir hizmeti tanımlamaktadır (Sağlık, 2006).

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne “sağlık hizmetleri” denir (Öztek, 2001, 295).

Sağlıklılık haline ulaşmak, sürdürmek ve korumak için sağlık hizmetine gereksinimimiz vardır (TMMOB,2006).

Araştırmanın bir diğer anahtar kavramı; “Sağlık Mevzuatı”dır. Sağlık yasaları olarak da ifade edilen sağlık mevzuatımız, sağlık hizmetlerinin nasıl örgütleneceğini, nasıl yürütüleceğini, nasıl finanse edileceğini, hizmetlerde yetkinin kimde bulunduğunu, görev ile sorumluluğunun ne olduğunu belirtir (Varol, 2006).

Araştırmanın bir diğer anahtar kavramı;“Sağlık Hakkı”dır. Sadece hastalanınca tedavi olma hakkı değil, daha geniş bir kapsamla, devlet tarafından herkese ücretsiz sağlık hizmeti sunulması anlamına gelir (Sağlık, 2006).

Sağlık hakkı kişinin toplumdan devletten sağlığının korunmasını gerektiğinde tedavi edilmesini, iyileştirilmesini isteyebilmesi, toplumun sağladığı imkânlardan faydalanabilmesi olarak tanımlanmaktadır (Okur, 1992, 171–180).

Araştırmanın bir diğer anahtar kavramı; “Desantralizasyon”dur. Desantralizasyon, aynı amaca yönelik veya birbirine benzer işlev, güç, sorumluluk ve yetkilerin merkezden hizmetin görüldüğü yer ve toplumdaki şubelere veya bölgesel ve yerel yönetim organlarına dağıtılmasıdır. Bir başka tanıma göre ise desantralizasyon, karar verme ve kamuya ait fonksiyonların yönetimi gibi faaliyetler için yasal ve politik otoritenin merkezi hükümetten ve onun kuruluşlarından, bu kuruluşların taşradaki örgütlerine, hükümetin alt birimlerine, yarı özerk kamu birliklerine, bölgesel kalkınma otoritelerine, fonksiyonel otoritelere, özerk yerel yönetimlere ya da hükümet dışı örgütlere transferi ya da devridir (Tatar, 1993, 138).

Araştırmanın bir diğer anahtar kavramı; “Deregülasyon” dur. Devletin tekelinde toplanmış üretim, dağıtım, karar, izin, onay yetkilerinin ortadan kaldırılmasını sağlayan düzenlemeler demektir Tohum ithalinin devletin tekelinde



olmasına son veren yasa, belediye meclisine ait olan ekmek fiyatını belirleme yetkisini fırıncılar odasına devreden yasal düzenleme, Türk parasını koruma kanununun yürürlükten kaldırılması, farklı özellikler taşıyan deregülasyon uygulamalarıdır. Deregülasyon kuralsızlaştırma kural koyma yetkisini kaldırma ve bu yetkiyi özel sektör ya da özel sektörün sivil toplum kurumlarına devretme anlamına gelir (Güler, 2005, 200).

Araştırmanın bir diğer anahtar kavramı; “Sanitasyon”dur. Bir bütün olarak temiz olma durumu. hijyenin ayrılmaz bir parçası, çevre temizliği anlamına da gelir (www.sozluk.sourtimes.org).

### **1.7. Araştırmanın Sunuş Sırası**

Araştırma dört kesim ve on bir bölüm halinde sunulmuştur:

“ARAŞTIRMA HAKKINDA AÇIKLAMALAR” başlıklı birinci kesim bir bölümden oluşmaktadır. Bu bölümde araştırmanın konusu, önemi, denenceleri, amacı, yöntemi, bilgi derleme ve işleme araçları, kavram tanımları ve araştırmanın sunuş sırası hakkında bilgi verilmiştir.

“YENİ KAMU YÖNETİMİ ANLAYIŞI VE SAĞLIKTA DEĞİŞİM” başlıklı araştırmanın ikinci kesimi dört bölümden oluşmuştur.

Araştırmanın ikinci bölümü, “YENİ DÜNYA DÜZENİNİN DAYANAĞI YENİ LIBERALİZM VE KÜRERSELLEŞME” başlığı altında “Kapitalizmin Gelişimi”, “Sosyal Devlet”, “Liberalizmden Yeni Liberalizme” ve “Küreselleşme” olarak dört alt bölümde incelenmiştir.

Araştırmanın üçüncü bölümü, “YENİ KAMU YÖNETİMİ ANLAYIŞI VE YENİ KAMU YÖNETİMİ ANLAYIŞININ TÜRKİYE’YE YANSIMALARI ” başlığını taşımaktadır. Bu bölüm “Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı”, “Küreselleşmenin Kamu Yönetimi Üzerindeki Etkileri”, “Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Türkiye’ye Yansımaları” olarak üç alt bölümde incelenmiştir

Araştırmanın dördüncü bölümü “KÜRSELEŞME VE SAĞLIK” başlığı altında, “Sağlıkta Değişim”, Sağlık Sistemleri, Küreselleşmenin Ekonomi ve Sağlık Politikalarındaki Yeri” olarak iki alt bölümde incelenmiştir.

Araştırmanın beşinci bölümü “SAĞLIK ALANI İLE İLGİLİ ULUSLARARASI ÖRGÜTLER VE ULUSLARARASI ANLAŞMALAR” başlığını

taşımaktadır. Bu bölüm “Uluslararası Örgütler”, “Uluslararası Anlaşmalar” olarak iki alt bölümde incelenmiştir.

Araştırmanın Üçüncü Kesimi “TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ, YAŞANAN DÖNÜŞÜM VE SAĞLIK HAKKININ GELECEĞİ” başlığını taşımaktadır. Bu kesim beş bölümden oluşmaktadır.

Araştırmanın altıncı bölümü, “TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ, GELİŞİMİ VE ÖRGÜTLENMESİ” başlığını taşımaktadır. Bu bölüm “Sağlık, Sağlık Hizmetleri ve Sınıflandırılması” , “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi”, “Sağlık Hizmetleri Örgütlenmesi” olarak üç alt bölümde incelenmiştir.

Araştırmanın yedinci bölümü, “YENİ KAMU YÖNETİMİ ANLAYIŞIYLA BİRLİKTE SAĞLIK HİZMETLERİNDE YAŞANAN DÖNÜŞÜM” başlığını taşımaktadır. Bu bölüm “Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi”, “Sağlık Hizmetlerinin Desantralizasyonu” olarak iki alt bölümde incelenmiştir.

Araştırmanın sekizinci bölümü, “TÜRKİYE’DE SAĞLIK REFORMU ÇALIŞMALARI” başlığını taşımaktadır. Bu bölüm “Sağlık Reformu Gereksinimi”, “Aile Hekimliği ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Reformu”, “Hastane ve Sağlık İşletmeleri Reformu”, “Sağlık Hizmetleri Finansmanı Reformu”, “Örgüt ve Yönetim Reformu”, “İnsan Kaynakları Reformu” olarak altı alt bölümde incelenmiştir.

Araştırmanın dokuzuncu bölümü, “SAĞLIK HAKKI” başlığını taşımaktadır. Bu bölüm “Yaşama Hakkı”, “Sağlık Hakkı Kavramı”, “Uluslararası Belgelerde Sağlık Hakkı”, “Ulusal Belgelerde Sağlık Hakkı” olarak dört alt bölümde incelenmiştir.

Araştırmanın onuncu bölümü, “SAĞLIK HİZMETLERİNDEKİ DÖNÜŞÜM SONUCUNDA SAĞLIK HAKKININ GELECEĞİ” başlığını taşımaktadır. Bu bölüm “Dünyadaki Gelişmelerin Yönü”, “Türkiye’deki Gelişmelerin Yönü” olarak iki alt bölümde incelenmiştir.

Araştırmanın Dördüncü Kesimi “GENEL DEĞERLENDİRME” başlığını taşımaktadır. Bu kesim bir bölümden oluşmaktadır. Araştırmanın on birinci bölümü, “BULGULAR, ÖNERİLER VE GENEL SONUÇ” başlığını taşımaktadır. Bu bölüm “Bulgular”, “Öneriler” ve “Genel Değerlendirme” olarak üç alt bölümde incelenmektedir. Araştırmanın en sonunda “KAYNAKÇA” yer almaktadır.

## İKİNCİ KESİM

### YENİ KAMU YÖNETİMİ ANLAYIŞI VE SAĞLIKTA DEĞİŞİM

Araştırmanın bu kesimi, dört bölüm olarak sunulmuştur. İlk bölümde yeni dünya düzenin dayanağı yeni liberalizm ve küreselleşme; ikinci bölümde yeni kamu yönetimi anlayışı ve yeni kamu yönetimi anlayışının Türkiye'ye yansımaları; üçüncü bölümde küreselleşme ve sağlık; dördüncü bölümde sağlık sektöründe etkin uluslararası örgütler ve uluslararası anlaşmalar ele alınmıştır.

### 2. YENİ DÜNYA DÜZENİNİN DAYANAĞI YENİ LIBERALİZM VE KÜRESELLEŞME

Dünya hızla değişiyor ve değişim dünyanın temel yasalarından birisidir. 1980'li yıllardan itibaren yaşanan bu hızlı değişime “Yeni Dünya Düzeni” denmiştir.

21.yüzyılın eşliğinde dünya bir altüst oluş döneminden geçiyor. Atlaslar her yıl yeniden basılıyor çünkü ülke sınırları yeniden çiziliyor yeni bayraklar ortaya çıkıyor. Devletler, partiler, ideolojiler düzeyinde büyük çalkantılar yaşanıyor. Bu çalkantının temelinde sosyo-ekonomik alanda büyük bir sarsıntı ve değişim süreci yatıyor. Kapitalist dünya ekonomisinin on yıllar boyu varlığını sürdüren yapısı altüst oluyor. Devlet ile ekonomi arasında ilişki köklü biçimde değişiyor. İnsanlar tarihin gördüğü en derin istikrarsızlık dönemlerinden birini yaşıyor. Keynesçiliğin, kalkınmacılığın, sosyal devletin yerini yeni liberalizm, küreselleşme, özelleştirme, sosyal devletin yıkımı alıyor (Savran, 1998, 7).

Yeni dünya düzenine gelinen noktadan önceki tarihsel süreci; zengin ulus devletler ile diğer devletlerin son yüzyıldaki ilişkilerine göre üç döneme ayırabiliriz. 1870- 1930 yılları arası klasik sömürgecilik olarak adlandırılan dönem, ilk dönemdir. İngiltere, Hollanda, Fransa gibi ülkeler kendi topraklarından onlarca kat büyük alanlarda sömürge imparatorlukları kurmuşlardır. Klasik sömürgecilik sistemi askeri işgallere dayanmıştır ve İkinci Dünya Savaşı sonunda çökmüştür. Yeni dünya sisteminin bunalımı ve yeni uluslararası sistemin doğuşu 1930'lu yıllara rastlamaktadır. İlk on beş yılı oluşum süreci olmak üzere, 1930- 1970 yılları arasında yaşanan ikinci dönem yeni sömürgecilik dönemi olarak adlandırılmıştır. Bu dönem

Bretton Woods olarak bilinen sistemin<sup>1</sup> 1971 yılında kurumsal yıkılışı başlangıç alınırca, 1970’li yıllarda açık değişim sürecine girmiştir. Yeni dünya düzeni henüz tüm boyutları ile belirginleşmiş olmamakla birlikte bu sürecin temel özellikleri açıklığa kavuşmuştur. Üçüncü dönemi temsil eden Yeni dünya düzeni küresel sömürgecilik adı alabilecek nitelikleri ile hızla belirginleşmektedir (Güler, 2005, 34–35).

Yeni dünya düzenini tam olarak anlayabilmek için kapitalizmin ortaya çıkışından itibaren tarihsel süreci incelemek gerekmektedir.

Araştırmanın bu bölümünde; yeni dünya düzeninin temelini oluşturan tarihsel süreç; **“Kapitalizmin Gelişimi”**, **“Sosyal Devlet”**, **“Liberalizmden Yeni Liberalizme”** ve **“Küreselleşme”** başlıklı alt bölümlerde incelenmiştir.

## 2.1.Kapitalizmin Gelişimi

Kapitalizm; batı dünyasında feodalizmin çöküşünden bu yana egemen olan ekonomik sistemdir. Anamalcılık, sermayecilik, serbest piyasa ekonomisi, serbest girişim ekonomisi adlarıyla da anılır. Üretim araçlarına sahip olanların üretim araçlarından yoksun bırakılanlara egemenliği kölelik düzeniyle başlamış feodal düzenden geçerek son ve en büyük aşaması olan kapitalizme dönüşmüştür (Hançerlioğlu,1993,15). Kapitalizm üretim araçlarının özel mülkiyetin elinde olduğu ve kar amaçlı kullanıldığı, malların üretim, dağıtım ve fiyatının arz talep mekanizmasıyla serbest piyasada özgürce belirlendiği bir ekonomik sistemdir. Ayrıca kapitalizm sıklıkla serbest piyasa ekonomisi ve ekonomik liberalizm kavramlarıyla tanımlanır ve birbiri yerine kullanılır.

Kapitalizm 16.yüzyıl ile 18. yüzyıl arasında Batı Avrupa’da kendini gösteren yeni toplumsal düzen olarak da tanımlanabilir. Yaşamın her alanında ekonomide, politikada, düşüncede, bilim ve teknolojiye, estetikte yeni oluşumları kapsasa da

<sup>1</sup> Bretton Woods sistemi, II. Dünya Savaşı sırasında Temmuz 1944’te ABD’nin küçük bir kasabası olan Bretton Woods’da toplanan Birleşmiş Milletler Para ve Finans konferansında ortaya çıkan iktisadi sistemdir. Dünyanın önde gelen devletleri arasındaki ticari ve finansal işlemlerde uyulması gereken kuralları belirler. Bu konferansta altına dönüştürülebilir tek para biriminin dolar olmasına diğer para birimlerinin değerinin de dolara göre ayarlanmasına karar verilmiştir. Para birimlerinin dolara endeksli olması zamanla piyasalarda gerilim yaratmış ve 1971’de ABD’nin doları altına endekslemekten vazgeçtiğini açıklamasıyla sistem çökmüştür.

kapitalizm sözcüğü esas olarak ekonomik bir olguyu ifade edecek biçimde kullanılmaktadır. Kapitalizmin ekonomide özünü belirleyen temel olgu, üretilen mal ve hizmetlerin giderek daha büyük bölümünün pazara girip değişime konu olmasıdır (Şaylan, 2003, 33). Kapitalizm bir ekonomik düzeni, bir toplumsal modeli ve belli bir yaşam biçimini ifade etmektedir. Bu yaşam biçimi insanların tutum ve davranışlarını belirleyen belli değer yargılarına ve belli ilişki kalıplarına dayanmaktadır. Kapitalizm tek kelime ile metalaşma olarak da tanımlanabilir. İnsanlar mal ve hizmet üretirken bunu kendi gereksinimleri için değil değişim için yapmaktadırlar. Kapitalist toplumsal düzenin özellikleri sürekli gelişen toplumsal ve teknik işbölümü üretimde uzmanlaşma ve daha büyük ölçekli üretimdir (Şaylan, 2003, 36).

Kapitalizmin ortaya çıkmaya başladığı 15.yüzyıl Batı Avrupa'nın keşiflerle zenginleştiği, Rönesans ve Reform hareketleriyle devrimci denilebilecek değişimlerin olduğu bir dönemdir. Bu dönemde bilimsel ve teknolojik gelişmeler inanılmaz bir artış göstermiştir. Buna bağlı olarak da sermayenin gelişimi hızlanmış, bankacılık faaliyetleri artmış ve sermaye dinamik bir süreç olarak birikmiştir. 13.yüzyılda İtalya'nın kuzey şehirlerinden başlayarak Batı ve Doğu Avrupa'ya yayılan ve uzak ticaret yollarının kesişme noktalarındaki büyük fuarları ortaya çıkaran ilk dönem; finans ve ticaret kapitalizmi yeni bir toplumsal düzenin ilk unsurlarını oluşturmuştur. Uzun mesafeli ticaret kaçınılmaz olarak yeni pazarları beraberinde getirmiştir. Periyodik fuarlarla pekiştirilen bu pazarlar, mali sermaye tekniklerinin gelişimiyle aynı dönemde borsalar olarak kurumlaşmışlardır (Haber mas, 2000, 75).

Ortaçağın sonlarına doğru Avrupa'nın belirli bölgelerinde gelişmeye başlayan kapitalizmin bir sistem olarak yerleşmesi 16. yüzyıldan sonra gerçekleşti. Kapitalizmi kendisinden önceki sistemlerden ayıran, üretimin tüketimi aşan bölümünün üretim kapasitesinin genişletilmesi amacıyla kullanılmasıdır.

Kapitalizm, 16.yüzyıldaki reform hareketinin çabalarını aşağılayan geleneksel ahlakın etkilerini kırarken çok çalışma ve tutumlu olmaya da dini bir temel kazandırdı. Artık ekonomik eşitsizlik, zenginlerin de ahlaklı olabileceği gerekçesiyle rahatça savunuluyordu (Özalp, 2006, 1). Toplumsal ilişkilerdeki bu gelişme kaçınılmaz olarak bazı kuralları gündeme getirmiş ve adına doğal hukuk denilen bir

kurallar dizgesi gelişmeye başlamıştır (Şaylan, 2003, 39). Doğal hukuk öğretisine göre insanın doğuştan gelen birtakım dokunulmaz hakları vardı; bunların başında da mülkiyet hakkı geliyordu (Ana Britannica, 1989a, 455). Din düşüncesi dışlanmamakla birlikte aklında gerekliliği bu dönemde ortaya atılmış, tüm bu gelişmeler modern devletin 16. yüzyılda ortaya çıkmasına yol açmıştır. Modern devletin ortaya çıkışı ise mutlakıyetçi monarşiler şeklindedir. Mutlakıyetçi monarşinin belirleyici özelliği kural koyan ve bu kuralları uygulatan tekeli güç olmasıdır (Şaylan, 2003, 39).

Kapitalizmin gelişmesine katkıda bulunan diğer bir etmen de Avrupa'da değerli maden arzındaki artış ve bunun sonucunda fiyatların yükselmesi oldu. Bu dönemde fiyatlar ücretlerden daha hızlı arttığından enflasyondan en çok sermaye sahipleri yararlandı. İlk kapitalistler merkantilist dönemde güçlü ulusal devletlerin ortaya çıkmasından da yararlandılar (Özalp, 2006, 1). Merkantilizm, ticari kapitalizmi ve buna özgü sermaye birikimini ifade etmektedir. 16. yüzyılın başlarından 18. yüzyılın ortalarına kadar Avrupa merkantilizmi yaşamıştır. Bir ülkenin güç ve refahını belirleyen temel etkeni sahip olduğu kıymetli madene bağlayan anlayış merkantilizmdir. Dünya üzerindeki altın ve gümüş miktarı belli ve her ülke elindeki miktarı arttırmak için çalışmaktadır. Merkantilist anlayışa göre bir ülkenin diğerlerinden daha zengin olması için tek yol ticaret fazlası sağlamasıdır (Şaylan, 2003, 41).

İngiltere'de 18. yüzyılda kapitalist gelişme ticaretten sanayiye kaydı. Önceki yıllarda sağlanan sermaye birikimi, sanayi devrimi sırasında teknik bilginin sanayiye uyarlanması yolunda kullanıldı (Özalp, 2006, 2). Dünyadaki gelişmeler bilindiği gibi sanayi devrimleri ile bölümlenmektedir. İngiltere ve Fransa gibi ülkelerde başlayan sanayi devrimleri aynı zamanda liberalizmin de yaygınlaşmasını sağlamıştır. Birinci sanayi devrimi buhar makinesinin keşfiyle 18. yüzyıl sonlarında İngiltere'de başlamıştır. İkinci sanayi devrimi ise içten patlamalı motorların bulunup sanayiye uygulanmasından güç almış ve ulaştırmadaki gelişmelerle sürmüştür.

Adam Smith klasik kapitalizmin ideolojisini ortaya koyarken toplumların gelişmesini Marksist Kurama benzer bir şekilde çeşitli aşamalara ayırıyordu. Buna göre toplumlar avcılık, göçebeliğe dayalı tarım, çiftçilik ve ticari karşılıklı bağımlılık aşamalarından geçerler. Her aşamanın kendine özgü kurumları vardır. Toplumsal

çevrenin büyümesiyle birlikte özel mülkiyetin ve çeşitli ayrıcalıkların korunmasının aracı olarak devlet kurumu gelişti. Ücretleri piyasaların belirlediği, özel girişime devletçe konan kısıtlamaların kalktığı son aşama ise sonradan serbest rekabet kapitalizmi olarak adlandırılan kusursuz özgürlük aşamasıdır (Özalp,2006,2). Adam Smith'e göre toplumların doğasında bir uyum ve tamamlama özelliği vardır. Meta üreten insan sadece kendisi için bir ekonomik faaliyette bulunmakla kalmaz, aynı zamanda diğer insanlara da katkıda bulunur. Çünkü ekonomik faaliyette bulunan insanlar bir pazarda bir araya gelmekte, ürettikleri mal ve hizmetleri birbirleriyle değiştirmektedirler. Toplumda ekonomik faaliyette bulunan her birey başka bireylerle yüz yüze olmasa da pazarda karşı karşıya gelmektedir."Görünmeyen bir el" tarafından dengelenen ve örgütlenen bu bir araya geliş doğal bir bütünleşme ve uyumluluk göstermektedir. Liberal düşünceye göre devlet eli ile hiçbir müdahale yapılmamalıdır. Çünkü bu tür müdahaleler liberallere göre doğal uyumu ve bütünleşmeyi ortadan kaldıracaktır (Şaylan, 2003, 47). Smith'in düşüncelerindeki temel vurgu; ekonomi üzerindeki devlet düzenlemelerine karşı oluş yönündedir. Görünmeyen elin işlevselliğine olan inancı, düşünürü faaliyet alanı daraltılmış bir devlet anlayışına götürmektedir. Ona göre devlet; ulusal savunma, adalet ve yönetim, karlı olmayan fakat toplumsal gereksinimler bakımından zorunlu olan işlerin yapılması şeklindeki üç görev dışında varlık göstermemelidir (Kara, 2004, 68).

Fransız Devrimi ve Napolyon Savaşlarının feodalizmin kalıntılarını temizlemesinden sonra Smith'in önerdiği politikalar daha çok uygulamaya konuldu.19. yüzyılda siyasal liberalizmin başlıca politikaları serbest ticaret, sağlam para(altın standardı), dengeli bütçe ve sosyal yardımların son derece kısıtlı tutulması şeklinde kendini gösteriyordu. Birinci Dünya Savaşı kapitalizmin gelişmesinde bir dönüm noktası oldu. Savaştan sonra uluslararası piyasalar daraldı, altın standardının yerini uluslararası para birimi aldı (Ana Britannica, 1989b, 543).

## **2.2. Sosyal Devlet**

Sosyal devlet; Klasik Liberal Demokrasinin ekonomik ve siyasal temellerini değiştirmeden sosyal güvenliğin sağlanması, işsizliğin önlenmesi, emeğiyle yaşayanların korunması, yaşam düzeylerinin düzeltilmesi yoluyla sosyal eşitsizlikleri

gideren devlettir. İnsan onuruna yaraşan bir yaşam düzeyini, insanlar arasında eşitliği sağlayan devlettir (Başaran, 2001, 241).

Aynı anlama gelen sosyal devlet ve refah devleti, kayırıcı devlet kavramları, İkinci Dünya Savaşından sonra kapitalist dünya sisteminin merkezinde yer alan sanayileşmiş kapitalist ülkelerde geçerli devlet yapısını tanımlamak için kullanılıyordu. Devletin aktif rol oynadığı bir süreçte, emekle sermaye arasında kapitalist sistemin o zamana kadar tanık olmadığı bir uzlaşma ortaya çıktı (Kara, 2004, 13).

Liberal felsefeye göre devletin varlık nedeni, bireylerin doğal hak ve özgürlüklerini güvence altına almaktır. Devlet tamamen sosyo-ekonomik yaşam alanının dışında tutulmalıdır. Bu alan pazar mekanizması ve ilişkilerine bırakılmalıdır. Bu anlayış 18. ve 19. yüzyılın birinci yarısında rakipsiz olarak görülmüş ve yaygın şekilde uygulanmıştır. Fakat belli bir süre sonra uygulanan liberal politikalarla, pazarın sanayileşme süreci içinde özgürce çalışması toplumda büyük eşitsizliklere ve çok derin toplumsal gerilimlere yol açmıştır. Bu beraberinde 1929 yılındaki bunalımı getirmiştir. Birinci Dünya Savaşı sonrası yaşanan dönem ve “Büyük Bunalım” dünya ekonomisinde krizlere ve kökten değişmelere neden olmuştur. Dünyanın her tarafında etkisini gösteren bunalım yüzünden fabrikalar kapanmış, üretim düşmüş, işsizlik tırmanmıştır. Kapitalizm sistem olarak güvenilirliğini yitirmiş, çok büyük toplumsal ve siyasi çalkantılar başlamıştır (Şaylan, 2003, 96). 1929 kriziyle birlikte ayrıca dünya ticaretinde büyük bir daralma meydana gelmiştir. Az gelişmiş ülkelerin ihracatında büyük düşüşler olmuş diğer yandan ihraç malları fiyatlarındaki aşırı düşüşler ihracat gelirlerini büsbütün azaltarak ithalatı yapılmaz hale getirmiştir. 1929 kriziyle siyasi ve ekonomik liberalizmin iyice gözden düşmesi sosyal devlet modelinin ortaya çıkmasını sağlamıştır (Başkaya, 1992, 79).

1920’li yıllarda başlayıp 1929 yılında en yüksek noktasına ulaşan kriz önce ekonomiyi, sonra da sosyo-politik alanı etkilemiştir. Faşizm dünyada yükselen bir kavram olmuş ve İkinci Dünya Savaşı ortaya çıkmıştır. ABD’nin yaşadığı 1929 krizi sonrası devletin ekonomiye kökten müdahaleciliği başlamıştır Keynes tarafından temelleri belirlenen bu dönem ”refah devleti” ya da “sosyal devlet” olarak anılan bir sürecin başlamasına neden olmuştur. Refah devletine kuramsal anlamda en büyük



katkısı Lord John Maynard Keynes yapmıştır. Keynes'in kuramsal çıkış noktası, tam istihdamın kendi kendine işleyen bir otomatik pazar mekanizması ya da Adam Smith'in görünmeyen eli tarafından sağlanacağına yadsınmasıdır. Keynes'e göre toplumda milyonlarca insan, kendi başlarına neyi ne kadar tüketeceklerine ve ne kadar yatırım yapacaklarına karar vermektedir. Görünmeyen elin otomatik olarak tam istihdamı oluşturduğunu varsaymak gerçek dışıdır. Etkin talebin sağlanabilmesi için devletin bilinçli ve tüm ekonomiyi kapsayacak müdahaleleri gereklidir. Etkin talep toplumun tüketim ve yatırım toplamından oluşur. Etkin talebin yüksek olabilmesi için tüketim ve yatırım miktarlarının yüksek olması gerekmektedir. Devlet dolaylı teşvikler sağlamalı, doğrudan doğruya devlet harcamalarıyla talebi yükseltmeli, gerekirse kamu eliyle ucuz kredi vermeli ve doğrudan yatırım yapmalıdır (Şaylan, 2003, 97- 98).

Keynes modern ekonominin, o zamana değin üzerinde hiç kuşkuya düşülmemiş olan ilkelere göre işlemediğini göstermiş ve işlemesiyle ilgili mekanizmaların yeni ve hiç kuşkusuz inandırıcı bir açıklamasını vermiştir (Sezer, 1992, 10).

Keynesçi refah devleti döneminde, devletin kalkınmada öncü rol oynaması, gerekli alt yapı yatırımlarını gerçekleştirmesi, tam istihdamı sağlayıcı ve çalışma ilişkilerini düzenleyici önlemler alması eğitim, konut ve sağlık gibi temel kamu hizmetlerini sunması da yaygın kabul görmüştür (Sallan Gül, 2004, 302).

Sosyal devlet aynı zamanda 1917 Bolşevik Devrimi ile SSCB'nin Kurulu sisteme bir alternatif oluşturmasına karşı bir uygulama olarak açıklanabilir. Bağımsız egemen devlet kavramı kapitalizmin krizini aşmak, ortaya çıkan siyasal ve sosyal sorunlara bir çözüm bulmak amacı ile emek-sermaye ilişkilerinin yeniden düzenlenmesini gerektirmiştir. Devlet ekonomiye giderek artan oranlarda müdahale etmiş, kamu hizmetinin sınırlarını altyapı hizmetlerinin sunulmasından, sağlık, eğitim, sosyal güvenlik mekanizmalarına kadar genişletmiş, toplumsal sınıf ve katmanlar arasındaki eşitsizlikleri ortadan kaldırmaya çalışan bir tavır sergilemiştir. Özetle devlet giderek demokratikleşmeye başlamıştır. Bu demokratikleşme toplumsal sınıfların siyasal iktidarlar üzerinde baskı kurmalarına yol açmıştır. Refah devleti uygulamaları toplumun varsıl kesimlerinden yoksul kesimlerine doğru bir kaynak aktarımına neden olmuştur. Kamunun giderek artan oranlarda toplumsal

kaynaklara el koyması kar hadlerinde düşmeye neden olmuştur. Birikim sürecinin işlerliğinde bozulma ve ekonomik alanda yaşanan kriz giderek toplumsal ve politik yaşamı da etkilemiştir. Sonuç kapitalizmin evrensel gelişme yasasının işleyerek bir yeniden yapılanmanın gündeme gelmesidir (Şaylan, 1995, 9–10). İniş ve çıkışlarıyla 1970'lere kadar getirilebilen refah devleti süreci bu tarihlerde devlet ekonomilerindeki kötüleşme ve petrol krizi nedeniyle çöküntüye uğramıştır.

1970'li yılların ilk yarısında savaş sonrası kapitalist genişlemenin sınırına ulaşılması, sınıf mücadelesinin de 1970'lerin ikinci yarısından başlayarak zayıflaması, sermayenin saldırısına uygun bir zemin yaratmıştır. O zamana kadar yüceltilen devlet müdahaleciliği artık tüm kötülüklerin nedeni sayıldı. Dönemin yeni sloganı da “devleti küçültmekti” (Başkaya, 2004, 16).

### **2.3. Liberalizmden Yeni Liberalizme**

Özgürlük ve serbestlik anlamlarına gelen İngilizce kökenli “liberty” kelimesinden türetilen liberalizm; özgürlüğü savunan bir düşünce olarak tanımlanmaktadır (Aktan, 1995,3). Liberalizm bireyin toplumun özü olduğu hipotezine dayanmaktadır. Gruplar, kurumlar ve devlet birey için var olmuştur. Liberalizm devlet karşısında bireyi ve onun özgürlüğünü ön plana çıkarmaktadır (Özer, 2005, 140).

Liberalizm tarihsel evrim içinde Avrupa'daki toprak soylular (aristokrasi) ile kent soylular (burjuvazi) arasındaki çatışmaya koşut olarak doğmuştur.10. yüzyıldan başlayarak kentlerde gelişen ticaret ve sanayi, varlıklı yeni bir toplumsal sınıfın doğmasına olanak vermiştir. Zamanla kent soylu sınıf ekonomik ve toplumsal açıdan daha da güçlenirken kapalı tarım ekonomisinin yıkılmaya yüz tutması toprak soyluların giderek zayıflamalarına neden olmuş ve uyuşmayan çıkarlar iki sınıf arasındaki çatışmayı kaçınılmaz kılmıştır. Kent soyluların gelişmesine en büyük engel toprak soyluların doğuştan sahip oldukları hukuksal ayrıcalıklardır. Önemli siyasal, askeri, yönetsel ve dinsel görevler onların tekelindeydi. Liberalizm bu koşullar içinde kentsoyluların sorunlarına çözüm getirmek üzere eşitlik ve özgürlük gibi iki büyük ilkeye dayalı olarak doğmuştu. Kentsoyluların ekonomik sorunları bulunmadığı için yasalar önünde hukuksal eşitlik ve kendi düşüncelerini yayıp nasıl bir düzen kuracaklarını anlatabilmeleri, kendilerine yandaş bulabilmeleri için de

özgürlük talep ediyorlardı (Kışlalı, 2006,1). Tarihsel olarak liberal düşüncenin gelişimi 17. yüzyılda İngiltere’de başlamış, ancak liberalizm politik terminolojiye 19. yüzyılda girmiştir (Sallan Gül, 2004,9).

Günümüzde liberalizm, hem bir ekonomik kuram ya da düşünce biçimini hem de genel felsefî bir bakış ya da düşünme türünü ifade eden bir sözcük olarak kullanılmaktadır. Liberalizmin sanayi kapitalizminin çıkarlarını yansıtan bir ekonomi düşüncesi olduğu da söylenebilir. Liberalizm ekonomik düşünceler tarihi içinde ticari kapitalizme ve ticari kapitalizmin ekonomi politikası olan merkantilizme tepki olarak doğmuştur. Liberalizm ile İngiltere ve Fransa’da patlayan sanayi devrimi aynı zamanlıdır ve birbirini tamamlamaktadır (Şaylan, 2003, 47, 60). 18. yüzyılda Batı Avrupa’da kentsoylu sınıf çok hızlı bir gelişme gösterirken, onlarla birlikte ekonomi de, toplum da ve dolayısıyla insanların dünyaya bakışları da değişmeye başladı. Zamanla bu yeni bakış açısına “Aydınlanma Felsefesi”, bu felsefenin doğup geliştiği döneme de “Aydınlanma Çağı” dendi. Fransız düşünür Voltaire’in deyimıyla; “İngiltere’de yurttaşları zenginleştiren ticaret, onların özgürleşmelerine katkıda bulundu ve bu özgürlük de ticareti yaygınlaştırdı; onun sonucunda da devlet büyüdü. Liberal ideolojinin temellerinin atıldığı bu dönemde özgürlük, gelişme ve insan ön plana çıktı (Kışlalı, 2006, 1).

T. Hobbes, J. Locke, J. J. Rousseau, A. Smith, D. Ricardo, C. Montesqueiu, J. Bentham, J. Mill, D. Hume, T. R. Malthus, H. Spencer liberal öğretinin önde gelen temsilcileridir. Hobbes ve Rousseau dışında devlete, devlet müdahaleciliğine şüpheli bakış, bireylerin isteklerine saygı duyulması, bireysel çıkarın her şeyin üstünde tutulduğu akılcı birey anlayışı aydınlanma döneminde ortaya çıkan felsefelerin birçoğunda vardır (Sallan Gül, 2004, 10). İngiliz Locke, liberalizmin ilk temel taşlarını koyan düşünürdür. Uygar topluma geçmeden önce insanlar başkalarına zarar vermeden, egemen olan doğa yasasına uyarak barış içinde yaşarken, iradeleriyle ve “toplum sözleşmesi“ ile uygar topluma geçmişlerdir. Locke’a göre insanların devletlerde birleşmelerinin ve kendilerini yönetim altına koymanın asıl amacı; yaşam ve mülkiyet haklarının korunmasıdır (Kışlalı, 2006, 4). Hobbes doğa durumundaki insanların eşitliğine inanmasının yanında politik iktidarın kalıtsal ya da tanrısal kaynaklı olmasını reddeder. Bireylerin isteklerini gerçekleştirmesinin koşulunun özgürlük olduğunu ve bunun da barışın egemen olduğu bir sivil toplumda güvence

altına alınabileceğini savunur. Montesquieu “güçler ayrımı” kuramı ile siyasal liberalizme katkıda bulunmuştur. Birbirlerini sınırlayan ve dengeleyen güçlerin varlığı durumunda özgürlüklerin var olabileceğini savunur. Rousseau’ya göre halk iktidarı doğrudan kullanılmalıdır ve güç tüm insanlara eşit olarak dağıtılmalıdır. Servet eşitliği de dahil, eşitliği savunduğundan bu noktada liberal düşünürlerden ayrılıp toplumcu düşünceye yakınlaşmaktadır. Spencer’e göre devlet adaleti gerçekleştirmenin dışında hiçbir işe karışmamalı; tarım, bayındırlık, milli eğitim gibi alanlar özel girişime bırakılmalıdır (Kışlalı, 2006, 3).

Adam Smith ekonomik liberalizmin kapitalizmi hızla geliştirdiği bir dönemin düşünürüydü. Smith insanların zengin olmak için özgür bir biçimde çaba göstermelerini her türlü ilerlemenin koşulu olarak görüyordu. Böylece insan, kendi çıkarı için çalışırken toplumun gelişmesine hizmet etmiş olmaktadır. Adam Smith’e göre “görünmeyen el “ kuramı toplumdaki dengeyi sağlamakta ve bütünleşmeyi çabuklaştırmaktadır (Özalp, 2006, 2).

Uygulanmaya başlayan yeni liberal politikalar geçen yüzyılın klasik liberalizminden çok farklıdır. Klasik liberalizm esas olarak iyimserdir ve insana soyut olarak büyük bir güven duyar. Klasik liberalizm, bugüne uzanan zaman çizgisi içinde çağdaş demokrasinin gelişmesine çok önemli katkılar sağlamıştır. Bu bakımdan yeni liberalizmle klasik liberalizmi aynı kefeye koymak pek mümkün gözükmemektedir (Şaylan, 2003, 95).

Az gelişmiş ülkeler yeni-liberal politikaları kolaylıkla benimserler. Bu durumu kolaylaştıran bazı etmenlerden söz edilebilir. Özellikle bu ülkelerin büyük bir çoğunluğu 1970’lerin sonuna doğru aşırı bir borç yükü altına girmişlerdir. Yeni-liberal politikaların uygulanmasıyla beraber borçlar ertelenmeye ve yeni krediler açılmaya başlanmıştır. Eğer bu ülkeler belli bir büyüme oranı sağlayabilirlerse bu borçluluk sorununun kontrolünün ele geçirileceği ve ticaretinde giderek artmasının sorunu aşmalarına yardımcı olacağı ileri sürülmektedir (Başkaya, 1992, 42).

İkinci etmen de bu ülkelerdeki batıcı azınlıkların bir egemen sınıf olarak sınıflarının bilincine varmış olmalarıdır. İleri sürülen görüşlere göre bu azınlıklar sonuçları problemlili projelerin peşinde koşmaktansa sınıfsal çıkarlarının gerektirdiği yolda ilerlemeyi tercih etmişler ve yeni-liberal sloganları benimsemişlerdir. Yeni-liberal politikaların benimsenmesinin başka bir nedenin de küreselleşme olduğu

bilinmektedir. Küreselleşme sermayenin uluslar arasılaşması ve çok uluslu şirketlerin dünya ölçeğinde sağladığı etkinlikle ilgilidir (Başkaya, 1992, 42- 43).

Sungur Savran yeni liberalizmin üç ana ögesini vurgular:

**(1)** “Yeni Liberalizm, emperyalist ve az gelişmiş ülke burjuvazilerinin ortak çıkarı doğrultusunda, bütün dünyanın işçi ve emekçi sınıflarının tarihsel kazanımına yönelik bir taarruzun adıdır. Amacı, her türlü dayanışmacı kurumu ve işçilerin kolektif savunma örgütleri olan sendikaları tırpanlayarak, işçileri ve emekçileri birbirinden koparmak, aralarındaki rekabeti kızıştırmak ve her birini yalnızlaştırmaktır. Yani yeni liberal piyasacılık ve özelleştirmecilik bir sınıf politikasıdır. **(2)** Yeni liberalizm, özellikle küreselleşme politikası, emperyalist, çok uluslu sermayenin dünya çapındaki dizginsiz hareketinin önündeki bütün engelleri temizleme yoluyla, emperyalizmin üçüncü dünya olarak anılan bağımlı, az gelişmiş ülkeler üzerindeki hâkimiyetini pekiştirmeyi ve derinleştirmeyi amaçlar. Yani yeni liberal küreselleşmecilik emperyalist bir politikadır. **(3)** Yeni liberalizm, yalnızca işçi ve emekçilerin ve emperyalizmin ezdiği halkların direnişini kırmayı değil, aynı zamanda kolektif ve planlamaya dayanan bütün çözümlerin reddi yoluyla, sosyalizmin geçmişte kazanmış olduğu mevzileri kapitalizmin restorasyonu yoluyla ortadan kaldırmayı da hedefler. Yani, yeni liberalizm burjuvazinin ideolojik bir taarruzudur” (Savran, 1996, 13 -14).

Küreselleşme olgusunun ortaya çıkardığı süreç içerisinde Keynesyen politikaların gözden düşmesiyle birlikte yukarıda tanımları yapılan yeni liberal politikalar üstünlük kazanmıştır. Kapitalizmin içine itildiği yapısal krize sorumlu arayışları hızlanmıştır. Olumsuzluğun asıl nedeni bazı görüşlere göre piyasanın normal ve kendiliğinden işleyiş ortamından uzaklaşmış olmasıdır. İlginç olan ise, bir önceki dönemde hastalığı tedavi etme amacı taşıyan ilacın, artık hastalığın başlıca nedeni olarak görülmesidir. Yeni-liberal yaklaşımlara göre, krizin gerisinde devletin ekonomiye müdahalelerinin aşırıya vardırılmış olması yatmaktadır. Öncelikle devlet yeni-liberallere göre aşırı kaynak kullanmakta ve kaynakları israf etmektedir. Ayrıca devlet çok büyüdüğü için özel girişimleri de engeller hale gelmiştir. Üzerinde durulan bir başka konu da, işçi örgütlerinin işgücü piyasasında esnekliği ortadan kaldırmasına ilişkindir. Buna göre konfederasyonlar ve büyük sendikalar biçiminde örgütlenen işçi sınıfı, işgücü piyasasında bir tekel oluşturarak ve aşırı isteklerde ısrar

ederek, ücretleri yukarıya çekmekte, ücret-verimlilik dengesini bozmakta ve daha çok işçinin istihdam edilmesini engellemektedir. Bu yüzden de devlet asgari harcamalar dışında küçülmelidir, refah devleti anlayışından uzaklaşmalıdır. Yeni-liberallerin uygulayacakları politikalar da şunlar olacaktır: Vergilerin azaltılması, devletin ekonomiye müdahalesinin en aza indirilmesi, kısıtlayıcı para politikası, piyasanın serbest işleyişini engelleyen nedenlerin ortadan kaldırılması, korumacılığın kaldırılması ve özelleştirme (Başkaya, 1992, 140 -142).

Yeni liberalizm, 1980'lerden itibaren tüm dünyada egemen olan yeni sağ ideolojinin en önemli dayanaklarından biridir. Bir yandan ekonominin ve sermayenin küreselleşmesi, yeni dünya düzeni ile bütünleşme ve özelleştirme gibi ekonomik söylemlerle diğer yandan da devletin ve politik alanın geri çekilmesi, serbest piyasa sisteminin tam egemenliğini kurması, sivil toplumculuk ve yerel topluluklara dönüş gibi politik söylemlerle hem ulusal hem de uluslar arası alanda başat bir ideoloji haline gelmiştir (Sallan Gül, 2004, 1).

Yeni liberal politikalar, küreselleşme ve yeni dünya düzeniyle bütünleşmenin bir gereği olarak ülke deneyimlerinde “Reaganizm” “Thatcherizm” ve “Özalizm” gibi farklı adlandırmalarla ulusal düzeyde meşruiyetleri güçlendirilip, gelecek iktidarlara bir siyasi miras olarak bırakılmıştır. Bu dönemlerde Keynesci refah politikaları terk edilerek, serbest piyasa temelli kişisel sorumluluğu ön plana çıkaran ve refah programlarından yararlananları çalışmaya zorlayan politikalar uygulanmaya konmuştur. Türkiye’de yeni liberal politikalar 1980 yılında askeri iktidar döneminde başlatılmış ve Özal iktidarları döneminde ekonomik ve toplumsal yapının dönüştürülmesinde temel alınmıştır. Yeni liberal refah modelinde, piyasa-devlet ilişkilerinde serbest piyasa sisteminin temel alınması, devletin küçültülmesi, kamu harcamalarının azaltılması ve böylece devlet müdahaleciliğinin ortadan kaldırılarak bireysel özgürlüğün garanti edilmesi amaçlanmıştır. Serbest piyasa sisteminin ilkeleri tüm ilişkilerin belirleyicisi olarak kabul edilmiştir (Sallan Gül, 2004, 306).

#### **2.4. Küreselleşme**

Küresel terimi seksenli yılların başlarında Theodore Levitt (1983) tarafından firmaların ürünlerini tüm dünyada pazarladıkları “tek dünya pazarı” anlamında kullanılmıştır.

Bir kavram olarak küreselleşme, toplumsal ve ekonomik ilişkilerin dünya çapında gittikçe güçlenmesine ve bu süreçte dünyanın herhangi bir yöresinde olup bitenlerin, dünyanın diğer yörelerinde olup bitenlerden etkilendiği gerçeğini yansıtıyor. Bu anlamıyla küreselleşme; toplumsal, ekonomik kurum ve yapılar arasındaki farklılıkların gitgide azaldığı tarihsel bir süreç anlamına geliyor (Koç, 2003, 53).

Küreselleşme kavramı uluslararası süreçleri açıklamada ve betimlemede anahtar sözcük durumundadır. Günümüzde oluşturulmaya çalışılan yeni dünya düzeninde anlamını bulmaktadır. Bugün tüm dünyada yeni bir yapılanma söz konusudur. Yeniden yapılanmaya çalışan ve yeni dünya düzeni olarak düşünülen küreselleşme süreci hem ekonomik hem de siyasi bir içerik taşımaktadır. Bu sistemin çalıştırılması için hem içsel (ulusal), hem de dışsal (uluslararası) aktörlerin uzlaşması gerekmektedir (Karaman, 1995, 43).

Küreselleşme süreci genelde, uluslararası ilişkilerde her zaman yer alan ve çeşitli nedenlerle ortaya çıkan çelişkilerin, gerginliklerin, bunalımların ve çatışmaların giderilebileceği bir model olarak düşünülmektedir. Oysa bazı görüşlere göre küreselleşmeyi sorunları sıfırlayan bir model olarak düşünmek yanlıştır. Ancak küreselleşme içinde uzlaşma olgusunu bulmak mümkündür. Bu bağlamda ulus üstü hedef ve ilkelerin belirlenmesi ve uygulanmasının sağlanması önem taşımaktadır. Yeniden yapılanma veya küreselleşme süreci içinde dünya düzeyinde geniş çaplı bütünleşme hareketleri ortaya çıkmaktadır. Böylece dünyanın tek bir ekonomik birim olarak algılanması düşüncesinden vazgeçilir. Küreselleşme tarih boyunca özellikle ekonomik bir araç olarak kullanılan emperyalizmin, bugün daha öne çıkarak ekonomik anlamda daha yayılmacı bir sürece dönüşmesidir (Karaman, 1995, 44- 45).

Küreselleşme; ulusal stratejileri kökten reformlarla anlamsızlaştırmak ve uluslararası piyasaların yaptırımları karşısında ulusal stratejilerin tutunamayacaklarını ima etmek anlamına gelmektedir (Tutar, 2000, 18).

Birgül Ayman Güler'e göre küreselleşme taraftarlarının düşüncesi şudur: "Kendi başına ve genel olarak devlet, ama özellikle ulus-devlet demokratikleşme sürecinin en önemli engelidir. İçeride dönük kapalı ulusal devlet çatısı, kendi alanında kurallarını kendisi koymaktadır. Bu kabuk, anti-demokratik ve baskıcı siyasal rejimin dayanaklarından biridir. Küreselleşme kabuğun kırılmasını ve böylece

demokratikleşmenin önündeki engelin kaldırılmasını sağlayacaktır. Başka bir yararı ise, dünyanın farklı bölgelerinde yoğunlaşmış olan zenginlikten pay alma fırsatlarını açmasıdır. Küreselleşme tek başına yerli diktatörlükleri önlemekle kalmayacak, azgelişmişliği aşmayı da sağlayacaktır. Bu sürece karşı çıkacak birilerini bulmak hayli güçtür ve küreselleşmenin görmezlikten gelinmesi mümkün değildir. Küreselleşme sürecinde gelişmiş ülkelerin yüksek tüketim ve konfor kalıpları yaygınlaştırılarak, dünyanın her yerinde günlük yaşam kolaylaştırılmakta ve renklendirilmektedir” (Güler, 2005, 85).

Dünyayı büyük bir köy haline getiren küreselleşme süreci bazı azgelişmiş ülkeleri Batı'nın banliyöleri haline getirmiştir ve bunların merkez ile bütünleşmeleri gerekmektedir. Bu bütünleşme merkezdeki refahı paylaşmak ve demokrasiye ulaşmak için gereklidir. Bunun için de azgelişmiş ülkelerin yapması gereken, piyasa ekonomisi kurallarını işletmek ve öngördüğü korumacı duvarları yıkmaktır. Azgelişmiş ülkelerde piyasa ekonomisinin önündeki başlıca engel kamu ekonomisidir. Korumacı duvarların başlıca koruyucusu ise devlettir. Küreselleşme süreci içerisinde de devlet aygıtını, genişletmek ve bu aygıtı öncülük misyonu yüklemek değil, devlet aygıtını küçültmek, daraltmak ve bu aygıtı ardıç bir konuma yerleştirmek hedeflenmektedir (Güler, 2005, 84).

Turgut Tan küreselleşme politikalarının üç ana ögesini vurgular. Bunlardan ilki kamu kesiminin daralması, ikincisi devletin rolünün yeniden tanımlanması ve sonuncusu da kamu kesiminin etken hale getirilmesidir. Bu hedeflere ulaşmada değişik stratejiler öngörülmektedir. İlk hedefe ulaşmak için kamu giderlerini ve kamu personelinin sayısını azaltmak, özelleştirme ve mali reformları yaymak gerekirken ikinci hedef için hukuki düzenlemelerin azaltılması refah devletinin kurumsallaşmaktan çıkarılması gerekmektedir. Üçüncü hedef için ise özelleştirme, kamuda özel sektörün işletmecilik yöntemlerinin kabulü ve bütçe reformlarının gerçekleştirilmesi gerekmektedir (Tan, 1988, 73).

Küreselleşme olgusu aslında uzun yıllardır kendini hissettiren bir gelişmedir. Uluslararası politikayı kökten etkileyecek ögeler taşıyan bütünleşme düşüncesi iletişim devrimiyle hız kazanmıştır. Bütünleşme düşüncesini güçlendiren ikinci unsur ise ekonomik karşılıklı bağımlılığın artması olmuştur. Piyasa ekonomilerinin kabul görmesiyle yaygınlaşan çok uluslu şirketler ve ülkeler arası işbirliği beraberinde AB



ve Kuzey Amerika Serbest Ticaret Bölgesi (NAFTA) gibi, bütünleşme amacına yönelik uluslar üstü ve uluslararası örgütlemeleri de getirmiştir. Milletler Cemiyeti ile başlayıp Birleşmiş Milletler bünyesinde devam eden saldırganlığa karşı dayanışma fikri güvenlik alanında da bir karşılıklı bağımlılık düşüncesini üçüncü etmen olarak güçlendirmiştir. Bütünleşmeye ilişkin bir dördüncü etmen de fikirlerin bütünleşmesidir. Bilgi çağına doğru hızla yönelen uluslararası toplumda artık fikirler tarihte hiç olmadığı kadar hızlı ve serbest akmaktadır (Sönmezoğlu, 1996, 11).

Görüldüğü üzere küreselleşme süreci ulus devletin konumunu ciddi bir şekilde sarsmıştır. Zaten güçsüz olan ve sağlam bir ekonomik temele dayanmayan az gelişmiş ülke devletleri, yeni dönemde çok uluslu şirketlerin yeni stratejisine uyum sağlamaya çalışmaktadırlar (Başkaya, 1992, 43).

### 3. YENİ KAMU YÖNETİMİ ANLAYIŞI VE YENİ KAMU YÖNETİMİ ANLAYIŞININ TÜRKİYE'YE YANSIMALARI

Araştırmanın bu bölümü ; “Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı”, “Küreselleşmenin Kamu Yönetimi Üzerindeki Etkileri”, “Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Türkiye'ye Yansımaları” alt başlıkları altında incelenmiştir.

#### 3.1. Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı

Kamu sektörü 1980’li yıllarda yaşanan ekonomik ve siyasal gelişmelerin etkisiyle üzerinde en çok konuşulan ve düşünce üretilen konulardan olmuştur. 1970’lerin ekonomik krizi, hükümetlerin sosyal ve ekonomik yaşamdaki farklı ideolojik algılanışı, Keynesyen ekonomi yönetimi ve savaş sonrası evrensel refah devleti üzerindeki görüşlerin yıkılması, refah devletinden sosyal hizmetlere yönelik taleplerin artması kamu sektörü üzerinde düşünmeyi zorunlu kılmaktaydı. Bunun sonucunda sık sık mali krizlerin görülmesi, ekonomiyi geliştirmek için en uygun kurum ve tekniklerin araştırılması, hantal, bürokratik, zorlayıcı idari yapılar içinde etkinlik ve verimliliğin arttırılması çabaları bu dönemde üzerinde yoğun olarak tartışılan konuların başında gelmiştir.

Bu sürecin tartışmaları geçmiş dönemin tartışmalarından biraz farklılaşmıştır. Kamu sektöründe hedeflenen küçültülmeden sonra, kamu sektörünün nasıl daha iyi yönetilebileceği ve küçültülmüş kamu sektörüyle oluşacak verimli yönetimin gerçekleşmesi sorunu üzerinde durulmuştur. Kamu sektörüne bugün ayrılan kaynaklar geçmişe göre daha sınırlı olduğundan etkin ve verimli kullanılmaları gerekmektedir. Bu da yönetimleri küçülen kamu sektörüne uygun pratikler, yapılar, teknikler ve fikirleri araştırmaya yönelmektedir. Kamu sektörü dünyada yaşanan gelişmelerden etkilenmektedir. Piyasa koşullarına uygun, bürokrasinin olmadığı, hizmetten yararlananların müşteri olarak değerlendirildiği bir kamusal yapının en ideal olacağı düşünülmektedir. Bu yaklaşım **Yeni Kamu Yönetimi (YKY) düşüncesi ya da anlayışı** olarak adlandırılmaktadır (Özer, 2005, 220).

##### 3.1.1. Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Gelişimi

Yeni kamu yönetimi anlayışının ortaya çıkmasını sağlayan en önemli ideoloji liberalizmdir.1980’lerden günümüze değin birçok gelişmiş ülkede kamu yönetiminde

önemli bir dönüşüm yaşanmaktadır. Katı, hiyerarşik ve bürokratik kamu yönetimi, esnek piyasa tabanlı kamu yönetimine dönüştürülmektedir. Bu kamu yönetiminde bir paradigma (değerler dizisi) değişikliğidir. Paradigma, en kısa şekliyle dünyayı algılamak ve anlamak için gerekli olan zihinsel düşünce tarzı olarak tanımlanmaktadır. Yeni kamu yönetimi anlayışı geleneksel kamu yönetiminin sınırlılıklarına, ilkelerine ve doğasını karşı bir konumdadır (Özer, 2005, 221).

İki kutuplu dünyanın tek kutuplu dünyaya indirgenmesi dünyanın yeni bir sürece girmesine neden olmuştur. Yeni dünyada değişen siyasal yapıların yanında iktidar modellerinde de değişimler meydana gelmiştir. Küreselleşme devlet egemenliğinin bölünmez olmadığını ve uluslararası organlarla paylaşılabilceğini savunmaktadır. Egemenlik kavramı yeniden yapılandırılarak egemenliğin sadece merkezi otoriteye ait olduğu savı terk edilmeye başlanmıştır. Merkez odaklı yönetimlerin iflası ve bunu yoğun bir biçimde uygulayan Doğu Bloğu ülkelerinin yeni çözümler araştırmaları yeniden yapılanma reformlarını gündeme getirmiştir (Kutbay, 2003, 21).

Yeni dünyada gözlenen, siyasal yapılarla birlikte iktidar modellerindeki bu değişimler birçok ülkede farklı zaman ve çerçeveler içinde oluşmuşsa da ortak yanları vardır. Bu ortak temalar OECD Kamu Sektörü Grubu tarafından “Convergence” olarak adlandırılmaktadır. Bir noktaya yönelen, aynı yönde birbirine yaklaşan kamu yönetimini ifade etmektedir. Bu teorinin ana görüşü tüm batı ülkelerinde kamu reformu çalışmalarının aynı yönde geliştiğidir. Bu eğilim ise Hood tarafından “Yeni Kamu Yönetimi” adıyla bir paradigmada odaklanmaktadır. Bu paradigma ABD’de “Reinventing Government” yani “Devleti yeni icat etmek” olarak tanımlanmıştır.

Paradigmanın ortak öğeleri şunlardır (Atun, 2001, 1148):

- (1) Hizmet kalitesini arttırmak
- (2) Verimliliği arttırmak
- (3) Etkililiği arttırmak
- (4) Kişi ve hizmet kurallarına odaklılık
- (5) Daha çok pazar mekanizmalarını kullanmak
- (6) Performans yönetimi.

Yeni kamu yönetimi paradigmasında savunulan yönetim şekli ayrıcalıksız tüm kamu kuruluşlarına uygulanmakta, bunların başında da sağlık kuruluşları gelmektedir. Sağlık sektöründe amaçlanan değişim çalışmalarının diğer kamu sektörlerinden bir farkı yoktur. Burada, diğer sektörlerden farklı olarak hakkaniyet önemli bir amaç olarak ileri sürülebilir. Yıllardır uygulanan politikalara ve yapılan harcamalara rağmen sağlıkta zengin yoksul ayrımı olanca ağırlığıyla sürmektedir.

Geleneksel kamu yönetimi ve kamu politikalarında; siyasal iktidarlar, sorunların tek çözüm yerleri olarak görülmüştür. 1970'lerden itibaren hükümetler ciddi mali krizlerle karşı karşıya kalınca, tüm dünyada devletin klasik sınırlarına dönmesi, verimlilik esasına göre örgütlenmesi ve özel sektör değerlerinin, tekniklerinin kamu sektöründe kullanılması gündeme gelmiştir.

### **3.1.2. Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Özellikleri**

1980'lerde ekonomi teorileri (kamu tercihi, sorumluluk, işlem-maliyet teorisi) kamu sektörüne yönelik saldırılarda, politik ve ideolojik bir alt yapı hazırlamışlar, yeni alternatifler geliştirmişler ve piyasanın çözümlerini gündeme getirmişlerdir. Bunların sonucunda ekonomik düşünce, kamu sektöründe geleneksel kamu yönetimi anlayışının yerini almaya başlamıştır. Küresel dünya ekonomisinde 1990'larda görülen yeni-liberal gelişmeler yeni kamu yönetimi anlayışının oluşmasına, yeni sağ ve yeni muhafazakâr politikaların gelişmesine neden olmuştur (Özer, 2005, 233).

Yeni kamu yönetimi anlayışı; geleneksel kamu yönetiminin geniş ölçekli, hiyerarşik örgütlenmiş bürokrasisini reddetmiş, ademi merkeziyetçilik, yetki devri, rekabet, tercih imkanı, müşteri merkezilik ve esneklik gibi değerleri gündeme getirmiştir. Bu yönüyle yeni kamu yönetimi anlayışının temel değer olarak eşitliği ve bu değeri elde etmek için de katılımcılığı benimsediği söylenebilir. Yeni kamu yönetimi anlayışının bazı özellikleri şunlardır. Kamunun rolünü sorgulayıp yeniden tanımlamak, piyasayı yönetim için bir model olarak görmek, kamu hizmetlerini rekabet ortamında alternatif yöntemlerle sunmak, bürokrasiyle mücadele etmek, aşırı merkeziyetçi ve hiyerarşik yönetim yapılarını yerellik anlayışıyla değiştirmek, hizmet sunumunu kullananlara en yakın yerden gerçekleştirmektir. Ayrıca; esnek bir yapı sunmak, kamusal sorumluluğun yeniden dağılımını ve yönetime yeni aktörlerin katılımını sağlamak, özel sektörce uygulanan bazı yönetim tekniklerinin kamuda

kullanılmasının önünü açmak, etkinliğe ve verimliliğe önem vermek, performansı arttırmak, kaynak kullanımında daha fazla disiplin sağlamak ve kaliteyi en üst seviyeye çıkarmaktır (Özer, 2005, 242).

**Çizelge 1: Yeni Kamu Yönetimi Düşüncesinin Doktrinel Parçaları (Özer, 2005, 248).**

<b>DOKTRİN</b>	<b>ANLAMI</b>	<b>TİPİK GEREKLİLİKLERİ</b>
1.Kamu sektöründe profesyonel yönetim.	Örgütleri en üst seviyede aktif, görünür, açık, zeki kişilerce rahat, serbest bir şekilde yönetilmeli.	Sorumluluk gücün yayılmasını, dağılmasını değil, faaliyetlerin ve sorumluluğun da açık görevlendirilmeleri gerekiyor.
2.Performansı ölçmek ve standartları belirginleştirmek	Hedeflerin, amaçların, başarı göstergelerinin özellikle profesyonel hizmetlere dönük ve rakamsal olması.	Sorumluluk hedeflerin açık ifade edilmesini verimlilik ise amaçlara çok ciddi bakılmasını gerektiriyor.
3. Çıktı kontrolüne büyük vurgu yapmak	Ölçülmüş performanslara göre kaynak tahsisi ve ödüllendirme olmalı, merkezi bürokrasi ve geniş personel sistemi kurulmalı	Bu durum vurgunun daha çok süreçler üzerinde değil sonuçlar üzerinde olmasını gerektiriyor.
4. Kamu sektöründe ayrışmaları ortadan kaldırmak.	Resmi bütüncül birimler kaldırılmalı merkezileşmemiş bütçe ile çalışılmalı, ürünlerle ilgili birleşik birimlerde u-form (birleşik belge) sistemine geçilmeli	Yönetilebilir birimlere ihtiyaç var. Bölümleri ve üretim çıkarlarını ayırmak, sözleşme kullanmanın avantajından yararlanmak gerekiyor. Bu durum imtiyaz şeklinde düzenlemeleri gerektiriyor.
5. Kamu sektöründe rekabetin önünü açmak.	Dönem sözleşmeciliği kullanılmalı, kamu borçlanma süreçleri yeniden belirlenmeli.	Düşük maliyet ve iyi standart için rekabetin kurallarının belirlenmesi gerekiyor.
6.Yönetim pratikleriyle ilgili özel sektör stillerine vurgu yapmak.	Kamu hizmeti etiğinde askeri stilden uzaklaşarak kiralama ve ödül sistemi gibi esnek yöntemlere başvurulmalı.	Özel sektör yönetim araçlarının kamuda kullanılabileceğinin ispatı gerekiyor.
7. Kaynak kullanımında büyük disiplin ve tasarruf yapmak.	Doğrudan maliyetler düşürülmeli, işgücü emek disiplini arttırılmalı, sendikalara direnç gösterilmeli, uyum maliyetleri azaltılmalı.	Kamu sektörünün kaynak taleplerini Kontrol etme ihtiyacı var. Mümkün olduğunca bu talebi azaltmak gerekiyor.

### 3.1.3.Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Yayılışı

Kamu sektörünün gelişmesine karşı çıkan hareket 1970'lerden sonra güç kazanmaya başlamıştır. Batı Avrupa ve Kuzey Amerika ülkelerindeki muhafazakâr hükümetlerin siyasal çekilme politikaları daha sonraları Avusturya ve Yeni Zelanda

gibi bazı sosyal demokrat yönetimleri de etkilemiştir. Siyasal iktidarlar; vergileri azaltmak, kamu mülkiyetini özelleştirmek, kaynak dağılımında piyasaya öncelik vermek, özel sektör girişimcilerine yetki aktarmak, kamu personeli sayısını ve bunlarla ilgili harcamaları azaltmak ve tasarrufa yönelik verimlilik çalışmaları başlatmak amacıyla çeşitli tedbirler almışlardır. Bu girişimler sonucu oluşan anlayışın kamu bürokrasisine yansımaları ise yeni kamu yönetimi düşüncesi ile olmuştur. Geleneksel kamu yönetiminin eksiklikleri karşısında gündeme gelen anlayış, kamu sektörünün nasıl çalışacağına yön vermek amacıyla tartışmalarda ön plana çıkmıştır. Gündeme getirdiği girişimci yönetim, piyasa tabanlı kamu yönetimi, sözleşmecilik uygulamaları gibi düşüncelerle oldukça popüler olmuştur (Özer, 2005, 262).

Son yıllarda yayınlanan OECD raporlarında, yeni kamu yönetimi düşüncesinin kamu hizmetlerinin organizasyonu ve kontrolünde dünya çapında bir paradigma değişimini içerdiği ve bundan dolayı hızlı bir şekilde dünya çapında yayıldığı belirtilmektedir. Genel olarak yeni kamu yönetimi anlayışının kamu hizmetlerinde yenilik ve kökten değişiklik getirdiği konusunda fikir birliği bulunmaktadır. Geleneksel kamu yönetiminden yeni kamu yönetimine geçiş derin bir ideolojik süreç olarak görülmekte ve bu süreçte güç, kültür, denetim, sorumluluk ilişkileri dönüşüme uğramaktadır. Yeni kamu yönetimi düşüncesinin dünyaya yayılışında ABD, İngiltere, Avustralya, Kanada ve Yeni Zelanda gibi Anglo-Amerikan ülkeleri ekonomik ve yönetsel reform programları ile öncü olmuşlardır. Yalnızca muhafazakâr değil, sosyal demokrat yönetimler de 1980 ve 1990'lı yılların başında karar verme, bütçeleme, insan kaynakları yönetimi, bilgi teknolojisi gibi alanlarda yönetsel reform programları uygulamışlardır. Yeni kamu yönetimi anlayışının uygulanışı ülkeden ülkeye değişebilmektedir. İngiltere'de devletin rolünün ve hacminin küçültülmesine çalışılırken Avustralya, Fransa ve İskandinavya ülkelerinde ise reformlar yönetimin ve devletin yasallığını korumak için yapılmaktadır (Özer, 2005, 265).

### **3.2. Küreselleşmenin Kamu Yönetimi Üzerindeki Etkileri**

İkinci Dünya Savaşından sonra kapitalist ekonominin yaşadığı büyüme ve genişleme eğilimi tıkanma sürecine girmiş ve kar oranlarında düşüş yaşanmıştır. Bu

nedenle ulusal ekonomiler arasındaki bölünmelere son verilerek, dünya çapında açıklık politikasına geçilmesi gündeme gelmiştir. 1970'lerde krizle karşı karşıya kalan dünya ekonomisi, küreselleşme ideolojisinin ortaya çıkmasına neden olmuştur (Özdek, 1999, 26–27).

Bu süreçte küreselleşme, iktisadi, siyasi, sosyal ve kültürel alanlarda bazı ortak değerlerin yerel ve milli sınırları aşarak dünya çapında yayılmasını ifade eden bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (Aktan, 1999, 120). Küreselleşme kavramının yükselişi, 1980'den bu yana dışa açılma politikalarının uygulanmasıyla ivme kazanan uluslar arasılaşma sürecine, dünya çapında mali piyasaların ve sermaye hareketlerinin serbestleştirilmeye başlamasına ve yeni-liberal programın bütün dünyaya yayılmasına denk düşmektedir (Özdek, 1999, 26). Bu süreçle birlikte ulusların arasındaki her türlü sınırın kalkması ve hızlı değişim birlikte olmaktadır. Artık bilgi çağı ile ulusların arasındaki sınırların etkisi azalmakta ve ekonomik faaliyetler ülkelerle sınırlı kalmayıp tüm dünyayı kapsayan boyutlara ulaşmaktadır (Özer, 2005, 353).

Değişimin böylesine hızlı olduğu ortamda küreselleşme modern devletin niteliğinde de büyük değişimlere yol açmaktadır. Uluslararası Para Fonu, Dünya Bankası ve Dünya Ticaret Örgütü gibi kuruluşlar, ulus devletlerin yönetim sistemlerini etkileyen bağlayıcı kararlar almaktadırlar. Modern devlet içindeki sınır içi ve sınır ötesi konular ele alınırken küresel çevre ve çevresel sürdürülebilirlik gibi konularda işbirliğine gidilmektedir. Artık hükümetler özel sektörün ortakları ve destekçileri olarak toplumda daha etkin olmaya başlamışlardır. Bu şekilde yönetsel devletin bir refah devletinden bir şirketleşmiş devlete ya da girişimci devlete dönüşmesi süreci başlamıştır (Aksoy, 1995, 159).

Bu süreçte küreselleşmenin ve büyük değişim rüzgârının kamu yönetimi uygulamasındaki etkileri ise oldukça şiddetli olmuştur. Özelleştirme ve devletin küçültülmesi, kamu hizmeti anlayışındaki değişim, yerelleşme devletin yeniden yapılanması, kamu yönetiminde işletmecilik anlayışı, sonuca yönelik yönetim ve performansa göre ödeme uygulamaları tartışılmaya ve uygulanmaya başlanmıştır (Emre, 1998, 46).

Kamu yönetimi küreselleşmeden şu ana noktalarda etkilenmiştir (Özer, 2005, 356):

(1) Küreselleşme sürecinde özel kesim lehine, kamu ve özel kesim alanlarında ciddi dönüşümler olmaktadır. Devlet ve kamu kesiminin kaynaklarının dağılımı, refahın adil paylaşımı, ekonominin istikrarı, ekonomik gelişme gibi alanlardaki öncü ekonomik rolü, küreselleşen şirket seçkinleri tarafından geçersiz kılınmaktadır.

(2) Günümüzde devlet ve kamu yönetiminin niteliğinde ve faaliyetlerinde sivil olmayan yönetimden sivil yönetime doğru büyük bir değişim yaşanmaktadır. Kamu yönetimi sermaye birikimini kolaylaştıracak biçimde sivil olmayan yönetimden kamunun sivil yönetimine dönüşmektedir. Dengeleyici yönetsel devletin yerini şirketleşmiş bir zora dayalı devlet almaktadır.

(3) Küreselleşen devlet kamu yönetimini çok iş yapmaya zorlamaktadır. Özel sektörden gelen yetersizlik iddiaları yüzünden kamu yöneticileri psikolojik baskı altında bulunmaktadır.

(4) Profesyonelleşme kamusal hizmet alanına, küresel düzeyde kurumsal, moral ve ahlaksal ölçütler getirmektedir.

(5) Küreselleşme sürecinde özelleştirme teşvik edilirken, yolsuzluk ve rüşvetle mücadele özendirilmektedir. Kamu yönetiminin yurttaşları tüketiciler olarak gören piyasa temelli kavramlara ve yaklaşımlara karşı çıkması gerektiği belirtilmektedir.

(6) Küreselleşme elitizmi yüceltmektedir ve her biri bağımlı şirket, ya da uluslararası şirketlerin ajanı olarak faaliyet yürüten iş adamı, yönetici gibi seçkinleri zenginleştirmektedir.

(7) Küreselleşme insanların yaşamlarını etkileyen çok önemli kararların alınmasında, yurttaşların katılımcı rollerini ve kamu yöneticilerini dışarıda bırakmak suretiyle yerel yaşamlarını tehdit etmektedir.

(8) Küreselleştirme sürecinde kamu yönetimi ve ilgili alanlarda karşılaştırmalı ve uluslararası gibi alt disiplinlerini de kapsayan bilgi gelişmesi olmaktadır.

(9) Küreselleşme başka halklar, kültürler ve kamu yönetimleri konusunda bilgilenmeyi sağlamak ve kişilere zengin yönetim geleneklerini tanıma fırsatı vermektedir.



(10) Küreselleşme kamu yönetimi topluluğunda insan bilincine yönelik bir karşı çıkış olarak değerlendirilmektedir. Küresel topluluğun profesyonel yurttaşları, küresel topluluğun her köşesinde neler olup bittiğini gözlemleme ve araştırma olanağına ve sorumluluğuna sahiptirler.

(11) Küresel topluluğun çıkarlarının koruyucuları olarak gelişmiş ve az gelişmiş ülkelerdeki kamu yöneticileri, ahlaklı davranmak üzere küresel bir sorumluluk taşımaktadırlar. Bütün dünyada küreselleşme süreci kamu yönetimini bu şekilde etkilemektedir.

### **3.3. Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Türkiye'ye Yansımaları**

Yeni kamu yönetimi anlayışının Türkiye'ye yansımaları; kamu hizmetlerinin özelleştirilmesi, devleti küçültme, devlet mekanizmasının işleyişine piyasa kurallarını egemen kılma şeklinde olmuştur. Kamu yönetimini yeniden yapılandırma çalışmaları yönetime idari reformlar şeklinde yansırken, merkezi ve yerel yönetimlerin görev alanlarındaki köklü değişikliklere temel oluşturan kamu yönetimi reformu ve reformların somutlaştığı yasa tasarıları bu başlık altında incelenmiştir.

#### **3.3.1. Özelleştirme**

Yeni-liberal politikaların en temel yöntemlerinden olan özelleştirme; 1980'lerden itibaren tüm dünyada, sorunların çözümü olarak sunulmakta ve yaygın olarak uygulama alanı bulmaktadır.

Küreselleşme, devletin ekonomiye müdahale anlayışını piyasa lehine değiştirirken, bu değişikliğin kamu hizmetlerine yansması, kamu hizmetlerinin özelleştirilmesi ve kamu hizmet alanlarının hükümet dışı örgütler olarak da adlandırılan sivil toplum kuruluşlarının faaliyetlerine açılmasıdır.

Özelleştirme, devletin ekonomideki rolünü daraltmanın temel araçlarından biri olarak 1980'lerde gelişmiş ülkelerde, özellikle ABD ve İngiltere'de gündeme gelmiş, 1990'larda küreselleşme eğilimlerinin artmasıyla birlikte, özellikle uluslararası mali kuruluşların (IMF ve Dünya Bankası) geliştirmekte olan ülkelere dayattığı istikrar ve yapısal uyarılama politikalarının ana unsurlarından birini oluşturarak sermayenin dünya ölçeğinde hareketini kolaylaştıran güçlü bir ideolojik araca dönüşmüştür (Başkaya, 2004,158).

1970'lerde kavram olarak ortaya çıktığında, kamu iktisadi teşebbüslerinin özel kesime satılması olarak algılanan özelleştirme, 1990'lı yıllarda devletin ekonomiden tasfiye edilmesinin aracı olmuştur. Kamu iktisadi kuruluşlarının özel kesime satılması dar anlamda özelleştirmeyi, devleti küçültme ve devlet kesiminin işleyişine piyasa kurallarını egemen kılma geniş anlamda özelleştirmeyi anlatmaktadır (Aktan, 1992, 11).

Kamu hizmetlerinin özelleştirilmesi geniş anlamda özelleştirme kapsamında düşünülmesi gereken bir politika olmaktadır. Bugün artık liberal iktisatçılar özelleştirmeyi küreselleşme söylemi ile birleştirerek, küreselleşmenin nimetlerinden faydalanabilmenin bir yolu olarak kamu hizmetlerinin özelleştirilmesi gerektiğini sık sık dile getirmekte ve bu görüşler birçok ülkede çeşitli yöntemler kullanılarak uygulamaya konulmaktadır (Tokatlıoğlu, 2005, 99).

Özelleştirme uygulayan tüm ülkelerin paylaştıkları temel amaç, ekonomide etkinliği arttırmaktır. Gelişmekte olan ülkeler açısından ise diğer önemli bir amaç, ekonomiyi yeniden yapılandırmak, modernize etmek ve uluslararası rekabete açmaktır. Doğu ve Orta Avrupa ülkeleriyle eski Sovyetler Birliği'ne dahil ülkeler için özelleştirmedeki amaç, ekonomideki etkinliği arttırmak kadar planlı ekonomiden, serbest piyasa ekonomisine geçmektir (Kazgan, 2000, 214). Özelleştirmenin amacı; politik müdahalelerle zarar eden ve bu yüzden topluma, vergi mükelleflerine haksız ve irrasyonel bir yük haline gelen kamu işletmelerinden kurtulmaktır. Yani, kavramın tutarlılığı açısından kar eden, verimli çalışan ve vergi mükelleflerine yük olmayan kamu işletmelerinin özelleştirilmesine gerek yoktur. Ama zarar eden vergi mükellefine haksız yük yükleyen kamu işletmelerini özelleştirmek mümkün değildir. Bunları özel sermayenin satın alması söz konusu olamaz. Ancak kar eden, verimli çalışan ve özellikle tekel konumunda olan kamu işletmelerinin özelleştirilmesi olanaklıdır. Uygulamada da bu böyle olmuştur. Sonuç olarak özelleştirmeyle, iş dünyasına önemli bir kaynak aktarıldığı ve sermaye birikim sürecine hız kazandırıldığı söylenebilir (Bayramoğlu, 2003, 146).

### **3.3.2. Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma**

Küreselleşmeye uyum anlamında kamu hizmetleriyle ilgili düzenlemeler genelde devletin yeniden yapılandırılması veya kamu yönetiminin yeniden

yapılandırılması çalışmaları kapsamında gündeme gelmektedir. Devleti yeniden yapılandıran düzenlemelerin geçmişi 24 Ocak 1980 kararlarına kadar gider. O zamandan bugüne yapılan birçok yasal düzenleme devletin görev alanını aşırı-liberal ekonomi politikaları doğrultusunda yeniden biçimlendirmiştir (Tokatlıoğlu, 2005, 121).

1983 ve sonraki yıllar, sağlık alanı da içinde olmak üzere, ülkemizde “idari reform”, “yeniden yapılanma” söylemlerinin gündeme geldiği ve bu yönde uygulamaların başladığı bir dönemdir. İdari reform 1950 ve özellikle 1960’lı yıllarda ulusal tartışma gündeminde olmuştur. Ama 1983 sonrası dönemin iradi reform söylemi ve uygulamalarının daha önceki dönemlerden gerek içerik ve gerekse yöntem olarak oldukça önemli farklılıkları vardır.

“Kamu yönetimi sisteminin, toplumun gereksinimlerini karşılamada etkin bir araç durumuna dönüştürülebilmesinin ön koşullarından birisi olarak, gelişen ve değişen koşullara ayak uydurmasını sağlayıcı yönde sürekli yenilenmesi” çabalarını ifade etmek üzere kullanılan “idari reform” kavramı (TODAİE, 1991, 1) çağdaş merkezleşmiş devlet gücünün kurumsallaşması ile başlayan tarihsel süreçte ortaya çıkmıştır (Güler, 2005, 25).

Kamu yönetimi yazınında, bu çabaları ifade etmek üzere oldukça değişik terimler (örneğin, İngiltere’de “kamu yönetiminin iyileştirilmesi”, Avustralya’da “kamu yönetimi reformu”, Yeni Zelanda’da “yeni kamu yönetimi”, İskandinav ülkelerinde “kamu yönetiminin modernleştirilmesi”, Fransa’da “adem-i merkezileştirme reformu”, ABD’de “devletin yeniden yapılandırılması”) kullanılmaktadır. Osmanlı Devleti döneminde, en çok “ıslahat” sözcüğü kullanılırken: Türkçe yazında en yaygın olarak kullanılan “idari reform” terimi yanında “rasyonalizasyon”, “reorganizasyon”, “reform”, “idareyi geliştirme”, “yeniden düzenleme” ve “yeniden yapılandırma” sözcükleri kullanılmaktadır (Tutum, 1994, 3–4).

“İdari reform” kavramının tanımı konusunda farklılıklar ve anlam kaymaları dikkat çekmektedir. Genel bir tanıma göre idari reform “yönetim alanı ile ilgili olarak, iyileştirme sağlamak üzere, bilinçli bir şekilde yapılan ve kalıcı etkiler yaratan” faaliyetlerdir (Güler, 2005, 26).

Tanımda yer alan “yönetim alanı” ya da “kamu yönetimi”, geniş anlamda devletin tüm etkinliklerini içerse de; uygulamada, idari reformun konusu güçler ayrılığı ilkesinde sözü edilen üç güçten birisi olan “yürütme” alanı, hatta yürütmenin de belli bir kesimi olmaktadır. “Yargı” ve yürütmenin bir parçası olan “silahlı kuvvetler” çoğu kez kapsam dışı bırakılmaktadır (Tutum, 1994,26).

İdari reform ve daha çok köklü değişiklik mesajları veren “yeniden yapılan(dır)ma” , “devletin niteliğinde, işlevlerinde ve rolünde değişiklik anlamına gelir. Karar verme sürecinde ve bürokrasinin politika ile olan ilişkilerinde yeni bir denge arayışını yansıtır. Bürokrasi içinde var olan gruplar ve birimler arasında, ”’iktidar” kaymalarına yol açar” (Tutum, 1994, 5–6).

Reform gereksinimi doğuran nedenler, kamu yönetimini konu alan bir araştırma raporunda şu şekilde ifade etmektedir (TODAİE, 1991, 1–2):

- (1) Hizmetlerin değişen ve gelişen koşullara uyarlı duruma getirilmesi,
- (2) Yeni teknolojilerin sisteme kazandırılması ve teknoloji kullanımından kaynaklanan sorunlar,
- (3) Yönetim ile sosyo-ekonomik yapı ve siyasal düzen ilişkilerindeki uyumsuzluklar,
- (4) Devletin görev ve sorumlulukları konusunda yönetim felsefesinin de ortaya çıkan değişimler.

Başka bir görüşe göre ise, reform gereksinimi doğuran nedenler şunlardır (Tutum, 1994, 9):

- (1) Ekonomilerin gerilemesi ve küreselleşme,
- (2) Bu gerilemenin refah devleti gereklerinden doğan istemlerin kamu kaynakları üzerinde yarattığı baskı,
- (3) Kamu hizmetlerinin kalitesinden genel hoşnutsuzluk,
- (4) Kamu kesiminde pazar-yönelimli yaklaşımları savunan yeni sağın iktidara gelişi.

Merkezileşmiş devlet gücünün kurumsallaşması sürecinde ortaya çıkan “idari reform”, devlet işlevlerinde bir artışın ve genişlemenin yaşandığı İkinci Dünya Savaşı sonrasında, devleti yeniden yapılandırma yöntemi olarak, ”modernleşme-kalkınma” kuramlarının beslediği bir düşünsel çerçeve içinde biçimlenmiştir (Güler, 2005,13).

1945 öncesi, 1945–1980 dönemi ve 1980 sonrası dönemlerin idari reform anlayışları arasında, gerek içerik, gerekse yöntem bakımından farklılıklar vardır.

“1950-1960’lı yılların idari reform anlayışı, görev alanı genişleyen, dolayısıyla cisim olarak büyüyen bir devleti konu alıyordu. Yaklaşım “modernleşme”, “ulusal kalkınma” , “öncü devlet” , “lokomotif bürokrasi” kavramları temelinde yükseliyordu. Yasal-ussal bürokrasi, devletin çekirdeği; iktisadi-toplumsal-kültürel yaşamı sürükleyen devlet, modernleşmenin güvencesi; kendine güvenli uluslar kendi kaderlerinin yaratıcısı görülüyordu. Az gelişmiş, ama bağımsızlık ve egemenliklerine düşkün halklar, planlama aracılığıyla ile kendi kaynaklarını sanayileşmek için seferber etmeye, bu seferberlikte bürokrasinin önderliğine güveniyorlardı. Bu ağır işi başaracak yetenekte bir bürokrasi yaratmak, doğal olarak en önde gelen işlerden biriydi. Böyle bir hedef, idari reformu tüm toplumsal kesimlerin tartışma ve katılımına açık, saydam ve katılımlı bir araştırma süreci haline getirmiştir. Reformcular konuya birer mühendis gibi yaklaşıyor ve kural, kurum, yöntemleri mümkün olduğunca simetrik ve bilimsel ilkelere dayanmaya özen göstererek tasarlıyorlardı (Güler, 2005, 9–10).

1980’li yılların idari reform anlayışı ise görev alanının aşırı genişlediği, dolayısıyla kendisinin de gereksiz bir büyüme sergilediği ileri sürülen “hantal” , “kaynakları yutan”, “beceriksiz” devleti konu almıştır. Yaklaşım “demokratikleşme”, “ulus ötesi kalkınma”, “artçı devlet”, “sanal bürokrasi” kavramları üzerinde yükselmektedir. Az gelişmişlikten kurtulmanın yolu, mevcut bürokrasinin tasfiyesinden, devletin iktisadi-toplumsal-kültürel yaşamdan uzak durmasından, dikkatlerin yerli değil yabancı dünyaya çevrilmesinden geçmektedir. Gelişmiş dış dünyayla bütünleşmek, bu dünyanın demokrasi normlarının şemsiyesi altına girmek ve maddi nimetlerinden pay almak demektir. Bunun için “saatleri dünya saatine ayarlamak” yeterlidir. Böyle bir hedef, yerli idari reformcuların değişim projeleri hazırlamalarına gerek bırakmamaktadır. Dünya saatini ayarlayanların sunduğu program ve projelerin uygulanmaya geçirilmesi yeterlidir. Dolayısıyla değişimin, çeşitli toplumsal kesimlerin tartışmasına açılmasına, saydamlığa gerek kalmamıştır (Güler, 2005, 9–10).

İdari reform kavramının içeriği boşaltılarak, artık bir terim olarak kalmış, idari reform 1980 sonrası politikalarda “yapısal uyarla(n)ma” kavramı ile ifade edilmeye başlamıştır. 1945 sonrası idari reform, uluslararası planda sahibi Birleşmiş Milletler ve ikili teknik yardım örgütlerinden oluşan yapısı ile göze çarparken ,

‘1980’li yılların reformlarında ise yapısal uyarlanma uluslararası planda İMF ve Dünya bankası ile bütünleşmiştir (Güler, 2005, 10). Ancak her iki dönemdeki idari reform çalışmalarının ortak özelliği ise, yöntemdeki değişmeye ve tüm karşıtlıklara rağmen, aynı amaca hizmet etmiş olmalarıdır. Bu da “az gelişmiş dünyanın gelişmiş dünyaya açılmasıdır” (Güler, 2005, 5).

### 3.3.3. Türkiye’de İdari Reform Çalışmaları

Türkiye’de, idari reform kavramı üzerinde uzun boylu tartışmalar yapılmamış ancak genel olarak “idari reform” kavramının köklü değişiklikler içeren “kavramsal” anlamı üzerinde değil, reorganizasyona yaklaşan “sözcük” anlamında mutabakat sağlanmış görülmektedir (Güler, 2005,28). Nitekim son yıllarda yapılmış bir kamu yöntemi araştırma raporunda “kamu yönetimi sisteminin toplumun gereksinimlerini karşılamada etkin bir araç durumuna dönüştürülebilmesinin başlıca koşullarından birisinin sistemin, gelişen ve değişen koşullara ayak uydurmasını sağlayıcı yönde sürekli yenilenmesi” olduğu belirtilmiştir. Sürekli yenilenme yaklaşımının “yönetimde reorganizasyon, yeniden düzenleme, yeniden yapılanma ve idari reform gibi değişik, ancak birbirine çok yakın kavramlarla anlamlandırıldığı” ifade edilmektedir. Rapora göre bu yaklaşım “öz olarak daha hızlı, daha etkili ve daha verimli bir kamu yönetimi sisteminin kurulabilmesini amaçlamaktadır”(TODAİE, 1991, 1). Bu yaklaşımın Türkiye’deki 1950–1980 yıllar arasındaki idari reformlarda yer alan geçerli egemen anlayış olduğu söylenebilir.

İdarede reorganizasyonu konu alan yayınlardaki ortak bir nokta, Cumhuriyetin kuruluşundan 1950’lere kadar, idarede reorganizasyon üzerinde durulmadığı, bu meselenin ancak İkinci Dünya Savaşı sonrasında ele alınmaya başlandığıdır. Bu, idari reform kavramına, 1945–1980 dönemine özgü bir anlam yüklediğini açıkça gösterir (Güler, 2005, 32). Çünkü gerçekte 1923–1940 dönemi, Cumhuriyetin yeniliği dikkate alınırca, yoğun bir devletleşme sürecinin yaşandığı yıllardır. Gerçi “Cumhuriyet dönemi, Osmanlı döneminin yönetim mirasını olduğu gibi devralmıştır.” Ancak, cumhuriyet döneminin ilk yıllarında hızlı ve yoğun bir yasallaşma ve ussallaşma süreci yaşanmıştır (Tutum, 1994, 66–67). Devlet örgütünün temelleri o yıllarda atılmıştır ve bugüne kadar gerçekleşen bütün değişimlere rağmen, bu dönemin kamu yönetimindeki şekillendirici etkisi hala

gözlenebilir. Gerçekten de, cumhuriyetin ilk yıllarında oluşturulan birçok mevzuat, zamanla değişiklikler ve ilaveler yapılmış olmasına rağmen, bugün de yürürlüktedir.

Dolayısıyla, “Türkiye’de devlet aygıtının 1945 öncesinde koyu bir atalet ve hareketsizlik yaşadığını hiç kimse ileri süremez.” Ancak, 1945 öncesi reform çalışmaları “çoğu zaman icrai faaliyetlerden ayrılması mümkün olmayan” bir nitelik taşıırken; 1945 sonrasındaki çalışmalar, adeta bir seferberlik ve inanç dalgası halinde gündeme gelmiştir (Güler, 2005, 32)

1945 sonrası idari reformlarına “araştırma projeleri” ile başlanmış 1960’lardan itibaren de tüm idareyi konu alan büyük araştırmalar gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmalarda, kamu yönetiminin yeniden düzenlenmesi sorununun üç ana başlık altında ele alındığı görülür: personel sorunları, örgüt yapısı, idari işlem ve usullerin düzenlenmesi.

1970’ler, kalkınma planında “modeller” dönemidir. Artık idari reform, “reorganizasyon” boyutuna indirgenmiş; idari reforma reorganizasyon aracılığı ile ulaşılması mümkün olmayan hedeflerde yüklenmiştir (Güler, 2005, 34–36).

24 Ocak kararları, kamu yönetiminde ve idari reform çalışmalarında 12 Eylül rejimi döneminde örtülü, 1983 sonunda kurulan sivil hükümet ile birlikte açıktan açığa işlemeye başlayan yeni bir dönemin başlangıcı sayılabilir. 24 Ocak kararlarıyla birlikte devlet yönetiminde “kurullar” dönemi açılmıştır. Can alıcı kararlar Başbakanlık Müsteşarının başkanlığında birkaç üst düzey bürokrattan oluşan kurulların eline bırakılmış siyaset-yönetim ilişkilerinde ülke geleneğinin hiç tanışık olmadığı bir durum ortaya çıkmıştır. Bu gelişmenin tam da dünyada kamu yönetimi reform anlayışında köklü değişikliklerin yaşandığı bir dönemle eş zamanlı olması ilginçtir. Gerçekten, daha önce değinildiği üzere, idari reform artık “yapısal uyarla(n)ma” olarak ifade edilmeye başlamış; idari reform yönetimi ve amaçlarında büyük bir değişim ortaya çıkmıştır (Özdemir, 1999, 223).

1945–1980 döneminde, “Türkiye’de idari reformlara neden gereksinim duyulduğu” sorusuna verilen cevaplar iki noktada yoğunlaşmaktadır (Tutum, 1994, 1–2):

(1) Hizmetlerin değişen koşullara uyarlı hale getirilmesi. Merkeziyetçi, kuralcı ve vesayetçi yönetsel yapının önce dünya ekonomik krizi ile daha sonra İkinci Dünya Savaşı ile başlayan gelişmeler karşısında zorlanmaya başlaması. Bu

zorlanmanın çok partili yaşama geçilmesiyle daha da artması ve nihayet 1960'lardan sonra girilen planlı dönemde sistemin büsbütün elverişsiz olduğunun ortaya çıkması.

(2) Kamu yönetimi sistemi içinde yer alan kurumların gereksinimlerinde ve işleyiş düzenlerinde beliren iç değişmeler.

Bunların, 1945–1980 dönemi idari reform çalışmalarından mutlak payı olmakla beraber, bu dönemdeki idari reformların “hedef ve stratejisi uluslararası merkezlerce çizilmiş bir değişme atağı” olduğu söylenebilir (Güler, 2005, 31).

1980'lerde biçimlenen yeni dünya düzeninde, idari reform kavram olarak devletin “yeniden yapılan(dırıl)ması” ve yöntem olarak da “yapısal uyarla(n)ma” yönünde değişime uğrar. 1945 sonrasındaki idari reformlarda “devlet aygıtının büyütülmesi, genişletilmesi” hedeflenip, bu aygıtta ulusal kalkınmada öncülük görevi yüklenirken 1980'lerde amaç, “devlet aygıtını küçültmek-daraltmak ve bu aygıtı artçı bir konuma yerleştirmek” olmuştur.

Öte yandan 1980'lerde dünya ekonomik düzeninde bir gelişim daha yaşanmıştır. 1945'lerden itibaren “dış yardım ve yabancı yatırım politikaların temel amacı, özel sermaye ihracı için altyapının oluşturulmasıdır”. Bu yönde ulus aşırı şirketler az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, bu ülkelerin ucuz işgücü ve hammadde kaynaklarından yararlanarak ihracata yönelik sanayi yatırımları gerçekleştirmiştir. Ancak, 1970'lerin sonunda ortaya çıkan bilimsel teknolojik gelişmeler üretim sisteminin yapısında köklü değişikliklere olanak sağlamıştır. “Gelişmiş ülkeler teknolojik örgütlenme ve teknoloji üretimi, finansman sistemi gibi işlevleri ellerinde tutarken; üretim “çevre ülkelerde” gerçekleştirilmeye başlanmıştır. Bu küreselleşen işbölümü esas olarak finansman süreci tarafından belirlenmektedir (Şaylan, 2003, 178–173).

Bu gelişmelerin sonucu olarak, ulus aşırı şirketlerin az gelişmiş ülkelerdeki imalat sanayi yatırımlarına ilgisi azalmıştır. Bu alandaki yatırımlar, gelişmiş ülkelerde gerçekleştirilmeye başlanmıştır. Artık, ulus aşırı şirketlerin az gelişmiş ülkelerdeki ilgi alanı, yüksek kar oranlarının söz konusu olduğu, altyapı ve hizmet sektörü olmuştur. Bu alanlara kaymak çok güç değildi; ama sektördeki “ağır ve yaygın” devlet tekeli önemli bir engel oluşturuyordu. Bu engelin aşılması için de gereken yöntem “özelleştirme” idi (Güler, 2005, 44–48).



1980 sonrasında, kamu yönetiminde ve idari reform çalışmalarında ortaya çıkan değişimin temelinde, yeni biçimlenen bu yeni dünya düzeninin gereksinimi olan “yeni ilişkiler biçimi” yatar. 1945’lerden 1980’lere kadar egemen söylem olan “kalkınma” teması yerini 1980’lerden sonra “demokratikleşmeye” bırakır. Yeni dünya düzeni, demokrasinin gerçekleşme ortamıdır. Demokratikleşme ise “küreselleşme” , ve “yerelleşme” süreçleri ile gerçekleşir. 1980’lerde tüm dünyada yükselen bu yeni değerler ve anlayışlar, ülkemizde de etkisini göstermekte gecikmez.

### **3.3.4. Kamu Yönetimi Temel Kanun Tasarısı**

Bugün ülkemizde yoğun olarak tartışılan “Kamu Reformu”, esas olarak bir dizi yasa tasarısının toplamından oluşmaktadır. Bunlar, Kamu Yönetimi Temel Kanunu (Kanun meclise “Merkezi İdareyle Mahalli İdareler Arasında Görev Bölüşümü ve Hizmet İlişkilerinin Esasları ile Mahalli İdarelere İlişkin Çeşitli Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı olarak getirilmiştir). Belediye Kanun Tasarısı, Büyükşehir Belediye Kanun Tasarısı, Personel Rejimi Kanun Tasarısı, İl Özel İdaresi Kanunudur. Ancak genel kabul gören görüş, devletin yeniden yapılanmasına gidilen süreçte işin omurgasını, “Merkezi İdareyle Mahalli İdareler Arasında Görev İşbölümü ve Hizmet İlişkilerinin Esasları İle Mahalli İdarelere İlişkin Çeşitli Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun”un oluşturduğu yolundadır. Bu kanun TBMM’de görüşülmüş ve yürürlük maddesi dışında kabul edilmiş durumdadır.

Kamuoyunda yaygın tartışmalara neden olan ve yerel yönetimlere ilişkin çeşitli yasalarda değişiklik öngören bu yasa tasarısı, 20 Nisan 2001de TBMM Başkanlığı’na sunulmuştur. Tasarı 3 Kasım 2002 Milletvekili genel seçimleri ile TBMM’nin 21. döneminin sona ermesiyle düşmüştür. Seçimlerden sonra kurulan AKP Hükümeti Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı’nı hazırlamıştır. Yasanın yürürlük maddesi dışında kalan maddeleri TBMM’de görüşülerek kabul edilmiştir.

Yasanın 3. Maddesinde, merkezi idare tarafından yerine getirilebilecek hizmetler ve görevler sayılmıştır. Yasaya göre “Adalet, savunma, güvenlik, dış politika, maliye ve hazine işleri, dış ticaret, gümrük, haberleşme ve ulusal düzeyde ulaşım hizmetleri merkezi idarenin görevleri arasındadır. Yasa eğitim konusunda merkezi hükümete sadece planlama görevini vermektedir.

Yasa sağlık alanında merkezi idareye, ulusal düzeyde koruyucu sağlık, aile planlaması ve ana çocuk sağlığı hizmetleri konusunda görev vermektedir. Görüldüğü üzere yasada sağlık alanı parçalara ayrılmış bir kısmı merkezi idareye bırakılırken, diğer sağlık hizmetleri yerel yönetimlere bırakılmıştır. Yasa merkezi idare tarafından verilecek olan hizmetleri tek tek saymakta, bunların dışında kalan mahalli müşterek niteliği olan bütün hizmetlerin yerel idareler tarafından verileceğini belirtmektedir.

Yasada, ulusal ve bölgesel nitelikli olan veya ulusal ve bölgesel düzeyde bir bütünlük içinde yürütülmesi gereken hizmetler merkezi idareye bırakılmıştır. Bu ifade muğlak bir ifade olmakla beraber, açık ki tasarı koruyucu sağlık hizmeti dışındaki sağlık hizmetlerini, ulusal ve bölgesel düzeyde bir bütünlük içinde yürütülmesi gereken hizmetler arasında görmemektedir.

Yasa merkezi idarenin görev sınırlarını çizerken Sağlık Bakanlığının görevi de belirlenmektedir. Yasa ile Bakanlığa kalan sağlık hizmetlerine ilişkin ulusal politikaları ve standartları belirlemek, kalkınma planları ile ulusal ve bölgesel planları hazırlamak ve uygulamak, bu konularda bilgi toplamak, inceleme ve araştırma yapmak, yenilikleri incelemek ve hizmetler arasında koordinasyon sağlamaktır. Buna ek olarak tasarıda bir de, mahalli idarelere rehberlik etmek, teknik ve mali yardımlarda bulunmak, eğitim desteği vermek, gibi merkezi görevlerden söz edilmektedir.

Yasa “kamu hizmeti” çerçevesinde getirdiği en önemli değişiklik “mahalli idare hizmetlerinden yararlananların, hizmetin bedelini ödemeleri esastır. Bu yurttaşları müşteri olarak gören anlayışın bir ürünü olarak görünmektedir. Bu anlayış çizgisinde kamu hizmeti kavramının içeriği değişmekte, kamu hizmeti ticarileşmektedir.

Yasa sağlığa ait görev, yetki, araç, gereç taşınır ve taşınmaz malların il özel idarelerine verileceği hükmünü getirmektedir. Yasa Türkiye’de şu anki iktidarın seçimini düzenleyici devletten yana yaptığını göstermektedir. Bu tercih sosyal devleti tasfiye eden bir tercihtir. Çünkü sosyal devlet, toplumsal eşitsizlikleri ortadan kaldırmak amaçlı iken, düzenleyici devlet ise piyasa mekanizmasına dayanan bir sistemi piyasanın gereklerine göre yönetme odaklıdır. Bu çerçevede düzenleyici devlet, sosyal devletin mal ve hizmet üreten, dağıtan, yöneten tüm kurum ve

mekanizmalarını tasfiye eden, devletin bu tür kurumlaşmalara gitmesini yasaklayan devlettir (Güler, 2003, 21).

Yasa, bütünsel bir sağlık hizmeti, bütünsel bir sağlık planlamasının yerine, parçalı ve bölgesel bir sağlık hizmetinin tercihidir. Bu bölgeler arası eşitsizliğin artacağını, doğuyla batı, kırla kent arasındaki farkın artacağını, sağlık hizmetlerine hem ulaşım, hem sağlık hizmetlerinin niteliği açısından ciddi farklılıkların ortaya çıkacağını en önemli ifadelerinden bir tanesidir.

Kamu reformunun en önemli çıktılarından bir; her bölgenin her yerel unsurun kendi yerel hukukunu oluşturmasına, her bir yerelin kendi eğitim ve sağlık modelini oluşturabilmesine olanak vermesidir. Bugün bu yasa ile İstanbul'da almış olduğumuz sağlık hizmeti ya da tıp eğitimi, Malatya'da çok farklı bir görünümde size sunulabilir. Doğal olarak ülkede pek çok farklı sağlık modeli ve hizmeti ortaya çıkacaktır, sağlık hizmetlerinde bölgeler arasında ciddi, niteliksel ve niceliksel farklılıklar olacaktır.

#### 4. KÜRESELLEŞME VE SAĞLIK

Araştırmanın bu bölümünde Küreselleşme ve Sağlık; “**Sağlıkta Değişim**”, “**Sağlık Sistemleri**”, “**Küreselleşmenin Ekonomi ve Sağlık Politikalarındaki Yeri**” **Başlıklı alt bölümlerde incelenmiştir.**

##### 4.1. Sağlıkta Değişim

Hızlı küreselleşme ortamında sermaye, teknoloji, mal ve hizmet sektörlerinde olduğu gibi sağlık sektöründe de bir değişim söz konusudur. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinde ve Dünya Sağlık Örgütü Anayasası’nda sağlık politikası; “İrk, dil, politik inanç ve ekonomik güç ayrıcalığı olmaksızın, herkesin olabilen en yüksek düzeyde sağlık hizmetinden yararlanma hakkı” olarak, sağlık ise; “yalnız hastalık ya da sakatlığın bulunmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönde tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmaktadır. Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, sakatlık halinde rehabilitasyonu sağlamak ve toplum sağlığının düzeyini yükseltmek için yapılan hizmetlere ise “sağlık hizmetleri” denilmektedir (Can, 2001, 1387).

Dünyadaki tarihsel değişim süreçlerini anlamada Sanayi Devrimini önemli bir dönüşüm dönemi olarak görmek gelenekselleşmiştir. Sanayi devrimi süreci kırdan kente göçün büyük bir hızla sürdüğü ve kentler etrafında yokluk ve sefalet içinde yaşanan varoşların olduğu bir dönemdir. Yeni kentler yeni fabrikaları buradaki çalışanları ve beraberinde bunların ürettiği bazı kimyasal maddelerin zararlarını da soluyan önemli bir nüfusu barındırmaktadır. Kadın ve çocuk nüfus ağır işlerde çalışmakta, bol miktarda iş kazası ve meslek hastalığı oluşmaktadır. Yetersiz sağlık koşulları, kötü yaşam olanakları, bulaşıcı hastalıklar, büyüme ve gelişme gerilikleri ile birlikte erken ölümlere neden olmaktadır. Friedrich Engels İngiltere’de Emekçi Sınıfların Durumu adlı 1848 tarihli kitabında şu değerlendirmeleri yapmıştır:” Kentlerin oksijenden yoksun havası, solunum hastalıkları ve enfeksiyonlarının sıklığının nedeni, çöpler ve kirliliği su birikintilerinin olumsuz etkileri, yetersiz su ve kanalizasyon, küçük rutubetli aşağıdan su çıkması engellenemeyen, üstten damı akan mahzen gibi barınaklarda yaşamak, kötü yiyecekler ve giyecekler, “sonuç”; akciğer hastalıkları, özellikle verem, kızıl, işçi bölgelerini perişan eden tifüs, çocuklarda sindirim organları hastalıkları, büyüme ve gelişme geriliği, omurga ve bacaklarda

şekilsizlik, işçi sınıfının beden yapısının genel bir zayıflaması, sık hastalanma, genç yaşta ihtiyarlama, erken ölme. Gerçekten de, Sanayi Devrimi'nin anavatanı İngiltere'de ölüm hızları özellikle bebek ölüm hızı oldukça yüksektir. Ölüm hızı binde 20–25 arsında seyrederken, bebek ölüm hızı binde 140–160 arasında görülmektedir. En çok öldüren hastalıklar ise tüberküloz, diğer akciğer hastalıkları, difteri ve kızıl, çocuklarda boğmaca ve kızamıktır. Dizanteri, kolera her türlü ishaller hastalık, akciğer dışı tüberküloz, tifo ve tifüs da ölümlere neden olmaktadır. Ayrıca çok ciddi beslenme yetersizlikleri söz konusudur (Kutbay, 2003, 39).

Bu dönemde yaygın olan kolera hastalığı nedeniyle ilk Uluslararası Halk Sağlığı Konferansı 1851'de toplanmıştır. 1848–1849 ve 1854 yıllarında Londra'da kendini gösteren bu salgın buhar gücünün makinelerde kullanımı ile birlikte kentlere yığılan yoksul kitleleri etkilemiştir. Paris'te toplanan konferans salgından Osmanlı Devleti'ni sorumlu tutmuştur. Bu konferansta alınan kararlar sağlık kapitülasyonu olarak tanımlanabilir. Çünkü Avrupa devletleri Osmanlı Devleti'nde çeşitli karantina merkezleri kurulmasını zorunlu kılmış, bu merkezlerin bir Osmanlı ve bir Avrupalı hekim tarafından yönetileceğini, Avrupalı hekimi Avrupa'nın atayacağını, fakat ücretinin Osmanlı Devleti tarafından ödeneceğini hükme bağlamıştır (Saltık, 2002, 24).

Özetlemek gerekirse, 19. yüzyıl Avrupa'sında iki görüş egemendir (Saltık, 2002, 24):

**(1)** Ticaret ve ulaşımda bulaşıcı hastalıkların neden olduğu engelleri ortadan kaldırmak.

**(2)** Kolera, veba, cüzam gibi hastalıklara karşı Avrupa'yı korumak.

Avrupa'daki bu salgın hastalıklara önce işçilerden başlayan, sonraları sendikaları aydınları ve patronları kapsayan bir tepki gelmiştir. Sağlıkla ilgili önemli adımların atılmasını sağlayan iki aşama gerçekleşmiştir (Soyer, 2002, 12):

**(1)** Önce toplumun önemli kesimi toplumsal sağlıksızlığın çalışma ve yaşam koşulları ile ilgili olduğu konusunda fikir birliğine varmış.

**(2)** O zamana kadar “görünmeyen el” görüşü ile hiçbir şeye müdahale etmeyen liberal devlet yerini giderek sosyal devlet anlayışına bırakmıştır.

Su ve kanalizasyon hizmetleri düzeltilmiş, ücret artışları ve çalışma saatlerinde azalma başlamış, yüksek ölüm hızları azalmıştır. Topluma yönelik sağlık

hizmetleri konusunda ilk gelişmeler ise Almanya’da yaşanmıştır. 1870’li yıllarda çalışanlara ait yardım sandıkları ve hastalık fonları oluşmaya başlamıştır (Soyer, 2002, 13). Bismark yönetiminin ilk uygulamaları zorunlu hastalık sigortası şeklindedir. İş kazası ve yaşlılık sigortasının ortaya çıkışı 1884 ve 1889 yılları arasındadır. 19. yüzyılın son dönemlerinde yaşanan bu gelişmelerden sonra gelen 20. yüzyıl sağlık açısından önemli değişimlere sahne olmuştur. Yaşam süresi artarken, doğum oranları azalmış, ölüm ve hastalık nedenlere giderek değişmeye başlamıştır. Bunda sosyal, besinsel ve maddi çevrenin değişmesinin önemli etkisi vardır. Şüphesiz bu değişiklikler bilimsel ve teknolojik ilerlemenin sonucudur. Aynı dönemde dünyanın siyasal yapısındaki değişiklikler de sağlığın yeniden tanımlanmasında etkili olmuştur. 1917 Devrimi Sovyetlerde ücretsiz ve eşit sağlık hizmeti sunumunu başlatmıştır. 20. yüzyılın ilk çeyreğinden sonraki değişimi algılayabilmek ve sağlık alanındaki etkilerini doğru yorumlamak için sosyal devlet-refah devletinden bir kez daha bahsetmek gerekmektedir. Çünkü 1929 Büyük Bunalımı ile devreye giren Keynes’in görüşleri ancak İkinci Dünya savaşı sonrası süreçte anlamını bulmuştur. Sosyal devlet ya da refah devleti, kapitalizmin ekonomik genişleme ve toplumsal istikrar ile tanımlı özel bir biçimidir (Belek, 1995, 11).

Tam istihdamın hedeflenmesi, kapsamlı sosyal güvenlik sistemlerinin örgütlenmesi ve ekonomiye yoğun devlet müdahalesi bu dönemin özellikleridir. Keynes’e göre bunalımı yaratan kapitalizmin serbest rekabetçi olarak tanımlanan doğasıdır. Bu durum bir süre sonra anarşiyi yaratmaktadır. Keynes devletin ekonomiye müdahalesinin üretimdeki sorunu gidereceğini ve düşen tüketimin para politikaları ile yükseleceğini öngörmüştür. Keynes’in öngörülleri özellikle sağlık, eğitim ve sosyal güvenlik gibi alanlarda gerçekleşmiştir. Sosyal devletin en önemli gelişmelerinden biri sağlık hizmetlerinin kamu ya da devlet aracılığıyla sosyalleştirilmesidir. Sosyalleştirmeye rağmen özel sektör devre dışı bırakılmamış, ilaç ve tıbbi teknoloji üretimi özel sektör tarafından sağlanmıştır. Tedavi edici hizmetlerde de özel sektöre şans verilmiştir. İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde çoğu Avrupa ülkesinde sosyalist görüşlü partilerin iktidara gelmesi bu talepleri arttırmış ve sağlık alanındaki değişimi görünür hale getirmiştir. Bu döneme kadar toplumlarda lüks bir tüketim maddesi olarak görülen sağlık, parası olanın erişebildiği kadarını aldığı bir metadır. Savaş sonrası dönemde kapitalizmin içine girdiği

“genişleyen dalga” sağlık alanında da yansımaları bulmuştur. Üretkenliğin artışıyla sağlık harcamalarında da artış meydana gelmiştir. Sağlıkta sosyalleştirilmesinin nedenlerinden biri de dünya kapitalizmindeki genişlemedir. Savaş sırasında kapitalist dünyadan tamamen kopan sosyalist sistemin ideolojik baskıları kapitalist dünyanın önlemler almasını gerektirmiştir. 1948’de İngiltere’de İşçi Partisinin iktidara gelmesiyle Ulusal Sağlık Sistemi (NHS) kurulmuştur. İşçi Partisi hizmet, finans ve sanayi alanında kamulaştırmalar ile işe başlamış, sosyal güvenlik sistemi ile iç içe bir sağlık sistemi kurmuştur (Kutbay, 2003, 42).

Dünyanın altın çağı 1950–1973 arası dönemdir. Bu dönemde 1950 yılında kişi başına GSYİH 2140 dolarken, yılda %3’lük bir artışla 1973 yılında 4120 dolara ulaşmıştır. Bu süreç 1970’li yılların ortalarına kadar devam etmiş, 1980’li yıllarda dünyanın tümüyle sermaye hareketlerine açılması, refah devleti uygulamalarının kamu açıkları nedeniyle terk edilmesi, sosyal devletin işçi sınıfına sağladığı geniş olanaklar ve üçüncü dünyanın korumacı politikaları nedeniyle adına **Yeni Dünya Düzeni** denilen düzenin koşulları oluşmuştur. Sovyetlerin çözülmesi, sermaye birikimi ve genişlemesinin bitmesi bu yeni düzenin oluşturulmasındaki etmenlerdir. Aslında yeni dünya düzeninde de sağlıkta bir sosyal sektör olarak yer alması gerektiğini anlatan görüşler vardır. Liberalizmin öncüsü Adam Smith sağlıkta piyasaya bırakılmayacak kadar önemli bir yapı olduğunu vurgulamıştır (Kutbay, 2003, 42).

Nüfustaki yaşlanma, teknolojilerdeki gelişme ve pahalılık, ekonomilerdeki bozulma sağlıkta kamunun ağırlığını azaltarak bu alanı özel sektöre devretmeyi öngören görüşlerin ortaya çıkmasına neden olmuştur.

Küresel politikalar birçok alanda olduğu gibi bir kamu hizmeti ya da politikası olarak görülen sağlıkta da çok geçmeden etkisi altına almıştır. Küreselleşmenin sağlık alanına ilk etkisi İkinci Dünya Savaşı sonrası süreçte dünya sağlık politikalarının tek belirleyicisi olan Dünya Sağlık Örgütü’nün işlevlerinin azaltılarak bu alanın IMF, Dünya Bankası ve Dünya Ticaret Örgütü gibi finans kuruluşlarına bırakılması olmuştur. Devletin sağlık ve sosyal güvenlik alanındaki rolünün değişmesi süreci ise, ilaç ve tıbbi teknoloji ürünlerinin piyasa ile buluşması ile koşturur. Artık bir sağlık piyasası vardır ve bu piyasa sağlıkta en önemli belirleyici etmen olma yolundadır. Bu piyasa giderek ilaç ve tıbbi teknoloji

ürünlerinin giderek daha fazla kullanımı ile genişlemekte ve bunu da tıbbi amaçlı ticaret ve yabancı yatırımlar yoluyla gerçekleştirmektedir. Piyasanın bu özelliği giderek ulusal sağlık sistemlerini çökertme noktasına götürmektedir. Özel sektörde daha fazla ilaç ve tıbbi teknoloji üretimi sağlanırken diğer yandan küreselleşme etkisiyle kamu sağlık hizmetleri çökertilmektedir.

Son on yıl içinde Avrupa'da en çok tartışılan konulardan biri sağlık reformlarıdır. Sağlık reformları ülkelerde var olan sağlık yapılanmalarını kökten değiştirme iddiasında olan yapılanmalardır. Reformlar sağlıktaki finansman, hizmet üretimi, kurumsal işlev gibi uygulamaları tamamen değiştirmektedir. Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi önerileri de bu çerçevede gündeme getirilmiştir. Batı Avrupa ülkeleri başta olmak üzere sağlığın özelleştirilmesi gündemdedir. 1980 sonrası sağlıkta özelleştirme birçok kereler değinildiği gibi İngiltere'de Thatcher'in reformlarının bir sonucu olarak başlamıştır. İngiltere'deki ulusal sağlık sistemi devreden çıkarılarak bunun yerine kamunun giderek payını azaltan yeni politikalar ortaya çıkarılmaya başlamıştır. Thatcher sağlık için bir şeyler ödenmesi gerektiğini ve sağlığın özelleştirilmesini savunmuştur. Batı Avrupa'da sağlık hizmetlerinde kamu payının azaltılması iki aşamalı bir sürecin sonucudur. Refah devleti sürecinde sağlığa yapılan yatırımların devlet ve diğer kamu yatırım alanlarında yeni bir tüketim kalıbı oluşturması ki, sağlık sigortaları bunda büyük etken olmuştur. Sağlık bir tüketim maddesi haline gelmiştir (Kutbay, 2003, 43).

1970'lerin başında ortaya çıkan kriz kamu hizmetleri için daha fazla kamu payı ayırma olanağını ortadan kaldırmıştır. Özetle kapitalizm sağlık alanındaki gelişme potansiyelinin sonuna ulaşmıştır (Belek, 1995, 25).

Özellikle merkez kapitalist ülkelerde (ABD, İngiltere, Almanya gibi) sağlık harcamaları kamu harcamalarının en önemli bölümünü oluşturur hale gelmiştir. 1980'lerin sonunda sağlık harcamalarının ulusal gelirdeki payı %10'u aşmıştır. Sağlık sektörü toplam büyüme hızının üzerinde kaynak tüketmektedir. Hastane hizmetleri ayakta bakım hizmetlerine göre artmış, 1990'larda bu oran sağlık harcamaları için %60'a, hükümetlerin cari harcamalarında ise %50-80'e ulaşmıştır. Ayakta tıbbi bakım hizmetlerinin payı hemen hemen aynı oranda azalmış, ilaç harcamaları ise sabit kalmıştır (Belek, 2001, 4329). Esasında sağlığın metalaşması bir anlamda içine girdiği bunalımı aşmak için uğraşan kapitalizmin bir çözümüdür.



Yeni ekonomik politikalar ve endüstriyel demokrasi formları sermayeyi yaşadığı tıkanıklıktan kurtaracak, ona yeni hareket alanları yaratacak ve siyasi otoriteye sermayenin gerektirdiği akışkanlığı ve hareketliliği sağlayabilecek olgulardır. Devletin aradan çekilmesiyle kamu harcamaları azalacak ve bunun yerini cepten harcamalar alacak, serbest pazar koşullarında devletin elindeki kurumlar tüm olarak ya da parça parça elden çıkacaktır. 1995 yılında yayınlanan DSÖ raporunda sağlıkta eşitsizlik olgusu ve eşitsizlikle yoksulluk arasındaki ilişki net biçimde gösterilmiştir.

Eşitsizlik olgusu, sağlık reformlarının oluşmasındaki ana etken olarak kabul edilebilir. Zaten sağlık politikalarının iki boyutu sosyal ve sağlık eşitsizliklerinin kaldırılması ve sağlıklı çevre oluşturma çabalarıdır. Sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikler farklı nedenlere bağlıdır, Bunlar yaş, sınıf, cinsiyet, ırk ve ulus gibi faktörlerdir. Küreselleşmenin de etkisiyle bugün insanlar kendi doğdukları yerden farklı yerlerde yaşamaktadırlar. Ayrıca zenginlik ve fakirlik arasındaki uçurum gün geçtikçe artmaktadır. Öte yandan ekonomik baskılar ve ortaya çıkan ekonomik bunalımda reformu zorlamıştır. Eskiden sağlığı devletin sorumluluğunda gören paradigma yıkılarak yeni bir paradigma oluşturulmak istenmiştir (Belek, 1997, 27).

Sağlık sektörü reformları bu amaçlarla devreye sokulmuştur. Sağlık reformu sağlık sektörünün yaşadığı sorunlar bağlamında eşitlik, verimlilik ve etkinliğin geliştirilmesine yönelik müdahale olarak tanımlanabilir. Ülkeler için ise sağlık reformu ülkenin sağlık sisteminde ya da parçalarında temel ve radikal değişikliklerdir. Sağlık sektörü reformu, sektördeki işlevselliğin yapısal olarak değiştirilmesidir. Reformların geliştirilmesi ve uygulanmasında Dünya Sağlık Örgütü'nün üç temel değeri önem taşır. Bunlar eşitlik, dayanışma ve verimliliktir. Bunların sağlanmasında hükümetlerin de belirleyici sorumluluğu vardır. Sağlık reformları, sağlık sektöründeki gerekçeleri ne olursa olsun, yeni arayışların ürünüdür. Bu anlamda klasik sosyal devletçi paradigmalardan kökten değişikliğe tabi tutulduğu süreçlerdir. Sağlık reformları, piyasa yönelimli çeşitli düzenlemeler yoluyla sağlık bakım piyasasında sunulacak mal ve hizmetlerin kişilerce daha verimli, eşit ve kaliteli bir biçimde kullanılacağı varsayımı ve beklentisine dayanmaktadır. Dünyada görülen eğilim bu yöndedir (Yıldırım, 1999, 123).

Sağlık hizmetleri birçok gelişmekte olan ülkede çoğunlukla kamu tarafından yürütülmekte ve özel sektör bunun çok az bir bölümünü üstlenmektedir. Bir hizmet

olarak sağlığın, ticari olmayan yararları daha fazladır. Sağlık sektörünün birincil girdisi olan sağlık statüsünü parasal olarak değerlendirmek zordur. Çoğu ülkede sağlık kamu hizmeti olmaya devam etmektedir.

#### 4.2. Sağlık Sistemleri

Küreselleşme sürecinin yaşanmaya başlamasından önce uygulanan sağlık sistemlerinin bilinmesine ihtiyaç vardır. 19. yüzyıl sonlarına kadar dünyada belirgin bir sağlık sistemi oluşmamıştır. Bu döneme kadar sağlıkta hekimle hasta arasında oluşan ilkel bir sistem vardır. Sağlık bir tüketim maddesidir ve erişilebildiği kadarıyla alınır. Sağlık sistemleri genelde ülkeden ülkeye değişmekle birlikte ülkenin sahip olduğu rejim ve yönetim modelleri sağlığın örgütlenmesi ve finansmanında etken olmuştur. Genel bir sınıflama şu şekilde yapılabilir:

Grup I- Sigorta Ağırlıklı Sağlık Sistemleri:

Tip- 1: Özel Sigorta Ağırlıklı lkeler

Tip- 2: Sosyal Sigorta Ağırlıklı lkeler

Grup II- Devlet Ağırlıklı Sağlık Sistemleri:

Tip- 3: Ulusal Sağlık Sistemine Sahip lkeler

Tip- 4: Sosyalist Sağlık Sistemine Sahip lkeler

Grup III- Diğer Sağlık Sistemleri:

Tip- 5: Karma Sisteme Sahip lkeler

Tip- 6: İlkel Sağlık Sistemine Sahip lkeler

**Tip- 1: Özel Sigorta Ağırlıklı Sistemler:** ABD buraya verilebilecek en tipik örnektir. Sağlık bir tüketim maddesi olarak kabul edilmektedir. Finansman kişilerden toplanan primlerle sağlanır. Sağlık hizmetlerinden yararlanma ödenen primin miktarına bağlıdır. Risk paylaşımı kuraldır, özellikle ilaçları belirli bir tutar üstünde sigortalının kendisi karşılar. Toplumun tümüne yansıyan bir sistem değildir.

**Tip- 2: Sosyal Sigorta Ağırlıklı Sistemler:** İngiltere hariç, Almanya, Fransa, İşve, Kanada ve Japonya gibi ülkelerde uygulanır. Kar amacı ön planda olmayan sosyal sigorta sistemleri vardır. Genelde vatandaşların tümünü kapsar. Sağlık devlet tarafından sigorta kurumları aracılığı ile garantiye alınmıştır. Hükümet harcamaları %10–80 arasında değişir.

**Tip- 3: Ulusal Sağlık Sistemleri:** İngiltere, İrlanda ve İskoçya gibi ülkelerde uygulanır. Sağlık devlet tarafından desteklenen bir tüketim maddesidir. Finansman genel vergilerden sağlanır. Sağlığa ayrılan payın %90'ını kamu harcamaları oluşturur. Ülkedeki tüm vatandaşları kapsar. Hekim örgütleri güçlüdür.

**Tip- 4: Sosyalist Sağlık Sistemleri:** Günümüzde Küba ve Çin gibi ülkelerde uygulanır. Sağlık devlet tarafından sağlanan bir kamu hizmetidir. Ücretsiz hizmet esastır. Merkezi bir örgütlenme olup, sağlık çalışanları kamu memurudur. Özel sigorta yoktur.

**Tip- 5: Karmaşık Yapıya Sahip Sağlık Sistemleri:** Yarı sigortacılık, yarı devlet tarafından üstlenilen bir sağlık sistemi vardır. Bu sisteme sahip ülkelerin çoğu gelişmekte olan ülke statüsündedir. Genelde kamu ağırlıklı bir sağlık sistemi öngörülse de finansmanın bir bölümü özel harcamalar yoluyla sağlanır. Sağlık hizmetinin yetersizliğinden tüm vatandaşları kapsama özelliği yoktur. Özellikle bu ülkelerde Dünya Bankası, DSÖ ve IMF gibi örgütler, sigortacılığa dayalı ve hizmetin özel hekimlerden satın alındığı bir sistemi yerleştirmeye çalışmaktadır. Türkiye bu sistemin uygulandığı bir ülkedir.

**Tip- 6: İlkel Sağlık Sistemleri:** Sağlık sadece parası olanın elde edebildiği bir metadır. Sosyal güvenlik kuruluşu yoktur. İlkel tedavi yöntemlerinin kullanıldığı sistemlerdir. Günümüzde örneği yoktur.

Görüldüğü gibi farklı toplumsal, siyasal ve ekonomik yapılar farklı sağlık sistemlerinin örgütlenmesinde etkindir. Bu anlamda dünya ülkeleri Merkez Kapitalist Ülkeler, Çevre Kapitalist Ülkeler ve Sosyalist Ülkeler olarak toplanabilir (Kılıç, 1993, 45–47).

Bu tür sınıflandırmalar çeşitli şekilde yapıla gelmiştir. Dünya Bankası örgütlenme ve finansmana göre 1993 yılında şöyle bir sınıflandırma yapmıştır.

**Çizelge 2. Dünya Bankası'na Göre Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması (Kılıç, 1994, 8).**

Örgütlenme	Finansman
KAMU	Genel Vergiler(bütçe) Sosyal Sigorta Özel Sigorta Doğrudan Harcama
ÖZEL(Kar Amaçlı)	Genel Vergiler(bütçe) Sosyal Sigorta Özel Sigorta Doğrudan Harcama
ÖZEL(Kar Amaçsız)	Genel Vergiler(bütçe) Sosyal Sigorta Özel Sigorta Doğrudan Harcama

### 4.3. Küreselleşmenin Ekonomi ve Sağlık Politikalarındaki Yeri

Uluslar arasılaşma, ulus aşırılılaşma, çok uluslaşma ve bölgeselleşme gibi terimler küreselleşme ile eşdeğer olarak kullanılmaktadır. Küreselleşme ve uluslar arası ticaret 21. yüzyılda hiçbir ülkenin sakınamayacağı ve iç içe geçen iki önemli güçtür. DTÖ çok taraflı ticaretin önündeki engelleri ortadan kaldırmak için küresel bir süreci yönlendirmektedir. Bu küresel süreçte önemli sektörlerden birisi de sağlık sektörüdür. Küresel ekonomik ve endüstriyel gelişim sağlık sektörüne kapitalist bir bakışla bakmaktadır. Dünyadaki yapısal değişimler kamu ve sağlık hizmetleri arasında yeni tartışma alanları yaratmakta ve bu tartışmalar özel sağlık hizmetleri lehine sonuçlanmaktadır. Gelecekte başarılı sağlık yapılanmalarının sınır aşırı çalışanlar ve sanal patronlar yaratacağı üzerinde durulmaktadır. 19. yüzyılla

kıyaslandığında GSMH'nin giderek arttığı ve bunun Doğu Avrupa'da net olarak görüldüğü söylenmektedir.

Kapitalist dünya sisteminin temel yapısı devletlerarası sisteme dayanmaktadır. Bu sistemin en önemli dinamiklerinden birisi ise uluslararası rekabettir. Rekabetin temellerinden biri de lehte olduğu sürece engelleri korumak ve pazarı genişletmek, aleyhte olduğu sürece de engelleri yıkmaktır. Bu açıdan bakıldığında dünyada devletin yeni rolünün anahtarı değişen ekonomik rekabettir. Bu yapı stratejik devlet ya da 1980'lerin kalkınmacı devletinin çok ötesindedir. Devlet piyasayı teşvik etmekten kendi yapısını piyasa doğrultusunda dönüştürmektedir. Kitle üretimi tarafından karakterize edilmiş olan İkinci Sanayi Devriminin kamusal mallarını oluşturan oluşumların çoğu artık devlet tarafından kontrol edilememektedir. Çünkü iletişim, enerji gibi sektörlerdeki mallar artık ulus ötesi olmuşlardır. Sağlığı da bunların arasına katmak yanlış olmaz. Yeni teknolojiye ve küresel piyasalara hemen uyum sağlamayı gerektiren küreselleşme kamusal ve özel mal yapısını derinden değiştirmektedir (Eroğlu, 2002, 32).

Küreselleşmenin ekonomik boyutları, ekonomilerin açılımını sağlayan sınır ötesi küresel yönetim ve kurumların gelişimi ile ilgili bazı süreçler içerir. Bu süreçler sağlığa direkt ve dolaylı yönlerden etkilidir. Süreçlerden birincisi sağlık risklerinin maruz kaldığı artışları incelemek ve değerlendirmektir. İkinci süreç, sağlık bakım hizmetlerine yeni kaynaklar bulmak ve girdilerdeki fiyat etkilerini değerlendirmektir. Üçüncü süreç gıda, barınma, sağlık gibi sektörlerde çalışanların performanslarını ve yeteneklerini değerlendirmek, son süreç ise eğitim ve su gibi diğer anahtar sektörlerle ilişki kurmaktır. Sağlık sektörünün en önemli risklerinden biri küresel pazarla bağlantının bozuk olmasıdır. Bu durum bilginin transferini zorlaştırdığı gibi teknoloji transferi ve ilaç fiyatlarının belirlenmesinde de etkindir. Sağlık çalışanlarının göçü, hastalıkların sınır ötesi yayılımı, çevresel kirlilik diğer sağlık riskleridir (Yıldırım, 2001, 546).

Sağlıkta küreselleşmenin fırsatlara da neden olduğu yolunda görüşler vardır. Bunlar küresel pazarda insan arasındaki ilişkilerde artma, iyi bilinmeyen hastalıklar üzerinde araştırma ve geliştirme çalışmaları ve hastalıkların küresel yönetimlerle sınır ötesi kontrolünün sağlanmasıdır.

Hizmetlerde uluslararası ticaret kavramı göreceli olarak yenidir. Endüstriyel ve tarımsal üretimin yanında hizmetler ticarete uzun süre dahil edilmemiştir. Bazı genel farklılıklar vardır. Sigorta, taşımacılık, turizm gibi hizmetler ülkeler arasındaki ticarete konu olmuştur. Hizmet ticaretinin düşük olmasının temelinde kurumsal yönetsel ve teknik olmak üzere kamu tekelinin varlığı katı ulaşım ve kontrol düzenlemeleri ve tüketiciler ile hizmet sunucuları arasındaki direkt fiziksel temas ihtiyacı gibi sınırlılıklar vardır.

Hizmet sektörü dünya ticaretinin %20'sini oluşturmasına karşın GATT Anlaşmasının ilgi alanı içine alınmamıştır. Fakat GATS Anlaşmasına dahil edilmiştir. GATS ile aynı zamanda fikri mülkiyet de güvence altına alınmıştır.

Ekonomik büyüme için hizmet sektörleri üretim sektörlerinden daha önemli hale gelmiştir. Günümüzde hizmet sektörleri dünya ticaretine ve istihdama daha fazla katkı yapmaktadır. Hizmet ticareti genelde dünyada ve özelde AB'de ilerinin en önemli alanlarından biri olacaktır. Çünkü sağlık sektörünün GSMH'den aldığı pay oldukça yüksektir. Bu oran OECD ülkelerinde %13'e yaklaşmaktadır.

Kamu hizmetlerinin deregülasyonu ve özelleştirmesi GATS müzakerelerinde oldukça önemli rol oynamaktadır. DTÖ, AB ve ABD; OECD ülkelerinde kamu harcamaları içinde 13 milyar dolar tutan eğitim ve sağlık sektörlerini özel sektöre açmak için büyük çaba içine girmişlerdir. Dünyanın geçirdiği değişmelere koşut olarak sağlık sektöründe de sağlık hizmetlerinin sunum şekli ve finansmanı, bu süreçte kamu ve özel sektörün rolü, çeşitli finansman ve örgütlenme modellerinin eşitlik ve verimlilik ilkeleri üzerindeki etkisi ve sağlık bakım sektöründeki rekabetin nasıl sağlanacağı gibi konular uluslararası mali, otoriteler tarafından yeni reformlar oluşturulması yolunda tartışılmaya başlanmıştır. Bu reform çalışmalarında temelde hizmetlerin sunumu ve finansmanında özel sektörün rolünü arttıran pazara dayanan sağlık politikaları geliştirilmiş ve tartışılmıştır (Tatar, 1996, 38).

GATS'ın hizmet ticaretinin serbestleştirilmesine ilişkin görüşmelerinde sağlık hizmetlerinin farklılığı göz ardı edilmekte, sağlık sektörü diğer sektörlerle aynıymış gibi değerlendirilmektedir. Özellikle AB ülkeleri arasında geçerliliği yıllardır süren sağlık sistemleri (İngiltere'de NHS gibi) söz konusudur. Bu sistemlerin uluslararası alana açılmaları çeşitli sorunlar yaratabilir.

Küreselleşmenin sağlık sistemleri üzerinde çok önemli etkileri söz konusudur. Bu etkiler fırsatlar ve tehditler şeklinde değerlendirilebilir. Kamu finansmanının azaltılması ve yeni teknolojiler yoluyla fırsatlar yaratabileceği gibi sağlığın belirleyicilerini de etkilemek suretiyle sağlık sistemlerini ve politikalarını belirleyebilir. Artan demokrasi yoluyla kaliteli hizmet sunumunu sağlaması, tüketici tercihlerine duyarlılığın artması, sosyal güvenlik kapsamının genişlemesi ve hakkaniyetin sağlanmasını yaratabilir, finansal istikrarsızlık yoluyla da sisteme zarar verebilir.

Özet olarak sağlık hizmetinin sunumundaki eşitsizliklerin farklı nedensel sınıflamaları vardır: yaş, sınıf, cinsiyet ırk ve milliyet. Diğer bir deyişle küreselleşme etkisiyle insanların farklı bölgelere ulaşımının kolaylaşması ve bu bölgelerde yaşamalarıdır. Bu gerçekliğe rağmen, zenginlik ve fakirlik arasındaki ara giderek açılmaktadır. Sağlık politikalarının iki boyutu olmalıdır: sosyal ve sağlık eşitsizliklerinin giderilmesi ve sürdürülebilir bir sağlık hizmetinin yürütülmesi çabaları. Ulus aşırı sosyal farklılık ve eğilimlere rağmen, sağlık demokrasinin vazgeçilmez bir bağlantısı olmayı sürdürmektedir. Sağlık sivil demokrasinin yükselen değeridir. Sağlık vatandaş demokrasisi için bir metafordur ve vatandaş sorumluluğunu gösterir. Daha fazla demokrasi için yeni fırsatlar yaratır (Kutbay, 2003, 52).

## **5. SAĞLIK ALANI İLE İLGİLİ ULUSLARARASI ÖRGÜTLER VE ULUSLARARASI ANLAŞMALAR**

Araştırmanın bu bölümü; “ **Uluslararası Örgütler**” ve “**Uluslararası Antlaşmalar**” başlıklı alt bölümlerde incelenmiştir.

### **5.1. Uluslararası Örgütler**

Uluslararası ilişkiler, ulusların aralarında ki karşılıklı ekonomik, kültürel ve politik ilişkilerden oluşur. Devletlerin uluslararası alanda ortak sorunlarını çözmek için örgütlenme yoluna gitmeleri, uluslararası kuruluşların doğmasına neden olmuştur. Bugün uluslararası kuruluşlar birçok bakımdan ulusal devletlerden daha güçlüdürler.

Uluslararası kuruluşlar büyüklükleri, yapıları, yetkileri ve amaçları bakımından birbirinden çok farklıdırlar. Birleşmiş Milletler gibi çok yönlü amaçları olan kuruluşlar yanında, Uluslararası Balina Avcılığı Komisyonu, Bağ ve Şarapçılık Hakkında Uluslararası Kongre, Şeker Meclisi v.d. gibi çok çeşitli ve özgül konularda iş gören uluslararası örgütler kurulmuştur. Bugün, uluslararası kuruluşlar, uluslar arası yaşantının kaçınılmaz birer ögesi haline gelmişlerdir (Gönlübol, 1993, 522). Uluslararası örgütler bileşimlerine, işlevlerine ve yetkilerine göre sınıflandırılmaktadır. Bileşimlerine göre uluslararası örgütler evrensel ve bölgesel örgütler biçiminde gruplandırılmaktadır. Evrensel örgütler bütün devletleri kapsarken, bölgesel örgütler sadece belirli bir bölgedeki devletleri kapsar. Örneğin Birleşmiş Milletler (BM) evrensel, Afrika Birliği bölgesel bir uluslararası örgüttür. İşlevlerine göre bazı uluslararası örgütlerin ilgi alanı bütün sorunları kapsarken, bazıları uzmanlaşmış bir yetki ile donatılmıştır. Örneğin BM örgütünün faaliyetlerinde belirli bir sınır bulunmazken, Dünya Sağlık Örgütünün faaliyet alanı sadece sağlık ile ilgilidir. Yetkilerine göre uluslararası örgütler devletlerarası ve uluslar üstü örgütler olmak üzere gruplandırılır. Devletlerarası örgütler, üyelerine karşı karar alma yetkisi olmayan klasik örgütler iken, uluslar üstü örgütler üyelerine karşı bağlayıcı karar alma yetkisine sahiptir. Bu ikinci örgüt tipine örnek olarak Avrupa Birliği (AB) verilebilir. Günümüz dünyasında sayıları 250’den fazla uluslar arası örgüt bulunmaktadır ve bunların arasında kuşkusuz en önemli olanı BM’dir.



Yine BM'ye bağılı olarak çalışan çok sayıda uzmanlaşmış uluslararası örgüt yer almaktadır (am, 1995, 279–281).

Dünyada bağımsız ve egemen devlet sayısının hızla arttığı bir dönem olan İkinci Dünya Savaşı sonrasında uluslararası örgütlerin de aşırı derecede arttığı görülmektedir. Bu dönemde İngiltere, Hollanda ve Fransa gibi eski sömürgeci devletler ile dünyanın yeni hegemonik gücü Amerika Birleşik Devletleri (ABD), bu yeni bağımsız ve egemen devletlerle ilişkilerini daha farklı kurallar üzerinde oluşturmak zorunda kalmışlardır. Klasik sömürgecilik döneminde, yapısı gereği uluslararası düzenleyici kuruluşlara fazlaca gereksinim duyulmazken, bu dönemde tam tersine gcl uluslararası kuruluşlara ihtiyaç doğmuştur. Sayıları giderek artan bağımsız devletlerin ve bunlar arasındaki ilişkilerin yönlendirilmesi BM kurumunda soyutlaşmıştır (Güler, 2005, 35).

Bugün dünyada sağlık alanı ile ilgili faaliyet gösteren çok sayıda uluslararası örgüt bulunmaktadır. Bunların faaliyet alanı itibariyle ve sayıca önemli bir kısmı BM'ye bağılı olarak faaliyet göstermektedir. Bu kuruluşlardan Dünya Sağlık rgt (DSÖ), Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım rgt (FAO), Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Teşkilat (UNESCO), Uluslararası alışma rgt (ILO), Dünya Bankası (DB) sağlık alanı ile ilgili uluslararası örgütlerdir. Bunların yanında Birleşmiş Milletler ocuklara Fardım Fonu (UNICEF), Kızılay, Kızıllaç, Dünya Hekimler Birliği gibi mesleki alanda faaliyet gösteren uluslararası örgütler de bulunmaktadır.

Bu bölümde; sağlık alanıyla doğrudan ilgisi olan Dünya Sağlık rgt, Dünyada yeni sağlık politikalarını etkileyen ve yön veren Dünya Bankası ve Uluslar arası Para Fonu (IMF) incelenecektir.

### **5.1.1. Dünya Sağlık rgt (DSÖ)**

Dünyanın en önemli sorunlarından biri başlangıçtan beri bulaşıcı hastalıklar olmuştur. Bu durum belki de DSÖ' nün kurulmasının en önemli nedenlerinden biridir. Kolera, veba ve sarıhummayı engellemek için yapılan 1851 Paris toplantısı (I. Uluslararası Sanitasyon Toplantısı) DSÖ ncesi dönemin en önemli tarihsel belgelerinden birisidir. Almanya'da 1800'l yıllardaki işçi sigortaları ve 1919 yılında

ILO (Uluslararası Çalışma Örgütü)'nün kurulması işçi sağlığı açısından önemli sıçrama noktalarındandır (Kılıç, 2002,126).

İkinci Dünya Savaşından sonra kalıcı bir barış ve uluslararası işbirliğini sağlamayı amaçlayan bir Birleşmiş Milletler Konferansı toplandı. 1945 yılında San Francisco'da toplanan bu konferansta, Cemiyeti Akvam'ın yerini alacak bir Birleşmiş Milletler Örgütü kurulması kararlaştırılırken; Brezilya ve Çin delegeleri tarafından yeni ve bağımsız bir "Uluslararası Sağlık Örgütü" kurulması önerildi ve kabul edildi. 1946 yılında New York'ta düzenlenen Uluslararası Sağlık Konferansı'nda Birleşmiş Milletlere üye 51 ülkenin temsilcisi ile Gıda ve Tarım Örgütü (FAO), Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), Birleşmiş Milletler Eğitim Bilim ve Kültür Örgütü (UNESCO), OIHP ( Merkezi Paris'te bulunan Uluslararası Halk Sağlığı Bürosu), Kızılhaç, Dünya İşçi Sendikaları Federasyonu, Rockefeller Vakfı Temsilcileri Dünya Sağlık Örgütü Anayasasını oluşturmuşlardır. Anayasa 61 ülke temsilcisi tarafından imzalanmıştır. DSÖ Anayasası'nın yürürlüğe girdiği 7 Nisan her yıl "Dünya Sağlık Günü" olarak kutlanmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü,2006).

Bugün DSÖ' nün 193 üyesi vardır. Başlangıçta sağlık sorunlarına teknik düzeyde yaklaşan DSÖ politik ve kültürel her türlü çatışmadan uzak kalmıştır. 1973–1988 yılları arasında ise dünyada giderek artan eşitsizlik, sosyal sorunlar ve insan hakları gibi kavramlar DSÖ' nün politika değişikliğine gitmesine yol açmıştır. 1978'de Alma-Ata'da düzenlenen konferansta "2000 yılında herkese sağlık" ilkesi kabul edilmiştir. Teorik olarak olumlu yönlerine rağmen kapitalizmin egemen ideolojisinden bir kopuş niteliği taşımayan, yaşamın gerçeklerinden uzak bir iyi niyet ifadesi niteliği ağır basan bu bildirge pratikte uygulanmasında az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde büyük sorunlarla karşılaşmıştır (Şemin, 1995,46).

1980'lerden sonra dünyada yaşanan ekonomik kriz ve uygulanan Dünya Bankası-IMF kaynaklı istikrar programları var olan eşitsizlikleri daha da ağırlaştırmıştır, adına "Yapısal Uyum" denilen programlar ekonomik krizin yükünü az gelişmiş ülkelere yüklemiştir. Dünya Bankası ve IMF gibi örgütlerin verdiği reçete hep aynıdır. Sosyal harcamaların kesilmesi, devletin küçültülmesi, özelleştirme ve ticaretin liberalizasyonu. Bu ekonomik durgunluk doğal olarak DSÖ' nü de etkilemiş, mali gücü azalmış, bu dönemde ortaya çıkan AIDS gibi hastalıklar örgütün tüm zamanını, emeğini ve gücünü buna yöneltmesine yol açmıştır. Örgütün

prestiji ve etkinliği giderek azalmıştır. Sağlık ve ilaçtaki gelişmeler, fakat bunun yanında dramatik olarak küresel ve ulusal düzeyde zengin ve fakir ölkeler arasındaki uçurumun açılması DSÖ' nün 21. yüzyılın ilk döneminde iyi ve kötü haberlerle baş başa bırakmıştır (Toktaş, 2001, 193). Özellikle ABD 1977 yılında belirlenen DSÖ' nün temel ilaçlar programına büyük eleştiriler getirmiştir. Bu program gelişmekte olan ölkelerde ucuz ve güvenilir ilaçların sağlanması ve ulusal ilaç sanayilerinin kurulmasına ilişkin bir programdır. Özellikle ABD kaynaklı büyük ilaç şirketleri patentli ve pahalı ilaçlar yerine ucuz eşdeğerlerinin kullanılmasını (jenerik ilaç) öngören bu politikalara şiddetle karşı çıkmışlardır.

Burada görölmesi gereken tıptaki gelişmelerin tüm insanlar için eşit olmadığıdır. Gelişmekte olan ölkelerde ilaç maliyeti gelişmiş ölkelerden daha yüksektir. Bu eşitizliğin bir başka özelliği aynı ölkede, fakat farklı yörelerde yaşayan insanların sağlık hizmetlerine ulaşmasındaki yetersizliktir.

1980'lerden sonra artan ekonomik kriz ve uygulanan Dünya Bankası ve IMF kaynaklı istikrar programları az gelişmiş ve gelişmekte olan ölkelerde sağlık hizmetlerinde büyük olumsuzluklara neden olmuştur. İstikrar programlarında sosyal ve kamu harcamalarının kesilmesi, özelleştirme, dış ticaretin liberalleştirilmesi gibi özellikler vardır. Bu uygulamalarla 1982–1987 döneminde güney ölkelerinden kuzey ölkelerine yaklaşık 287 milyar dolar kaynak aktarıldığı hesaplanmaktadır (şemin, 1995, 46–47).

1988 ve sonrasında ise giderek azalan bütçesi ve bu bütçeyi sağlayan gelişmiş ölkelerin örgüt üzerindeki etkinliklerini arttırmak istemeleri DSÖ bütçesine bütçe dışı kaynaklar ayrılmasını gündeme getirmiştir. Bütçe dışı kaynaklar ise Dünya Bankası, ve gelişmiş ölkelerin katkılarından oluşmaktadır. Sağlık hizmetleri çok boyutlu bir yapı içinde eğitim, sosyoloji, antropoloji gibi disiplinlerin katkısına gereksinim duyan, yoksulluk ve evre sorunları gibi sağlığın belirleyici faktörlerinin artan oranda göz önüne alındığı bir gelişme göstermektedir. DSÖ' nün yapısal erevesi bu gelişmelere yanıt vermede yetersiz kalmaktadır. Bu koşullarda DSÖ' nün 1978'de Alma-Ata'da belirlenen "2000 Yılında Herkese Sağlık" gibi hedeflerine ulaşması olanaksız görölmektedir. Günümüzde devletin rolünü yalnız koruyucu sağlık hizmetleriyle sınırlayan ve sağlığı tümüyle serbest piyasaya terk eden Dünya Bankası çizgisinde bir rol izlemeye yakın durmaktadır.

DSÖ' nün son dönem uygulamaları özellikle Avrupa Birliği odaklıdır. Dünya Bankası yapısal uyarlama politikaları temelinde uygulanan sağlık reformlarının 18 Haziran 1996 Ljubljana toplantısında Avrupa ülkeleri için yeniden düzenlendiği görülmüştür. Ljubljana toplantısında DSÖ' nün Avrupa bölgesinde yer alan üye ülkelerde sağlık bakımının gelişmesini sağlayacak ya da mevcut sağlık bakım sistemlerinin bütünlük içerisinde çalışmasını gerçekleştirecek ilkelerin belirlenmesini amaçlamaktadır. Toplantıda alınan en önemli kararlardan birisi de insanların sağlık durumlarındaki iyileşmelerin toplum kalkınmasının bir göstergesi olduğundan hareketle sağlık hizmetlerinin sağlık sektörünün insanın iyilik halini etkileyen tek sektör olmadığı ve çok sektörlülüğün sağlık reformlarının önemli bir yönünü oluşturduğunun saptanmasıdır. Sağlık hizmetlerinin şekillenmesinde halkın sesine kulak verilmesi, sağlık bakımının içeriğinin ve kalitenin belirlenmesinde vatandaşın görüşünün alınması gibi konular sivil toplumu da sağlık bakımının karar vericileri arasına sokmakta, bir anlamda bir yönetim örneği oluşturmaktadır.

### **5.1.2. Dünya Bankası**

Sağlık hizmetlerinde hükümetlerin ve pazarın konum ve işlevlerine ilişkin görüşlerde 1980 sonrası o tarihe kadar yalnızca bir ekonomik kuruluş olarak işlev gören Dünya Bankası ön plana çıkmıştır. Banka bu tarihlerden başlayarak ekonominin tüm sektörlerine doğrudan üretici ve düzenleyici olarak giren devletin rolünün ve etkinlik alanının kısıtlanmasını öngörmektedir. Dünya Bankasına göre devletin ana hedefi özel sektör için güçlendirici bir ortam ve yönetim paradigmasıyla uyumlu bir standart oluşturmaktır. Dünya Bankası'nın 1993 tarihli raporunda başlangıçta daha özel sektörcü duran Bankanın hükümetlere önem verdiğini görüyoruz. Hükümetlerin devrede olmasının Bankaya göre üç önemli ana nedeni vardır:

- (1) Yoksulluğun azaltılması
- (2) Sağlık hizmetlerinin eşitlikçi dağılımı
- (3) Piyasaların sağlık hizmeti sunumunda sağlık hizmetinin güçlü dışsallık (yani sağlık hizmetinin yalnız hizmeti kullananın değil, çevrenin de işe yaraması) ve kamu malı niteliklerine bağlı yetmezlikleri.

Aynı zamanda kamunun yetersizliği ise hükümetlerin pazar mekanizmasını kullanmalarını bir çözüm olarak gündeme getirmektedir. Böylece piyasanın yetersiz kaldığı sağlık hizmet alanları (koruyucu hizmetler gibi) hükümetlerin güdümünde olacak ve hükümet sağlık için asgari koşulları sağlayacaktır. Diğer alanlarda ise piyasa kendi iç dinamikleri ile verimliliği artırıcı etki yapacaktır (Şemin, 1995, 51).

Bu süreç içinde Dünya Bankası özellikle ekonomik finansör olarak ortaya çıkmıştır. Bankanın kaynaklarının yalnızca %5'inin sağlık alanına ayrılmasına karşın gelişmekte olan ülkelerde sağlık sektörü yatırımlarında en büyük dış finansör konumundadır. Bunu da projeler yoluyla yapmaktadır. Dünya Bankası'nın uluslar arası sağlık alanında etkinliğinin artması ve hatta belirleyici konuma gelmesi birtakım soruları da gündeme getirmektedir. Dünya Bankası da DSÖ gibi Birleşmiş Milletlerin bir üyesi olmakla birlikte etkinlik ve oy hakkı devletlerin katkısı düzeyinde olduğunda ABD ve benzeri devletlerin banka üzerinde mutlak hâkimiyetleri söz konusudur (Şemin, 1995, 51).

Dünya Bankası ilk kez Jamaika'da nüfus ve beslenme projesini destekleyerek proje çalışmalarına başladı. 1980'lere kadar daha çok sanitasyon, nüfus, su ve beslenme projeleri ile ilgilenmiştir. Bu yıldan itibaren doğrudan sağlık hizmetlerine eğilimi artmıştır. Dünya Bankası'nın verdiği yardımlar, DSÖ'nün yaptığı gibi bağış değil, kredi şeklindedir. Yine önemli bir nokta Dünya Bankası kamu sağlık projelerine doğrudan kredi verirken, DSÖ programları teknik yardım ve yönetim harcamalarını kapsar konumdadır. Sağlık alanında verilen kredilerin niteliği banka tarafından DSÖ'nün faaliyetlerini tamamlayıcı ve Alma-Ata Bildirgesi uygun projelerin desteklenmesi biçiminde gündeme getirilmiştir (Yıldırım, 2001, 552).

Dünya Bankası uluslararası sağlık alanında dört şekilde etkinlik göstermektedir:

- (1) Kredi verme.
- (2) Kalkınma bağışları - hibeleri
- (3) Politika danışmanlığı (ağırlıklı olarak maliyet-etkililik prensiplerine göre kaynak tahsisi ve sağlık hizmetlerinde kamunun ve özel sektörün yerinin yeniden tanımlanması).
- (4) Araştırma

DSÖ' nün 1980 sonraları ve 1990 başlarında ortaya çıkan etkinliğinin azalmasına bağlı olarak ortaya çıkan politika boşluğunu Dünya Bankası doldurmuştur. Dünyada yaşanan küreselleşme akımları DSÖ' nün rolünü oldukça sınırlamış ve finansal açıdan güçlü olan Dünya Bankası'nı ön plana çıkarmıştır (Yıldırım, 2001, 552).

Dünya Bankası sağlık politikalarında da DSÖ' nün yerini almaya başlamıştır. 1980'li yıllarda başlayan yapısal uyum politikaları çerçevesinde sağlıkta özelleştirmeyi ön plana çıkarmıştır. Devletin kaynak kullanımındaki beceriksizliği ve üretimde verimliliği sağlayamayacağı tartışmaları hizmet sektöründeki rolünü özel sektöre terk etmesi tezlerine yol açmıştır. Özellikle gelişmekte olan ülkelere yapılacak her türlü mali destek özelleştirme koşuluna bağlanmıştır. Bu terim ile ilgili olarak pek çok tanımlama yapılmıştır. Kimi yazarlara göre, özelleştirme; kamu yetkilerinin özel sektöre devri, kimine göre ise KİT'lerin özel sektöre satılmasıdır (Tatar, 1997, 75). “Özelleştirme herhangi bir faaliyetin üretiminde ve/veya finansmanında özel sektörün rolünün oransal olarak arttığı bir süreçtir. Bu süreç mülkiyet transferlerini içerebileceği gibi içermeyebilir de ve degülasyon, hizmet ihalesi, kullanıcı payları, kurumsal varlıkların satışı gibi tüm politika girişimlerini kapsar.” (Tatar, 1997, 76).

Desantralizasyon bu dönemde ortaya çıkan bir yapılandırma yöntemidir. Genel anlamıyla desantralizasyon; kamu hizmetlerinin planlanması, yönetimi ve karar alma süreçlerinde otoritenin ulusal düzeyden daha alt düzeylere ya da daha güncel bir deyişle yukarıdan aşağıya transferi anlamında kullanılmaktadır. Desantralizasyonun temelde yerel demokratikleşmeyi güçlendireceği varsayılmaktadır.

Dünya Bankası gelişmekte olan ülkelere, bu ülkelerin kalkınma çabalarına destek olmak üzere imtiyazlı krediler sağlar. Dünya Bankası'nın 2002 yılı kredilerinin sektörel dağılımı Çizelge 3'te verilmiştir.

**Çizelge 3.Dünya Bankası Kredilerinin Sektörsel Dağılımı (%)1999–2000  
(worldbank.org 2002).**

Sektör	Payı
Ekonomi Politika	15,1
Finans	11,6
Ulaşım	11,1
Tarım	9,2
Eğitim	6,8
Sosyal Koruma	6,8
Enerji	6,0
Kamu Sektörü Yönetimi	5,8
Nüfus, sağlık, beslenme	5,3
Su-sanitasyon(arıtma)	3,5
Kentsel Gelişim	3,1
Özel Sektör Gelişimi	2,7
Çevre	2,4
Çoklu Sektör	1,4
Petrol-gaz	0,7
Maden	0,6
İletişim	0,5

### 5.1.3. Uluslararası Para Fonu

Çok yoğun olmamakla birlikte IMF'nin de sağlık politikaları ile ilişkisi vardır. IMF'nin izlediği yapısal uyum politikaları diğer sektörleri olduğu gibi sağlık sektörünü de yakından ilgilendirmektedir. Bu etkileme sağlık hizmetlerinde özelleştirme, desantralizasyon ve sağlıkta kamu payının azaltılması şeklinde karşımıza çıkmaktadır.

### 5.2. Uluslararası Anlaşmalar

Küreselleşme, sermayenin dünyaya yayılma süreci olarak nitelendirildiğinde, kamu hizmetleriyle ilgili çelişkili iki ayrı görüntünün ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Bir tarafta sermayenin dayattığı hemen hemen bütün ülkelerde uygulamaya devam eden piyasa temelli kamu hizmeti politikaları devletin bu alandan çekilmesine yol açmaktadır. Uluslararası anlaşmalar bu sürecin kesintisiz işleme

için devreye sokulmakta, bu konudaki kararlar ülkelerin ulusal iradelerine bırakılmamaktadır. Başka taraftan ise küreselleşmenin meydana getirdiği dünya ölçeğindeki sorunlarla baş edebilmek için, küresel ölçekte kamu hizmeti sunma ihtiyacı ortaya çıkmakta ve bu küresel hizmetlerin üretilmesini sağlayacak küresel mekanizmaların arayışına girilmektedir (Tokatlıoğlu, 2005,127).

Küresel ölçekte bir düzenleme olarak GATS hizmet ticaretini serbestleştiren ve kamu hizmetlerini piyasaya bırakan ve çok sayıda ülkenin kabul ettiği önemli bir antlaşmadır.

### **5.2.1. Hizmet Ticareti Genel Anlaşması (GATS)**

1941 yılında ABD’de Dış İlişkiler Komisyonu adı verilen bir komisyon kurulur, amacını da şöyle tanımlar: “Amerikan finans ve sermayesinin ihtiyacı olan materyalleri mümkün olan en az stres ve zahmetle elde edebilmek için gerekli ekonomik ve askeri hâkimiyetin tüm dünyada kurulması”. Yine bu komisyon Bretton Woods konferansını toplayarak, Uluslararası Para Fonu, Dünya Bankası ve Tarifeler ve Ticaret Genel Antlaşmasının yapılmasını kararlaştırır. 1944 yılında Dünya Bankası, İkinci Dünya Savaşı sonrası yeniden imar için krediler ve güney yarımkürede kalkınma için öncelikli yörelere yatırım kredileri vermek üzere kurulur. Ancak temel amacı, ticaretin liberalizasyonu, bankacılık sektörünün kuralsızlaştırılması, devlet işletmelerinin özelleştirilmesi, vergi reformu ve sağlığın da içinde olduğu hizmet sektörünün serbest piyasa ekonomisine devredilmesidir. 1947 yılında kurulan Uluslararası Para Fonu ise, uluslararası ticaretin geliştirilmesi adı altında, sınırların güçlü tekellere açılmasını ve sosyal devlet ilkelerinden vazgeçilmesini gündeme getirmektedir (Saçaklıoğlu,2003,132).

GATS küreselleşme hamlesi içinde, hizmet ticaretini uluslararası tekellere açan ilk çok taraflı anlaşmadır. Esas olarak 1985’te imzalanan MAI (Çok Taraflı Yatırım Antlaşması) ve MIGA (Çok Taraflı Yatırımları Garantileme Ajansı) politikalarını Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Teşkilatı (OECD) üzerinden yürütüyordu. Çok gizli yürütülen bu antlaşmalara Türkiye 1988’de imza atmış ama basına yansiyıp gizliliği kalmayınca, görüşmelerin durdurulduğu açıklanmıştı. DTÖ’nün kurulması ile küreselleşmede hedeflenen bu ilişkiler OECD’den alınıp DTÖ üzerinden yürütülmeye başlandı. GATS, DTÖ içinde yürütülen ve 1995 yılında



imzalanan bir antlaşmadır. Türkiye bu antlaşmaya kurucu üye olarak DTÖ' ye üyeliği ile birlikte 1995'te katıldı (Barikat, 2003).

GATS anlaşması kamu hizmetlerini yabancı yatırımcı ve pazarlara açmayı amaçlamaktadır. DTÖ üyelerinden gerekli düzenleme reformlarını yaparak kendi yasalarını uluslararası ticaret yasalarına uydurmalarını şart koşturmaktadır. Ulusal hükümetlerin iç politikaları DTÖ' nün temel öznesidir. Eğer hükümetler bu taahhütleri vermiyorsa DTÖ ülkelere ticari cezalar uygulamaktadır. ABD ve Avrupa Birliği, bu yeni güçlerin kendi ekonomileri için bir avantaj olduğuna ve çok uluslu şirketlerine destek sağlayacağına inanmaktadırlar (Kutbay, 2003, 62).

Ticaretin küreselleşmesi küreselleşmenin temel unsurlarından biridir. Ticaret sadece mal değişimini değil, aynı zamanda hizmet değişimini de içermektedir. 1980'lerden beri bilgi ve iletişim teknolojisinde yaşanan gelişmelerin uluslararası hizmet ticaretine de yansıdığını ve hizmet ticaretinde hızlı artışlara yol açtığını söyleyebiliriz. Dünya ticaretinin dörtte birine yakın bir bölümünün ve uluslararası dolaysız sermaye yatırımlarının beşte dördünün hizmetlerden oluştuğu ( Tokatlıoğlu, 2005, 128 ) düşünülürse GATS'ın önemi ortaya çıkmaktadır.

Hizmet ticaretinin serbestleştirilmesi, 1980'li yıllarda hizmet ticaretindeki gelişmelere bağlı olarak, 1990'lı yıllarda dünya ticaretini düzenleyen kuruluşların gündemine gelmiştir. Dünya ticareti ile ilgili ilk örgütlenme olan Gümrük Tarifeleri ve Ticaret Genel Antlaşması (GATT), 1947 yılında ortaya çıkmıştır. Uluslararası Para Fonu ve Dünya Bankası ile birlikte, uluslararası ekonominin düzene kavuşturulmasına yardım etmek ve iki savaş arası dönemde uygulanan korumacı politikalara tekrar dönülmemesini sağlamak ve uluslararası ekonomik istikrarı tesis etmek üzere oluşturulan kurumlardan biridir. GATT, uluslararası mal ticaretini denetlemekle ve özellikle gümrük engellerinin azaltılmasıyla, bu ticaretin serbestleştirilmesiyle görevlendirilmiştir. Bu nedenle başlangıçta GATT'ın kapsamı sınırlıydı. GATT' dan GATS'a gelene kadar geçen zaman içinde çok sayıda görüşme yapıldı. 1948 Cenevre görüşmelerinden Uruguay görüşmelerine kadar uzanan turlarla birlikte imza sürecine gelindi (Tokatlıoğlu, 2005, 129). Doksan yedi gün süren Uruguay Oturumu görüşmelerine 125 ülke katılmıştır. GATT kuralları yeniden gözden geçirilmiş ve kapsama yeni alanlar dahil edilmiştir. DTÖ Uruguay oturumu görüşmelerinden çıkan üç antlaşmayı tek karar ve yönetim organı altında

birleştirmektedir. Bu antlaşmalar, Gümrük Tarifeleri ve Ticaret Genel Antlaşması (GATT), Hizmet Ticareti Genel Antlaşması (GATS) ve Ticaretle Bağlantılı Fikri Mülkiyet Antlaşmasıdır (Kutbay, 2002, 26).

GATS, hizmet ticaretini serbestleştirmeyi amaçlayan bir anlaşma olarak “hizmet”i şöyle tanımlamıştır: ”Resmi otoritenin uygulanmasında sunulan hizmetler dışında kalan her sektördeki hizmetleri kapsar. Resmi otoritenin uygulanmasında sunulan hizmet; ticari amaç dışında bir ya da daha fazla hizmet sunucusuyla rekabet etmeksizin sunulan hizmettir” (Kutbay, 2003, 63).

GATS; su, telekomünikasyon, sağlık ve eğitim gibi 160 hizmet sektöründe yönetimi ele almayı amaçlayan karmaşık bir süreçtir. GATS Antlaşmasında belirtilen 12 hizmet sektörü şunlardır (Yılmaz, 2006, 1):

- (1) Mesleki hizmetler
- (2) İletişim hizmetleri
- (3) İnşaat ve Bağlantılı mühendislik hizmetleri
- (4) Dağıtım hizmetleri
- (5) Eğitim hizmetleri
- (6) Çevre hizmetleri
- (7) Mali (finans ) hizmetleri
- (8) Sağlıkla ilgili ve sosyal hizmetler
- (9) Turizm ve seyahat ile bağlantılı hizmetler
- (10) Eğlence, kültür ve spor hizmetleri
- (11) Taşımacılık hizmetleri
- (12) Başka yere dahil edilmemiş diğer hizmetler.

Sayılan sektörlerde de görüldüğü gibi hem kamusal hem de özel sektör hizmetlerinin hemen hemen hepsi GATS içinde yer almaktadır.

GATS’a göre pazara giriş, milli muamele ve en çok kayırılan ülke antlaşmanın temel ilkeleridir. Ulus devletler yabancı ülke devletlerinin pazara girişini engelleyen önlemler almaktadırlar. Yabancı şirketlere karşı kendi şirketlerine sübvansiyonlar uygulayarak destek olmakla avantaj sağlamaktadırlar. GATS Antlaşması tüm bunları engelleyecek şekilde oluşturulmuştur (Kutbay, 2002, 27–28).

Bir hizmetin uluslararası sermayeye açılmasının önündeki en büyük engel, kamu sektörü tarafından görülen bir hizmetin, ticari nitelik taşımaması ve hizmetin

yerine getirilmesi sırasında rekabetin oluşmamasıdır. Rekabet ve ticaret koşulları bir hizmet alanında geçerliyse bu hizmet GATS kapsamına alınmalıdır. Hem kamu hem piyasa tarafından üretilen hizmetler ticari hizmet olarak kabul edilmektedir (Tokatlıoğlu, 2005,130).

Eğitim, sağlık, ulaşım, haberleşme gibi toplumsal nitelikli hizmetler GATS Antlaşmasına göre kamu hizmeti olmaktan çıkıp ticari hizmet olarak değerlendirilmektedir. Kamu eliyle verilseler de piyasadaki rekabet koşullarına uyarak yerine getirilmesi ticarileştirilmesi antlaşma ile güvence altına alınmaktadır. Yani kamu tarafından sunulan hizmetlerin fiyatları cari piyasa fiyatı ile kullananlara sunulacaktır (Yılmaz, 2004).

### **5.2.2. GATS ve Sağlık Hizmetleri**

Dünya Ticaret Örgütü, diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık, tıp ve sosyal hizmetler sektörlerindeki ekonomik ve gelişimsel düzenlemeleri GATS Antlaşmasının getirdiği ilkeler doğrultusunda yapmaktadır. DTÖ' ye göre ekonomik açıdan gelişmiş ülkelerin çoğunda sağlık hizmetleri sektörü giderek büyüyen ekonomik bir devdir. ABD'nin GSMH'nın %6'sı sağlık sektörüne harcanmaktadır (Kutbay, 2003, 66). Buna rağmen dünyanın en zengin ülkesinde yaşayıp da sağlık sistemine dahil olmayan 45 milyon insan vardır (Milliyet, 2006, 12 Temmuz).

Özellikle sosyal güvenlik sistemlerinin yaygınlaşmasından sonra sağlık tam bir kapitalist pazar alanı ve meta haline gelmiştir. Yani sağlık hizmeti bir tüketim objesi olarak toplum bilincinde yer almıştır. Bugün sağlık talebinin bundan başka bir anlamı yoktur. Sağlık hizmetine olan talep ve hizmet kullanımı her geçen gün artmaktadır. Talep artışı toplumsal bir davranış modeli olarak yerleşmektedir. Özellikle gelişmiş ülkelerdeki burjuva demokrasininin bazı özellikleri (insan hakları, sağlık hakkı) dolayısıyla yerleşen talebin azaltılması pek olanaklı değildir. Çünkü merkez ülkelerindeki sağlık hizmeti kullanımını azaltmaya yönelik her söz artık bireysel özgürlüklere saldırı olarak yorumlanmaktadır. Daha çok talep tedavi edici sağlık hizmetlerine yönelik olduğundan teknoloji yoğun kullanılmaktadır. Bunun sonucunda da ilaç ve tıbbi teknoloji tekelleri, özel hastaneler pazardan büyük oranda pay almaktadırlar (Belek, 2001, 336).

Sağlık hizmetindeki uluslararası ticarete büyüme, sağlık personelindeki büyük hareketlilik, sağlık turizmi paketleri, yabancıların sağlık bazındaki yatırımları ve sağlık sigortası şirketleri ile ilişkilendirilebilir. Gelişmiş ülkelerdeki son eğilimler halk sağlığının gündem dışı bırakılması ya da yüksek teknolojiyi kullanabilen sağlık personeli azlığıdır. DTÖ ve GATS bu senaryoları olabilir olarak öngörmektedir. DTÖ bilindiği gibi diğer sektörlerde olduğu gibi sağlıkta da serbest ticaretin sağlanması yolunda görüşmeler yapmaktadır.

**DTÖ'nün sağlık alanında öngördüğü dört önemli ana başlık şöyle özetlenebilir (Kutbay,2003,67):**

- (1) Teknik düzenlemeler ve standartlar
- (2) Sağlığın ölçülmesi
- (3) Ticarete koruma
- (4) Hizmet ticareti

**Burada GATS'ın saptamaları şunlardır (Kutbay,2003,67):**

(1)Sağlık hizmetlerinin ticarete konu edilmesinin GATS taahhütleri açısından nasıl olacağı ve sağlık sistemlerini nasıl etkileyeceği.

(2) GATS taahhütlerinin üye ülkelerce kabul edilerek, bu ülkelerde sağlık hizmetlerinin ticari koşullara uygun olarak düzenlenmesinin sağlanması ve bu konuda gereken yardımın yapılması.

(3) Gelişmiş ülkelerdeki sağlık otoritelerinin eğitiminin ve konu ile ilgili rehberliğin sağlanması, ulusal sağlık politikalarının GATS taahhütlerine göre değiştirilmesinin sağlanması.

**GATS'ın bu amaçları gerçekleştirmek için yapacakları ise şunlardır (Kutbay, 2003, 67):**

(1) Bölgesel ticaret antlaşmalarının GATS 2000 görüşmeleri ile hedeflenen amaçlara ulaşımının sağlanması ve bu amaçla gerekli iletişim ağlarının kurulması.

(2) GATS'ın sağlık sistemine etkileri konusunda görüşmeler yoluyla ülkesel kapasitelerin geliştirilmesi, sağlıkla ilgili GATS taahhütlerindeki standart araçlar, metotlar ve araçlarla ilgili gözlem ve analiz yapılması.

Diğer sektörlerde olduğu gibi devletler, ekonomik ve düzenleyici gelişmeleri sağlamak için tıbbi, sağlık ve sosyal hizmet sektörlerinde de çeşitli taahhütlerde bulunmuşlardır. GATS antlaşmasının, sağlık sektöründeki yükümlülüklerini kabul

etmiş ülke sayısı azdır. DTÖ üyelerinin %27'si (sanayileşmiş ülkelerle gelişmekte olan ülkelerin yarısı) yabancı girişimcilere hastane hizmeti vermeyi kabul etmiş, %35'i bunu tıp ve diş hekimliği için benimsemiştir. DTÖ üyesi ülkelerin %19'u (çoğunlukla sanayileşmiş ülkeler) doktorlar dışında kalan sağlık personeli hizmetlerini programlamıştır. Bu konudaki bağlantıları sağlayacak olan uluslararası örgütler ise DSÖ, UNCTAD, Dünya Bankası ve OECD'dir. Sektör politikasında temel hedef sağlık harcamalarını disipline etmek ve kalite eşitliği sağlamaktır. 1990'lı yılların ortalarında OECD ülkeleri sağlığa yılda 2 trilyon dolar harcamışlardır ki bu dünya sağlık harcamalarının %90'ına karşılık gelmektedir. Çoğu OECD ülkesinde, sağlık harcamaları GSMH'nin %8'dir. Gelişmekte olan ülkelerde bu oran %5'tir. Bu kamu ve özel sağlık harcamalarının toplamıdır. Kamu harcamalarının çoğu devlet bütçesinden finanse edilmektedir. OECD ülkelerinde hastane hizmetlerinin total harcamanın %40-50'si, ilacın ise %30-40'ı olduğu hesaplanmıştır. DTÖ, küresel bazda kişi başına sağlık harcamalarının dramatik olarak değiştiğini belirtmektedir. En az gelişmiş ülke sayılan Bangladeş, Gana ve Nijerya'da yıllık harcama 5 dolar iken, İsviçre ve ABD'de 3500 dolardan fazladır. Harcamadaki bu farklılıkların tıbbi destek ve nüfusun sağlık durumundaki nitelik ve nicelik açısından farklılıkları yansıttığını gösterdiği ileri sürülmektedir. Örneğin Sri Lanka'da diğer ülkelerden 30- 40 kat fazla sağlık harcaması yapıldığı halde ortalama ömrün 1996'da 73 yıl olduğu belirlenmiştir. ABD'de sağlığa ilişkin harcamalar GSMH'nin %14'ü düzeyine yükselmektedir. Yaşlılarda sağlık sigortasına harcanan para GSMH'nin %2,5'ini oluşturmaktadır. Fonların yaptığı harcama 1997'de 200 milyar dolardır. DTÖ' nün yaptırdığı deneye dayalı araştırmalar göstermiştir ki tıbbi ve sağlık hizmetlerinin uluslararası ticaret hacmi hala görece olarak azdır. Son zamanlardaki DSÖ yayımları ise tıbbi hizmetlerde sınır ötesi ticarete bir artışı göstermektedir. ABD'li uzmanlar tele tıp aracılığı ile Körfez Ülkeleri, Ürdün gibi ülkelere destek sağlamaktadır. Aynı yöntem kimi Asya Ülkeleri arasında da vardır. Tele tıp uygulamaları ülkelerdeki coğrafi engelleri de ortadan kaldırmaktadır (Kutbay, 2003, 69). Tele tıp yöntemiyle ABD'de çekilen bir MR bir Asya ülkesindeki hekim tarafından değerlendirilmektedir. Asyalı bir hekim ile ABD'li bir hekimin çalışma ücretleri dikkate alındığında çok daha düşük fiyatlarla bu işlemler gerçekleştirilebilmektedir.

## ÜÇÜNCÜ KESİM

### TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ, YAŞANAN DÖNÜŞÜM VE SAĞLIK HAKKININ GELECEĞİ

Araştırmanın bu kesimi beş bölüm olarak sunulmuştur. İlk bölümde Türkiye’de sağlık hizmetleri, gelişimi ve örgütlenmesi; İkinci bölümde Yeni kamu yönetimi anlayışıyla birlikte kamu hizmetlerinde yaşanan dönüşüm; Üçüncü bölümde Türkiye’de sağlık reformu çalışmaları; Dördüncü bölümde sağlık hakkı; Beşinci bölümde sağlık hizmetlerindeki dönüşüm sonucunda sağlık hakkının geleceği ele alınmıştır.

### 6. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ, GELİŞİMİ VE ÖRGÜTLENMESİ

Araştırmanın bu bölümünde;“Sağlık,sağlık hizmetleri ve sınıflandırılması”, “Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişimi “ ve “ Türkiye’de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi” incelenmiştir.

#### 6.1. Sağlık, Sağlık Hizmetleri ve Sınıflandırılması

Bu alt bölümde “Sağlığın tanımı ve önemi”, “Sağlık hizmetleri” ve “Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması” ele alınmıştır.

##### 6.1.1. Sağlığın Tanımı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı; “ Sadece hastalık ve sakatlığın olmaması hali değil, kişinin bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde olması” diye tanımlamaktadır. Bu yaklaşımda, sosyal ve fiziksel karakterlerin yanında ruhsal iyilik hali de göz önünde tutulmuştur. Sağlık kısaca, sağlıklı olmama, hasta olmama halini ifade eden bir kavramdır. Günümüzde genel kabul görmüş olan Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımına göre ise sağlık; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Tanımdan da anlaşılacağı üzere sağlık sadece bedensel olarak iyi olma hali değildir, ruhi ve sosyal boyutları da mevcuttur (Öztek, 2001, 294).

. Sağlığı daha geniş bir çerçevede içinde ve yaşamdaki sosyo-ekonomik, politik ilişkilerle birlikte ele alan bu tanım, esasen yeni tür bir yaklaşımın göstergesidir. Sağlığın ekonomik boyutunu dile getirmektedir. Sağlık ile ilgili bir başka tanım ise,

bir canlının kendi hücresel çekirdeğinde şifreli bütünlüğünü ve kararlılığını korumak yolunda oluşmuş maddesel örgütlenişin bir bozukluk olmaksızın çalışması ve aynı canlının daha üst düzeyde bir örgütlenişi başarabilmesi sürecidir şeklindedir (Belek vd., 1998, 23-24).

Sağlığın tanımlanmasındaki ekolojik yaklaşım ise sağlığı; “Kişinin fiziki, ruhi ve sosyal açıdan çevreyle uyumudur” şeklinde tanımlamaktadır. Bu yaklaşıma göre insanı anlayabilmek hastalık ve sağlığını değerlendirebilmek için onu çevresiyle bir bütün olarak kavrayabilmek ve insanla çevresi arasındaki etkileşimi anlamak gerekir. Biyolojik, fiziki ve sosyal çevre olarak ayrılabilen çevre faktörleri ve insan sürekli etkileşim içindedirler. Etkileşim sadece insan ve çevre faktörleri arasında değil aynı zamanda bunlar arasında da vardır. Bu etkileşim ağı içinde insanı bir bütün olarak görmek gerekir. Bu yaklaşım tarzı bütüncül bakış olarak adlandırılır (Ak, 2001, 300).

Radikal bir sistem eleştirmeni olan İlich’e göre sağlığın tanımı şöyledir: “Sağlıklı olmak yalnızca gerçekte baş edebilmede başarılı olmak değil, aynı zamanda başarının mutluluğunu da tatmaktır; mutlulukta da acıda da yaşayabildiğini duyumsamaktır...”(Uz, 2001, 352).

İnsan daha doğmadan sağlık hizmetine gereksinim duymakta ve bu ihtiyacı yaşamı boyunca devam etmektedir. Sağlığın önemi yaşamın anlamı ile örtüşmektedir. İnsan Hakları Evrensel Bildirisi, sağlığa verdiği önemi “Hiçbir ekonomik zorunluluk insan sağlığına zarar verecek bir işlemin nedeni olamaz” diye belirtmiştir. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nda da sağlık vazgeçilmez bir hak olarak vurgulanmış ve devletin güvencesi altında olduğu belirtilmiştir.

İnsanlar toplu yaşamaya başladıklarından beri sağlık hizmeti profesyonelce verilmiş, gerçek anlamda ilk hekimler ise köleci toplumda ortaya çıkmıştır. Hekimlik hizmeti günümüze kadar biçimsel olarak birçok değişime uğrasa da, özü aynı kalmıştır. Bilim ve teknolojinin gelişmesi sağlık hizmetlerinde yeni uzmanlık dallarının ortaya çıkmasına neden olmuştur. Hemen her gün tıp biliminde yeni bir gelişme kaydedilmektedir.

Günümüzde sağlık, ulusal düzeyde ve çok yönlü toplumsal bir sorun niteliğine bürünmüştür. Özgürlükçü demokrasilerin egemen olduğu ülkelerde genel olarak kamuoyu, özel olarak da siyasal partiler, sendikalar ve meslek kuruluşları konuyla ilgili tartışmalarda taraf durumundadırlar. Bu ülkelerde sağlık sorunları fen

bilimlerinin ve toplumbilimi üyelerinin ortak çalışmalarına ve değerlendirmelerine konu olmaktadır. Artık sağlık hasta ve hekim arasında bir ilişki olmaktan çıkmış, siyasal iktidarın ulusal düzeyde ele alıp planlamak zorunda olduğu, yaşamsal öneme sahip güncel bir sorun olmuştur.

### 6.1.2. Sağlık Hizmetleri

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmeleri sağlamak ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne “sağlık hizmetleri” denir (Öztek, 2001, 295).

Rahmi Dirican, sağlık hizmetlerini tanımlamanın güçlüğünü belirterek; “Belirli sağlık kuruluşlarında, değişik tip sağlık personelinin yararlanılarak, toplumun bütün gereksinme ve istemlerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını, her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş bir sistem” olarak tanımlamıştır (Dirican, 1990, 48 ).

Sağlık hizmetleri gerçekte, kamu sağlığı örgütlerinin çalışmalarını ifade eder. Ancak genel olarak, sağlığın korunması ve hastalıkların tanı ve tedavisi için yapılan çalışmalar anlamında da kullanılır (Fişek, 1985, 4). Çok yaygın kullanılan şekli ile “sağlık hizmeti” terimi, koruyucu sağlık hizmetlerini ve özellikle de birinci ve ikinci basamak tedavi ve hasta bakım hizmetlerini ifade etmektedir.

Kısaca sağlık hizmetleri; kişilerin ve toplumların sağlıklarının korunması, bozulan sağlıklarının tedavi edilmesi, akıl, beden ve sosyal yönden sakat kalanların ise rehabilite edilmelerine yönelik tüm faaliyetleri kapsayan hizmetler bütünüdür.

Sağlık hizmetlerinin toplumsal refahı artırıcı ve yaygınlaştırıcı etkisinin kolayca görülüp anlaşılması, tüm bireylerde ondan eşit ve yeteri kadar yararlanma özlemini geliştirmiştir. Tüketicilerin bu bilinçli ve haklı isteminin yanı sıra, konunun çözüm bekleyen çağdaş toplumsal sorunların başında gelmesi de sağlık hizmetlerini önemli kılan bir diğer etmendir.



Sağlık hizmetlerinin temel amacı; toplumun tüm bireyelerine doğuştan kazandırılan sağlıklı olmak hakkının sağlanması ve devamlılığı için yeterli yaşam düzeyinin sunulmasıdır (Tuncel vd, 1992,13). Bunun gerçekleşmesi için öncelikli koşul, kişilerin hasta olmamasını sağlamak, yani onları hastalıktan korumaktır. Mevcut imkânlarla her türlü çabaya rağmen toplumun tüm bireyelerini her türlü hastalıktan korumak mümkün olamaz. Dolayısıyla toplumda bazıları hastalanır. Bu takdirde sağlık hizmetlerinin ikinci yönü; “hastalanan bireyelerin tedavisi” söz konusu olur. Ayrıca mevcut sağlık bilgisi, teknolojisi ve imkânlarıyla her türlü hastalığın tedavisi mümkün olmayabilir. Hastaların bir kısmı ölmekte ve sakat kalabilmektedir. Sakat kalan bireyelere de iyileştirme hizmetleri verilmektedir. Temel sağlık hizmetleri sağlam topluma, tedavi edici sağlık hizmetleri hasta topluma yöneliktir. Sağlık ve toplum ilişkisi şöyle gösterilebilir:

**Çizelge 4: Sağlık- Toplum İlişkisi (Varol, 1993, 3).**

	<b>SAĞLIK</b>		
<b>TEDAVİ EDİCİ SAĞLIK HİZMETLERİ</b>	<b>HASTA HAKKI</b>	<b>SAĞLIK HAKKI</b>	<b>TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ</b>
	<b>TOPLUM HASTA / SAĞLAM</b>		

Yukarıdaki çizelgeden de anlaşılacağı üzere, sağlam topluma verilen temel sağlık hizmetleri karşılığında sağlam toplumun sağlık hakkı beklentisi bulunurken, hasta topluma verilen sağlık hizmetleri karşılığında hasta toplumun da hasta hakkı bulunmaktadır (Varol, 1999, 3).

Sağlık hizmetleri ülkemizde, son yıllarda en çok tartışılan konulardan biridir. Bu hizmetlerin sağlanmasının ekonomik ve sosyal yönüyle birlikte psikolojik ve ahlaki yönü de söz konusudur.

### **6.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması**

Sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere üç ana başlık altında incelenmektedir.

Koruyucu sağlık hizmetleri, kişiye yönelik ve çevreye yönelik olmak üzere iki alt başlıkta toplanmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri, birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri olarak genel anlamda üç başlığa ayrılmaktadır. Rehabilitasyon hizmetleri ise, sağlık iyileştirme ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere iki kategoride ele alınıp incelenmektedir.

#### **6.1.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Koruyucu sağlık hizmetlerini; adından da anlaşılacağı gibi kısaca kişilerin hastalanmasını önlemek için yapılan sağlık hizmetleri olarak tanımlayabiliriz. Yani bu sağlık hizmetleri sağlıklı kişilere verilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerini iki ana guruba ayırmak mümkündür (Sargutan, 1993,10):

Kişiye ve Topluma Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri:

- (1) Sağlık eğitimi
- (2) Ana/çocuk sağlığı ve aile planlaması
- (3) Bağışıklıma
- (4) Yerel endemik hastalıkların önlenmesi
- (5) Sağlıklı beslenme
- (6) Erken tanı ve hastalık kayıtları
- (7) Sosyal yardım hizmetleri
- (8) Zararlı alışkanlıklara karşı mücadele
- (9) İşçi sağlığı ve iş güvenliği
- (10) Okul sağlığı hizmetleri
- (11) Toplu yaşam ortamı (kışla, hapisane) sağlık hizmetleri
- (12) Merkezi ve mahalli idarenin diğer hizmetleri

Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri:

- (1) Çevre ve hava kirliliğinin önlenmesi
- (2) Katı ve sıvı atıkların hijyenik (sağlıklı) imhası
- (3) Radyasyon güvenliği
- (4) Merkezi ve yerel idarenin diğer hizmetleri bu guruba girmektedir.

### 6.1.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri hastalanan veya herhangi bir şekilde yaralanan, beden ve ruh sağlığını kaybetmiş kişilerin iyileştirilmesi için yapılan sağlık hizmetlerinin tümüdür. Bu hizmetler de kendi içerisinde üç kademeye ayrılmaktadır.

**Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri:** Hastanın ilk başvurduğu sağlık kuruluşunun verdiği sağlık hizmetleridir. Birinci basamak sağlık hizmetleri ayakta bakım hizmetleri olarak da adlandırılmaktadır. Bu hizmetin verildiği birimlerde hasta yatağı bulunmaz, yatarak tedavi edilmesi gereken hastalar bir üst sağlık kuruluşuna sevk edilirler. Bu sisteme sevk zinciri denmektedir.

Ülkemizde sevk zinciri uygulamalarının etkili ve verimli bir şekilde işletilebildiği söylenemez. Bunun nedenleri çok ve çeşitlidir. Sevk zincirinin çalıştırılmamasının en önemli nedeni birinci ve ikinci basamaktaki hekimlerin yöneticilerin bu konuya yeterli önemi vermemeleridir. Bu durum düzeltilmediği takdirde hastanelerin verimli çalışmaları sağlanamaz, hastanelere başvuran hasta sayıları azaltılamaz, hastaların bekleme süreleri kısaltılamaz, muayene süreleri uzatılamaz ve bunların sonucu olarak da doğru tanıları konup etkili tedaviler uygulanamaz (Öztek, 2001, 295).

Türkiye’de birinci basamak sağlık kuruluşları arasında yer alan hizmet birimlerinin başlıcaları şunlardır (Öztek, 2001, 295):

- (1) Sağlık evi,
- (2) Köy tipi sağlık ocağı
- (3) İlçe tipi sağlık ocağı
- (4) İl tipi sağlık ocağı
- (5) Verem savaş dispanseri,
- (6) Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi,
- (7) Ruh sağlığı dispanseri,
- (8) Deri ve tenasül hastalıkları dispanseri,
- (9) Cüzam savaş dispanseri,
- (10) Hudut sahil ve hava limanı denetleme merkezi,
- (11) Kurum tabipliği,
- (12) İşyeri tabipliği,
- (13) Üniversite mediko-sosyal hekimliği,

(14) Özel muayenehane.

**İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri:** Buna yataklı tedavi hizmetleri de denmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşunda tedavi edilemeyen vakalar buralarda uzman hekimlerce tedavi edilmektedir. Devlet hastaneleri, sağlık merkezleri ve özel hastaneler ikinci basamağa örnektir.

Hastanelerin temel işlevi yataklı tedavi kuruluşu olmalarıdır. Poliklinik hizmetleri hastanelerin asıl hizmetlerinden değildir. Birinci basamak hizmetlerinin verimli bir biçimde işletilebildiği yerlerde hastanelerde poliklinik hizmetlerinin verilmesi gerekmez. Almanya’da bazı hastanelerde poliklinik hizmetleri verilmemekte bu işlemler ayrı sağlık birimlerinde yapılmaktadır.

**Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri:** Özel dal hastaneleridir. Bu hastaneler en yüksek tıp teknolojilerinin uygulandığı gelişmiş tedavi merkezleridir. Üçüncü basamak sağlık kuruluşları genellikle ya belirli bir hastalığın tedavisi ile ilgilenirler ya da belirli yaş gruplarına hizmet verirler.

Ülkemizde üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının başlıcaları şunlardır (Öztek, 2001, 298):

- (1) Doğum ve çocuk bakımevi
- (2) Çocuk hastanesi
- (3) Göğüs hastalıkları hastanesi
- (4) Ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi
- (5) Kemik hastalıkları hastanesi
- (6) Onkoloji hastanesi
- (7) Fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezi
- (8) Deri ve tenasül hastalıkları hastanesi
- (9) Lepra hastanesi
- (10) Diş hastanesi

Üniversite hastaneleri de üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlar arasında kabul edilmelidir. Ancak bu hastaneler aynı zamanda ikinci basamak tedavi hizmetlerini de vermektedirler.

### 6.1.3.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyon (esenlendirme) bedence ya da ruhça sakat kalmış olanların, başkalarına bağımlı olmaksızın yaşayabilmelerini sağlayabilmek için yapılan bütün çalışmaları kapsar. Tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere iki türlü rehabilitasyon hizmeti vardır. Sakat ve çalışma gücünü yitiren kişilere, işgücü ve çalışma olanağı sağlamak için, hekim ve sağlık personeli tarafından sağlık rehabilitasyonu, sosyal çalışmacılar tarafından iş bulma, işe uyum sağlama gibi konularda yapılanlar ise sosyal rehabilitasyon hizmetlerini oluşturmaktadır.

## 6.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

Bu alt bölümde Cumhuriyetin kuruluşundan 1980’lere sağlık hizmetlerinin gelişimi incelenmiştir.

### 6.2.1. Cumhuriyetin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri

Kurtuluş Savaşı döneminde, TBMM’nin yaptığı ilk işlerden biri, Bakanlar Kurulu’nun oluşturulmasıydı. 2 Mayıs 1920 tarihli ve 3 sayılı kanunla oluşturulan Bakanlar Kurulu’nda sağlık işlerinin tek bir elden yönetilmesi amacıyla, o günkü adıyla “Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti” (Sağlık Bakanlığı) kurulmuştur. 3 Mayıs 1920’de yapılan Bakanlar Kurulu toplantısında Dr. Adnan Adıvar ilk Sağlık Bakanı olarak yer almıştır (SSYB, 1973, 30).

Ankara Vilayet Konağının bir odasında bir sağlık memuru ile bu görevi yürütmeye başlayan Dr. Adnan Adıvar, öncelikle İstanbul Hükümeti Sağlık Örgütünün bütün kanun ve nizamnamelerini temin etmiş; görev yapan hekimlerin listesini oluşturmuş; küçük bir merkez örgütü kurarak taşrada mevcut sağlık birimlerinin göreve devamını sağlamıştır (SSYB, 1973, 31).

Bakanlıkça hazırlanan ilk bütçe tasarısında Merkez ve Taşra Örgütü şöyle belirlenmiştir (SSYB, 1973, 31).

**Merkez Örgütü:** Hıfzıssıhha Dairesi, Sicil Dairesi, Muhasebe ve Evrak Kalemi’nden oluşur.

**Taşra Örgütü:** Sağlık Müdürlükleri, Hükümet Tabiplikleri, Belediye Tabiplikleri, Karantina Tabiplikleri, Küçük Sıhhiye Memurlukları, Bakanlığın Taşra

Örgütü 1871 yılında yapılan düzenleme ile kurulan Sıhhiye Müfettişlikleri ve Memleket Tabipliklerinin devamı niteliğindedir.

Sağlık Bakanlığı'nın bu şekilde örgütlenmesi, dönemin sağlık politikalarını da yansıtmaktadır. Buna göre Sağlık Bakanlığı o dönemin en önemli sağlık sorunu olan bulaşıcı hastalıkların önlenmesine çalışacak, tedavi hizmetleri ise yerel yönetimlerin inisiyatifine bırakılacaktır. Aynı zamanda Hükümet Tabiplikleri eli ile yoksul hastaların ücretsiz muayene ve tedavileri yapılacak ve ilçedeki sağlık kuruluşlarının denetimi sağlanacaktır. Bu genel politikaya karşılık Bakanlık dönemin gereksinimleri doğrultusunda göçmen işleri, öksüz yurtları vb. konularla da ilgilenmiştir. Dr. Adnan Adıvar'ı takiben Dr. Refik Saydam ve Dr. Rıza Nur'un Sağlık Bakanı olarak görev yaptığı TBMM Hükümetleri döneminde Bakanlık, örgütünün yeniden oluşturulması, ilgili mevzuatın derlenmesi, savaşta yaralananların tedavisi ve sayısı iki milyona yakın iç ve dış göçmenlerin barındırılması ve savaş mağduru çocukların barındırılması konularıyla uğraşmıştır (SSYB, 1973, 32–34).

1920 yılının ilk aylarında Batı Cephesi'nde başlayan tifo, kolera vb. bulaşıcı hastalıklara karşı İstanbul'da 1908'den beri çalışmakta olan Aşı haneden istenen aşılardan düzenli bir şekilde sağlanamayınca, Anakara'da aşı üretilmesine karar verilmiştir. Anadolu'ya geçen birkaç hekim Cebeci Hastanesi'ndeki Birinci Dünya Savaşı'ndan kalma bir laboratuvar kalıntısından faydalanarak çeşitli aşılardan hazırlamayı başarmışlardır (Gürsoy, 1995, 1716–1735).

Bu olay da göstermektedir ki, bu dönemin sağlık hizmetlerinde öncelik savaşın gereklerine verilmiş ve savaşın olumsuz koşulları belirleyici olmuştur. Cumhuriyet döneminin başlangıcındaki, sağlık hizmeti örgütlenmesi ve dönemin sağlık sorunları, Osmanlı İmparatorluğu'ndan kalan miras olarak görülebilir. Henüz Cumhuriyet kurulmadan, sağlık hizmetlerinin İçişleri Bakanlığı'ndan ayrılarak bağımsız bir Bakanlık şeklinde örgütlenmesi ise, Ulusal Bağımsızlık Mücadelesi veren kadroların sağlık hizmetlerine verdiği önemi göstermektedir. Nitekim Avrupa'nın birçok ülkesinde sağlık hizmetleri ayrı bir bakanlık çatısı altında değilken, TBMM Sağlık Bakanlığı kurulmasına karar vermiştir.

Kurtuluş Savaşı sonrasında ülkenin her tarafında var olan sıkıntıların ortadan kaldırılması ve açılan yaraların sarılması gerekmektedir. Cumhuriyet Hükümeti'nin

ikinci Sağlık Bakanı olan Refik Saydam, bu yaraların sarılmasında ve yeni bir sağlık örgütlenmesinin oluşturulmasında büyük katkılarda bulunmuştur. Denilebilir ki Refik Saydam'ın Bakanlığı döneminde konulan ilkeler ve gerçekleştirilen uygulamalar ülkenin sağlık politikasının temel belirleyicisi olmuştur (Mazgit, 1998, 149).

Bakanlık tedavi hizmetleriyle ilgili olarak yalnızca gerekli yerlerde Numune Hastaneleri kurmayı kendine görev saymış, çalışmalarının asıl yoğunluğunu koruyucu sağlık hizmetlerine vermiştir. Osmanlı Devleti döneminden beri tedavi hizmetleri esas olarak yerel yönetimlerce yerine getirilmekteydi ve yeni kurulan devletin ülkenin her alanına tedavi hizmeti götüreceği alt yapısı ve parasal olanakları yoktu (Mazgit, 1998, 150).

Çizelge 5'te bu dönemde faal olan hastane ve yatak durumları görülmektedir.

**Çizelge 5: 1923 Yılında Türkiye'deki Yataklı Tedavi Kurumları (SSYB, 1973, 250).**

KURUM TÜRÜ	KURUM SAYISI	YATAK DURUMU	
		SAYI	PAYI
Devlet Hastanesi	3	950	14.7
Belediye Hastanesi	6	635	9.9
Özel İdare Hastanesi	45	2450	38.1
Özel Yabancı Azınlık Hastanesi	32	2402	37.3
Toplam	86	6437	100.0

Cumhuriyet ilan edildiğinde, ülkede 86 hastane faaliyet göstermekteydi. Bu hastanelerde bulunan yatakların yarısı belediye ve özel idarelere ait hastanelerde; üçte biri özel ve yabancı azınlık hastanelerinde; kalanı ise yalnızca üç tane olan devlet hastanelerinde bulunmaktaydı. Bu koşullarda Sağlık Bakanlığı'nın yapabileceği en iyi şey tedavi hizmetlerinden çok, koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık vermektir.

Cumhuriyetin kuruluş döneminde, sağlık hizmetlerini geliştirme çabalarında karşılaşılan en büyük zorluk, bütçe yetersizliğinden çok yeterli sayıda hekim,

hemşire ve ebe bulunmamasıdır. Bu nedenle dönemin Sağlık Bakanı Refik Saydam sağlık personeli yetiştirilmesine büyük önem vermiştir. 1924 yılında tıp fakültesi mezunlarının tümünü kapsayan mecburi hizmet yükümlülüğü konulmuş, tıp talebe yurtları açılmıştır. Böylece sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesi için yeterli sayı ve nitelikte sağlık personelinin yolunda ilk adımlar atılmıştır. Tıp talebe yurdu, hekim gereksiniminin karşılanmasında çok etkili olmuş, hekim sayısı hızla yükselmiştir (Fişek, 1985, 160).

Bakanlık, 1925 yılında hazırlamış olduğu ilk çalışma programında çözümlenmesi zorunlu sağlık sorunlarını şöyle tespit etmişti (SSYB, 1973,38):

- (1) Devlet sağlık örgütünü genişletmek,
- (2) Hekim, sağlık memuru ve ebe yetiştirmek,
- (3) Numune hastaneleri ile doğum ve çocuk bakım evleri açmak,
- (4) Sıtma, verem, trahom, frengi, kuduz gibi önemli hastalıklarla mücadele etmek,
- (5) Sağlıkla ilgili kanunlar yapmak,
- (6) Sağlık ve sosyal yardım örgütünü köye kadar götürmek,
- (7) Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü ve Hıfzıssıhha Okulu kurmak.

Ankara’da, bir “Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü” kurulması çalışmaları bu program sonrasında başlamış, Sivas ve Ankara’da kurulan kimya haneler birleştirilerek Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü kurulmuştur (Gürsoy, 1995, 1720).

1925 yılında hazırlanan çalışma programındaki hedefe uygun olarak izleyen yıllarda, sağlık hizmetlerini düzenleyen üç kanun çıkarılmıştır. Bunlardan birincisi 1928 yılında çıkarılan 1219 sayılı “Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun”, ikincisi 1930 yılında kabul edilen 1593 sayılı “Umumi Hıfzıssıhha Kanunu” üçüncüsü ise 1936 yılında çıkarılan 3017 sayılı “Sihhat ve İctimai Muavenet Vekâleti Teşkilat ve Memurun Kanunu”dur. Bu kanunlardan ilk ikisi günümüzde de geçerli olup, “Sihhat ve İctimai Muavenet Vekâleti Teşkilat ve Memurun Kanunu” yeni bir teşkilatlanmaya gidilmesi nedeniyle 1983 yılında yürürlükten kaldırılmıştır (Sağlık Bakanlığı Kararnamesi, 1983, 48).

1219 sayılı “Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun” tabipler, dış tabipleri ve dişçiler, ebeler, sünnetçiler, hastabakıcı hemşirelerin mesleklerini icra etmelerine ilişkin hükümler yer almaktadır. Bu kanunla “Tababet



Sanatı” ifadesi kullanılmış ve hekimlik mesleğine ayrıcalıklı bir konum verilmiştir. Hekimlere resmi görevlerinin yanında evinde veya muayenehanesinde hasta bakabilme hakkı tanınmış bu şekilde hekimlerin resmi görevlere kayıtsız kalması önlenmeye çalışılmıştır. Bunun yanında gerekli eğitim ve Sağlık Bakanlığı'nın iznini almadan tababet ve dallarında faaliyet gösteren kişilere ilişkin ceza hükümleri getirilmiştir (SSYB, 1973, 39).

Bu kanunla hekimlere tanınan farklı statü, bir yandan tıp mesleğinin geleneğinden bir yandan da ekonomik koşullardan kaynaklanıyordu. Serbest çalışan hekimin devlet hizmetinde çalışanlara oranla daha fazla kazanabilmesi olgusu karşısında hekimi devlet hizmetinde tutabilmek için daha geçerli bir çözüm yolu bulunmamıştı (Gürsoy,1995,1721).

Halen yürürlükte olan sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinde esas kabul edilen 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 1. Maddesinde; ”Memleketin sıhhi şartlarını ıslah ve milletin sıhhatine zarar veren bütün hastalıklar veya sair muzır amillerle mücadele etmek ve müstakbel neslin sıhhatli olarak yetişmesini temin ve halkı tıbbi ve içtimai muavenetle mahzar eylemek umumi Devlet hizmetlerindedir” (Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 1930, 1) denilerek sağlık ve sosyal yardım hizmetleri asli devlet görevlerinden biri olarak kabul edilmiştir. Bu kanun maddesinde geçen “sağlık koşullarının iyileştirilmesi” ifadesinden, daha o yıllarda sağlık hizmetlerine geniş kapsamlı anlam verildiğini görmekteyiz. Yine aynı kanunun 2. maddesi ile de bu devlet hizmetinin yürütülmesinde ve Milli Savunma Bakanlığı dışındaki bütün diğer kurumlar tarafından yürütülen sağlık ve sosyal yardım hizmetlerinin denetlenmesinde “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı”na yetki verilmiştir (Mazgit, 1998, 153).

Sağlık Bakanlığı'na bu yasayla verilen işlerin başlıcaları şunlardır (Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 1930, 3):

- (1) Doğumu artıracak ve çocuk ölümlerini azaltacak önlemleri almak,
- (2) Doğum öncesi ve doğum sonrası anne sağlığını korumak,
- (3) Bulaşıcı ve salgın hastalıkların ülkeye girmesini engellemek,
- (4) Yurt içinde her türlü bulaşıcı ve salgın hastalıklarla veya çok miktarda ölüme sebep olan diğer zararlı etkenlerle mücadele,
- (5) Hekimlik ve diğer sağlık mesleklerinin uygulanmasına nezaret etmek,

- (6) Gıdalar ile ilaçlar ve bütün zehirli etkili ve uyuşturucu maddelerle yalnız hayvanlar için kullanılanlar hariç her türlü serum ve aşıları denetlemek,
- (7) Çocukluk ve gençlik sağlığına ilişkin işlerle çocukluk ve gençlik sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik tesisleri denetlemek,
- (8) Okul sağlığı hizmetleri,
- (9) Çalışma ve meslek sağlığını koruma işleri,
- (10) Maden suları ve benzerlerine nezaret,
- (11) Hıfzısıhha kuruluşları ve bakteriyoloji laboratuvarları ve hayati muayene ve tahlillere mahsus kuruluşları kurmak ve idare etmek,
- (12) Mesleki öğretim kurumlarını kurmak, idare etmek ve dengi kurumları denetlemek,
- (13) Akıl hastaları ve diğer ruh sağlıklarını tedavi için hastaneler ile malul ve özürlü kişileri kabul edecek yurt ve benzeri müesseseleri kurmak ve idare etmek,
- (14) Göçmenlerin sağlık işleri,
- (15) Hapishanelerin sağlık koşullarına nezaret etmek,
- (16) Tıbbi istatistikleri düzenlemek,
- (17) Sağlık yayın ve propaganda işleri,
- (18) Ulaşım araçlarının sağlıklı olmasına nezaret etmek.

Bu kanunla Sağlık Bakanlığı'na verilen genel sağlığı koruyucu önlemlerin yanında tedavi hizmetlerinin yürütülmesi belediyelere, özel idarelere ve diğer yerel yönetimlere verilmiştir (Umumi Hıfzısıhha Kanunu, 1930,4). Bu düzenlemede Bakanlık yerel yönetimlere rehber olmak üzere bazı yerlere numune tesisler kurmakla yükümlü tutulmuştur. Refik Saydam'ın Sağlık Bakanı olduğu dönemde Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır'da Sağlık Bakanlığı'na bağlı numune hastaneler kurmakla yetinilmiş, belediye ve özel idareler hastane açmak için teşvik edilmiştir. Hükümet tabipliği ve sağlık müdürlüğü sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde temel birimler olarak kabul edilmiş; bunun yanında sıtma, frengi, trahom gibi önemli sorunların kısa zamanda çözümlenmesi için sağlık müdürüne bağlı olmayan ve kısmen genel idare dışında (sıtma savaş teşkilatı gibi) örgütler kurulmuştur (Fişek,1985, 161).

Bu dönemde sağlık hizmetlerinde öncelik savaş yıllarında bozulan halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve çok sayıda ölüme yol açan bulaşıcı hastalıkların

önlenmesine verilmiştir. 309 maddelik Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 130 maddesi (29 maddeden 150 maddeye kadar) bulaşıcı hastalıklarla mücadeleye ayrılmış ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele yolları belirlenerek bu hastalıklarla ilgili ihbar zorunluluğu getirilmiştir. Sıtma, frengi, trahom gibi önemli bulaşıcı hastalıkların önlenmesi amacıyla kurulan örgütler de bu önceliğin bir sonucudur (Mazgit, 1998,154).

Örneğin Cumhuriyetin ilanından önce ve sonra ciddi bir sorun olan sıtma ile mücadele için kanun çıkarılmıştır. Türkiye de sıtma ile mücadele esasları ilk kez 1926 yılında kabul edilen 839 sayılı "Sıtma Mücadele Kanunu" ile kondu. Bu kanunla sıtma mücadele örgütü kurulmuş ve şu esaslar getirilmiştir. **(1)** Dalak ve kan muayeneleri ile sıtmaların tespiti ve bunların parasız tedavileri, **(2)** Bataklıkların kurutulması, **(3)** Sivrisinek yetiştiren alanların ve çeltik sahalarının kontrol altına alınması (SSYB, 1973,105).

1940 yılına kadar bu esaslarla yapılan sıtma mücadelesi ile muayene edilen kanlara göre sıtmalı sayısı % 11'e kadar düşürüldü. İkinci Dünya Savaşı yıllarında sıtma ilaçları ithalatının güçleşmesi ve nüfus hareketleri 1942 ve 1943 yıllarında yeniden sıtma vakalarının artmasına yol açtı ve yukarıdaki oran %32'ye kadar yükseldi. Bunun üzerine 1945 yılında 4707 sayılı ve 1946 yılında 4871 sayılı kanunlar yürürlüğe girdi. 4871 sayılı "Sıtma Savaş Kanunu" ile sıtma savaşın devamlı yürütülmesi gündeme geldi ve bu kanunlar uyarınca yapılan savaş sonunda geniş çapta arazi ıslahı, sıtmalı araştırması ve tedavileri yapılarak hastalık kontrol altına alınabilmiştir (SSYB, 1973, 105).

Aynı şekilde çiçek, kolera, kuduz, frengi, tifüs, veba, verem, trahom gibi hastalıklarla mücadele için programlar düzenlenmiş ve bunların birçoğu için özel tedavi tesisleri kurulmuş aşılama programları düzenlenmiştir. Toplumsal gelişmenin ortaya çıkardığı gereksinmelere ve halkın taleplerine yanıt vermek amacıyla kurulan yeni örgütler hem Bakanlığın merkez örgütünde hem de yurt düzeyinde gereksinmenin ağır bastığı bölgelerde kurulmuştur. Frengi ile savaş, trahom savaş, sıtma savaş, kanserle savaş, ruh sağlığı, nüfus planlaması vb. alanlarda merkezde genel müdürlük ya da müdürlükler ve bunlara bağlı olarak taşra örgütleri zaman içinde oluşturulmuşlardır. Bu örgütlenmelerin bir bölümünde öncülük halktan gelmiştir. Örneğin veremle savaş çalışmaları, devlet örgütü kurulmadan önce verem

savaş dernekleriyle yürütülmüştür. Kanserle savaş çalışmaları da aynı türde bir gelişme göstermiştir (SSYB, 1973, 76–139).

Cumhuriyetin kuruluşunda salgın hastalıklarla mücadelenin birinci önceliğe sahip olması yerinde bir tercih olmuştur. Bu tercihin bir sonucu olarak, Refik Saydam'ın Sağlık Bakanlığı sırasında uygulanan ücret politikası da bu doğrultuda şekillenmiş, salgın hastalıklarla savaşta ve Merkez Hıfzısıhha Enstitüsü gibi kurumlarda çalışan hekimlere serbest hekimlikte kazanabilecek düzeyde ücret verilmiş hastanelerde çalışan hekimlere yüksek ücret ödenmemiştir (Fişek, 1985, 160).

Bu uygulamalarla salgın hastalıklarla mücadelede önemli başarılar kazanılmış İkinci Dünya Savaşı yıllarında, Türkiye'nin savaşa girmemesine rağmen ülkedeki sağlık düzeyi gerilemiştir. Savaş yıllarının getirdiği ekonomik sıkıntılar hastalıklarla mücadelede kullanılan ilaçların araç ve gereçlerin ithalatını güçleştirmiş; sıtma başta olmak üzere tifüs, çiçek gibi hastalıklar büyük salgınlar yapmıştır. Bir yandan salgın hastalıklar, bir yandan beslenme koşullarının bozulması ölümleri arttırmıştır (Fişek, 1985, 161).

Bu koşullar altında, sağlık hizmetlerinin rasyonel ve planlı bir şekilde uygulanması için çalışmalar hızlandırılmış ve 1946 Kasım ayında toplanan Yüksek Sağlık Şurası'nda dönemin Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz'un önderliğinde hazırlanan "Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı" onaylanmıştır.

Bu planın hedefleri şunlardı (SSYB, 1973, 43):

- (1) İleri ülkelerin öncelikle ele aldıkları koruyucu sağlık hizmetleri için gerekli örgütü kurmak ve geliştirmek,
- (2) Köylük bölgeleri sağlık örgütüne kavuşturmak,
- (3) Mevcut sağlık personelini ve yenilerini günün ihtiyaçlarına göre yetiştirmek,
- (4) Mevcut hastaneleri ve diğer sağlık müesseselerini ilmin ve zamanın yeni icaplarına uygun hale getirmek,
- (5) Bütün illerimizi içine almak üzere yurdumuzun lüzumlu bölgelerinde personel ve örgüt bakımından tam sağlık tesisleri kurmak,
- (6) Bu işleri en verimli bir tarzda gerçekleştirmek için de Milli Sağlık Bankası veya Milli Sağlık Sigortası Kurumu ve Sağlık Sandıkları kurmak.

İzleyen yıllarda, Birinci On Yıllık Sağlık Planı'nın hedeflerine uygun şekilde sağlık hizmetini köylere kadar götürebilmek için "Sağlık Merkezleri" kurulması yoluna gidilmiş ve her kırk köy için (yaklaşık olarak 20.000 nüfusa) bir sağlık merkezi kurulması kararlaştırılmıştır. Her sağlık merkezinde acil vakalar için, 10 hasta yatağı, 2 hekim ve tedavi merkezleri ile koruyucu hizmetleri birlikte yürütebilmek için, 11 sağlık personeli bulunacaktır. Bu örgütlenme modelinde Ankara Etimesğut'ta geliştirilen "Kırsal Bölge Sağlık Merkezi"nden esinlenilmiştir. Söz konusu sağlık merkezi 1929 yılında "İçtimai Hıfzıssıhha Dispanseri" adıyla kurularak küçük bir bölgede koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleriyle görevlendirilmiştir. 1930'lu yıllarda kurulan sağlık merkezi Cumhuriyetin ilk yıllarında var olan "Numune Tesisler Kurma" ilkesinin güzel bir örneğidir (Fişek, 1991, 3).

Birinci On Yıllık Sağlık Planında, modern sağlık yönetiminin temel prensiplerinden olan, tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin aynı örgüte verilmesi ve hizmet ünitelerinin nüfus esasına göre kurulmasının kabul edildiğini görmekteyiz. Dr. Behçet Uz'dan sonra gelen Sağlık Bakanları, bu planı rafa kaldırmışlar ve giderek plan çok yanlış uygulanmış, her ilçeye bir sağlık merkezi inşa etmeye dönüşmüştür. Bugün ise bu kuruluşlar, maliyeti çok yüksek, küçük birer hastane olmaktan ileri gidememiştir. Geçimini muayenehanesindeki çalışmayla sağlamak zorunda bırakılan sağlık merkezi hekimleri ise, halk sağlığı hizmetleri ile hiç ilgilenemedikleri gibi, ücretsiz poliklinik ve tedavi bile yapamaz duruma gelmişlerdir (Fişek, 1985, 162).

Birinci On Yıllık Sağlık Planı'nın önemli bir diğer noktası, "Milli Sağlık Bankası" veya "Milli Sağlık Sigortası Kurumu" kurulması hedefinden söz etmesidir. Sağlık sektöründe yeniden yapılanma tartışmalarının yoğunlaştığı, 80'li ve 90'lı yıllarda sıklıkla gündeme gelen sağlık sigortasının, 1947 yılında hazırlanan bir sağlık planında yer alması ilginçtir.

Bu dönemde sağlık hizmetleriyle ilgili bir diğer önemli olay, 1945 yılında İşçi Sigortaları Kurumunun kurulmasıdır. Bu kanunla kurum, sigortalı işçiler için sağlık örgütü kurma, işletme ve sağlık personeli atama yetkisi almıştır. Bu hüküm, 1952 yılında uygulanmaya başlanmıştır. Sigortalı işçilere sağlık hizmeti verilmeye başlanması büyük bir atılım olmakla beraber sadece sigortalıya yapılan sağlık

hizmetini finanse eden bir kurum olması gereken SSK'nın sağlık örgütü ve hastaneler kurulmasına müsaade edilmesi hatalı bir hareket olmuştur (Fişek, 1985, 161–162).

İkinci Dünya Savaşı sonrasında, dünya ekonomisinde yaşanan genişleme ve hızlı kalkınma süreci, Türkiye'yi de etkisi altına almış; toplumun beklentileri yükselmiş ve buna bağlı olarak halkın sağlık hizmeti talepleri de artmıştır. Türkiye'de çok partili siyasi yaşama geçildiği bu dönemde her alanda yaşanan hareketlilik sağlık sektörüne de yansımış ve yerel yönetimler tarafından sunulan tedavi hizmetleri halkın artan sağlık hizmeti taleplerini karşılayamaz olmuştur (Mazgit, 1998,159).

Demokrat Partinin hükümet olduğu 1950'li yıllarda, sağlık politikalarında dönüşüm başlamıştır. 1953 yılında özel idare hastanelerinin devletleştirilmesi ve hasta tedavisinin bir devlet hizmeti olarak kabul edilmesi bu dönüşümlerden en önemlisidir. Bu karar tedavi edici sağlık hizmetlerinde standartların yükselmesine her ilde göreceli olarak eşit olanak sağlamasına tedavi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin bir arada yürütülmesine fırsat vermesi bakımından yerinde bir karardır (Fişek, 1985, 163). Ancak bu kararla, koruyucu sağlık hizmetleri Bakanlık düzeyinde ikinci planda kalmıştır.

Bu dönemde hızlanan teknolojik gelişme, sağlık kurumlarının donanımına yepyeni araçlar katmış, hizmetin kalitesi yükselirken maliyeti de artmıştır. Bir yandan ulaşım olanaklarının artması ve hızlı kentleşme sonucunda hızla artan sağlık hizmeti talebinin karşılanamaması yeni sorunlara yol açmıştır. Bakanlık yeni sağlık kurumları açmak bir yana, mevcutlara bile yeterli sağlık personeli bulamaz hale gelmiş personel yetersizliği olan bölge ve kurumlarda hizmeti çekici kılacak olanaklar sağlayamamıştır (Gürsoy, 1995, 1727). Sağlık personeli yetiştirmek için gerekli çalışmaların yeterli düzeyde yapılmaması, hasta bakım hizmetinin gelişmesini de engellemiştir (Fişek, 1985, 163). Böylece kamu sağlık kuruluşları tarafından arz edilen sağlık hizmeti artan talebi karşılayamaz hale gelmiştir. Karşılanamayan sağlık hizmeti talebinin yükselmesi ve bunun yanında hekimler için kamu sağlık hizmetinin çekiciliğinin azalmasının etkisi ile özellikle büyük şehirlerde muayene sayısı oldukça hızlı bir şekilde artmıştır. Özel muayenehanelerin bir diğer nedeni de 1950'li yıllarda yaşanan hızlı uzmanlaşmadır. Kırsal alanda bu

muayenehanelere ve devlet hastanelerine çoğunlukla da ikisinin hoş olmayan bileşimine hasta akışı artmıştır. Bunun temel nedeni halkın yüzde altmışından fazlasının yaşadığı kırsal kesimde koruyucu hizmetlerin hiç olmayışı ve ağırlıklı olarak iyileştirici sağlık hizmetlerini amaçlayan Sağlık Merkezi örgütlenmesinin fonksiyonel kılınmamasıydı (Aksakoğlu, 1994, 52).

1950'lerin sonunda genel hatlarıyla günümüzdeki sorunlara benzer sorunların yoğunlaştığı bir görünüm söz konusuydu. Ekonomik gelişmenin ve hızlı şehirleşmenin getirdiği yoğun bir sağlık hizmeti talebi ve bu artan talebi karşılamaya yetmeyen, tedaviye yönelik sağlık hizmeti arzı; yine hızlı şehirleşme sonucu ortaya çıkan ve mevcut olanaklarla giderilmeyen altyapı eksiklikleri ve bunun getirdiği olumsuz sağlık koşulları; sağlık hizmeti maliyetinin gelir düzeyindeki artıştan daha hızlı yükselmesi; hızlı nüfus artışı ve şehirleşme sonucu ortaya çıkan marjinal sektörler ve bu sektörlerde çalışan sosyal güvenlikten yoksun kitleler ve bunların sağlık sorunları; hizmet talebindeki artışa paralel olarak kapasite artışının sağlanmaması nedeniyle ağırlaşan çalışma koşullarından bunalan sağlık personeli dönemin sağlık sorunlarındandı (Mazgit, 1998, 160).

Kısacası, 1950'lerin sonunda kuyrukta hizmet bekleyen hastasıyla, hekim görmeden ölen köylüsüyle yaptığı işten, ne maddi ne manevi olarak yeterince tatmin olmayan sağlık personeli ile sorunlu bir sağlık sistemi mevcuttu. Buna karşılık ülkenin her tarafında dengeli bir şekilde sağlık hizmetinin götürülmesi ve bunun kaynak israfına yol açmayacak yöntemlerle yapılması gerekmektedir. Sıkıntıların giderilebilmesi için hastanın hizmetin verildiği yere gelmesi yerine; hizmetin hastanın olduğu yere götürülmesi düşüncesi 1960'ların başında yeni bir sistemi gündeme getirdi; "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi" sağlık sistemi olması yanında toplum kalkınmasına da hizmet edeceği düşünülen bu yeni sağlık sistemi günümüzde de devam eden bir tartışma sürecini başlattı. Ancak "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi" birçok nedene bağlı olarak ülkemizin sağlık sorunlarına çözüm getirememiş, daha doğrusu, ülkemizin sağlık sorunlarını çözecek şekilde uygulanamamıştır (Mazgit, 1998, 161).

### 6.2.2. 1960–1980 Döneminde Sağlık Hizmetleri

1960 yılı Türkiye için birçok alanda önemli bir dönüm noktası niteliğini taşımaktadır. 27 Mayıs Harekâtı ile DP iktidarı sona ermiş; siyasi, ekonomik ve sosyal alanda ülkenin yeniden dönüşümü sağlanmaya çalışılmıştır. Bu dönüşüm çabaları sağlık alanında da etkili olmuştur. 1960'lı yılların başında birçok alanda gerçekleştirilmeye çalışılan bu dönüşümün gerekçeleri esas olarak İkinci Dünya Savaşı sonrasında dünya ekonomisinde ve politik sisteminde yaşanan dönüşümde yer almaktadır. İkinci Dünya Savaşı sonrasında dünya çapında yaşanan ekonomik genişleme ve ülkelerin artan kalkınma, büyüme hızları devletlerin yeni bir biçime girmesini sağlamıştır. Genel olarak Avrupa'da ve Amerika'da Keynesyen ekonomi anlayışı önem kazanmış ve devletin ekonomik gelişmelerde belirleyici rolü ön plana çıkmıştır. Bu koşullarda klasik “Jandarma Devlet” anlayışından “Sosyal Devlet” anlayışına geçilmiştir (Mazgit, 1998, 161).

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nin Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nda 10 Aralık 1948'de; Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti tarafından ise 6 Nisan 1949'da kabul edilmesine karşın, 1960'lı yıllara kadar, bu bildirinin birçok maddesi gibi 25. maddesi de göz ardı edilmiş ve bu maddede değinilen “Her şahsın... sağlığını ve refahını sağlayacak uygun bir yaşam düzeyine... hakkı vardır. Analık ve çocukluk özel bir özen ve yardım görmek hakkına sahiptir” gibi hususların gerçekleştirilmesi için etkin önlemler alınmamıştır (Dirican, 1994, 49). 1960'ta başlayan dönüşüm, bu önlemlerin alınmasına olanak sağlamış ve “Sosyal Devlet” anlayışı Türkiye'ye de yansımış ve devletin temel insan haklarının korunup geliştirilmesi görevi, Anayasa güvencesine alınmıştır.

Genel olarak, sosyal devlet anlayışını ortaya çıkaran bu dönüşümün, sağlık alanına yansması ise, öncelikle sağlık hakkının Anayasa'da yer alması ve daha Anayasa halkoyuna sunulmadan çıkarılan 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun” ile sağlık hizmetlerinin ülkenin her alanına götürülmesinin amaçlanmasıdır. Aynı zamanda ekonomik ve sosyal gelişmelerin beşer yıllık dönemleri kapsayan planlarla yönlendirilmesini ifade eden “Planlı Kalkınma” dönemine geçilmiş olması, sağlık hizmetlerindeki makro politikaların Beş Yıllık Kalkınma Planları ( BYKP ) ile belirlendiği döneme geçilmiştir.



Böylece dönüşüm çabalarının, yasal düzenlemeler ve makro politikalar anlamında sağlık alanına yansımaları, üç noktada özetlenebilir: **“Sağlık hakkının Anayasa güvencesine alınması”** ,”**Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi”**, **“Sağlık politikalarının da BYKP kapsamında değerlendirilmesi”**.

1961 Anayasası, sağlık hizmetlerini anayasal bir hak olarak kabul etmiştir. Anayasanın “Ekonomik ve Sosyal Haklar” bölümünde yer alan 49 maddesinde;

“Devlet herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesi ve tıbbi bakım görebilmesini sağlamakla ödevlidir” denilerek; sosyal haklardan olan “Sağlık Hakkı”nı benimsemiş ve bu hakkın kullanımında Devleti görevli saymıştır. Ayrıca, yine 49. maddede yer alan;

“Devlet yoksul ya da dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbir alır” hükmü ile toplumun sağlık düzeyinin sosyo-ekonomik koşullara yakından bağlı olduğu gerçeğini de kabul etmektedir. Böylece, 1961 Anayasası geniş kapsamlı tanımına uygun olarak sağlık hakkını benimsemekte ve bunu sosyal devlet anlayışının bir parçası saymaktadır.

Aynı anlayışın gereği olarak, planlı dönemle birlikte, sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi için ana ilkeler ve hedefler saptandı: sağlık hizmeti vatandaşın ayağına götürülecek, geri kalmış bölgelere öncelik tanınacak, koruyucu hekimliğe önem verilecek ve yeterli sayıda, nitelikli sağlık elemanı yetiştirilecekti (Gürsoy, 1995,1724).

Sağlık hizmetlerinin vatandaşın ayağına götürülmesi için, uygulamayı düzenleyecek olan 224 sayılı yasa geniş kapsamlı bir sağlık tanımına dayanıyor ve koruyucu sağlık hizmetleriyle tedavi edici sağlık hizmetlerinin bütünleşmiş bir biçimde ülkede yaygınlaştırılmasını hedefliyordu. Bu hedefin gerçekleşmesi için;

**Sağlık Evi=>Sağlık Ocağı=>Sağlık Merkezi=>Hastane**

zinciri şeklinde bir örgütlenme modeli öngörüyordu. Hizmetin temel birimi olan sağlık evi 2500 kişilik bir nüfusa hizmet verecek, ebesi tarafından doğum ve başlıca koruyucu sağlık hizmeti sunulacaktı (TTB, 2006,3).

Yasa metnine göre, **sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinin temel ilkeleri** şöyle sıralanabilir (Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu):

**(1)** Sağlık hizmetlerinden faydalanmak, **“insan hakları”**ndan biridir (1. madde).

(2) Sağlık hizmeti ülkenin her yerine **“eşit olarak”** ve **“nüfus esası”**na göre görülecektir (2.madde).

(3) Sosyalleştirmenin yapıldığı bölgelerde vatandaşlar, kamu kesimi tarafından sunulan sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına katılmak suretiyle eşit şekilde yararlanacaklardı (2.madde). Kamu kesimi tarafından sunulan sağlık hizmetinden yararlanmak istemeyen vatandaşlar ise, ücretini ödeme koşuluyla istediği sağlık kurumunda muayene ve tedavi olabileceklerdir (5.madde). Böylece hastaların **“hekim ve sağlık kurumu seçme özgürlüğü”** kabul edilmektedir.

(4) Kamu kesiminde çalışan sağlık personeli, serbest çalışmayacak (3.madde); Kamu kesiminde çalışmayanlar ise serbest çalışmaya devam edebileceklerdir (4.madde). Böylece **“sağlık personelinin çalışma koşullarını seçme hakkı”** kabul edilmekte ve bir anlamda, sosyalleştirmede görev alınması gönüllü hale getirilmektedir:

(5) Sosyalleştirmenin yapıldığı yerlerde Milli Savunma Bakanlığı’na bağlı kurumlar hariç, kamu kesimine ait bütün sağlık kurumlarının hizmetleri, Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülecektir (8.madde). Bu hükümlerle kamu sağlık kurumlarında **“yönetim birliği”** sağlanması amaçlanmaktadır.

(6) Sağlık ocaklarında hizmet **“ekip anlayışı”**yla sunulacaktır (10.madde).

(7) Sağlık evleri ve sağlık ocakları koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini bir arada yürütecekler ve ayrıca sağlık sicillerini tutacaklardır (10.madde). Böylece **“sağlık hizmetlerinin entegrasyonu”** sağlanacaktır.

(8) Hastanelerdeki sağlık personeli, sağlık ocağı ve sağlık merkezlerindeki sağlık personelinin (12.madde), sağlık merkezindeki sağlık personeli de sağlık ocağındaki sağlık personelinin mesleki gelişimine yardımcı olacaklardır (11.madde). Böylece sağlık personelinin **“sürekli eğitimi”** sağlanacaktır.

(9) Acil vakalar dışında sosyalleştirme yasasının getirdiği haklardan yararlanmak isteyenler **“sevk zinciri”**ne uygun bir şekilde gereken kurumlara havale edileceklerdir (13.madde). Sevk zincirinin kurulmasıyla yerinde tedavisi mümkün olan hastaların büyük merkezlerdeki sağlık kurumlarına yığılması önlenecektir.

(10) Bazı özel durumlar dışında sevk zincirine uygun olarak sağlık kurumuna başvuran kişilerin muayene ve tedavileri ile tedavi için gerekli olan ve her yıl Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenecek **“ilaçlar ücretsiz”** temin edilecektir (14.madde).

(11) Ülke düzeyinde temsilcilerin katılımıyla bir **“Genel Kurul”** halkın ve sağlık personelinin katılımıyla sağlık ocakları, sağlık merkezleri ve iller düzeyinde **“Sağlık Kurulları”** kurulacaktır (22.madde). Böylece sağlık yöneticileri ile halk arasında bilgi alışverişi gerçekleştirilecek ve sağlık hizmetlerine **“toplum katılımı”** sağlanacaktır. Toplum katılımı, giderek toplumsal kalkınma hareketine dönüşebilecek stratejik önemde oluşum olarak önerilmiştir.

Yukarıda sıralanan maddelerden de görülebileceği gibi **224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”** Türkiye sağlık sektöründe çok önemli bir değişimi başlatmak, bir anlamda sağlık sektörünü yeniden yapılandırmak amacındadır. Ancak bu yasayla getirilen hükümlerin önemli bir kısmı, ya uygulanmamış ya da eksik uygulanmıştır. Yasanın yürürlüğe girmesinden çok kısa bir süre sonra, bazı maddeleri değiştirilmeye başlanmıştır. Örneğin, yasanın pilot uygulamasının başlamasından üç yıl sonra, sağlık personelinin sözleşmeli çalıştırılmasıyla ilgili hükmü değiştirilmiştir.

Bu geniş kapsamlı uygulamanın planlandığı gibi yürütülebilmesinin birinci koşulu, devlet bütçesinden yeterli kaynağın ayrılmasıdır (Gürsoy, 1995, 1725). Sosyalleştirme planını uygulayacak olan Sağlık Bakanlığı'nın genel bütçeden aldığı pay, sosyalizasyon uygulamasına geçildikten sonra yükseleceğine, aksine sürekli düşmüştür.

Plana göre sosyalleştirmenin, Sağlık Bakanlığı'nın önerisi ve Bakanlar Kurulu'nun kararıyla, zaman içinde, ülkenin tümüne yaygınlaştırılması amaçlanmıştır. Bunun için öncelik, sağlık alanında en elverişsiz koşulların bulunduğu yerlere verilmiştir.

Sosyalleştirmeye, pilot il olarak seçilen Muş ilinde, 1 Ağustos 1963 tarihinden itibaren, 19 sağlık ocağı ve 35 sağlık evi ile başlamıştır (SSYB, 1973, 236). Sosyalleştirmenin geri kalmış bölgelerden başlaması “sosyalleştirme için gerekli altyapının hazırlanmasındaki güçlük nedeni ile” başarısızlığın nedenlerinden biri olarak değerlendirilirken, buralarda mevcut sağlık örgütlenmesinin olmayışı ve bölge halkının acil gereksinimleri nedeniyle, doğru bir karar olarak da

değerlendirilmekteydi. Bu bölgedeki örgütlenmenin sosyalizasyon ilkelerine göre “sıfırdan başlanması” modelin tümelci yaklaşımına uygun olduğu belirtilmektedir (Aksakoğlu, 1994,53).

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine geri kalmış bölgelerden başlanmasının ve başlangıç dönemindeki heyecanın etkisi ile 1968 yılına kadar program hızlı bir tempo ile yürütülmüştür. Bu yıldan sonra sosyalleştirme hızı düşmeye başladı. Sosyalleştirmenin ilk beş yılı sonunda yani 1968 yılı sonu itibari ile 22 ilin sosyalleştirme kapsamına alınmasına karşılık, 1973 yılı sonuna kadar bu sayı ancak 25’e çıkarılabılmıştır (SSYB, 1973, 241). Bir başka ifade ile sosyalleştirme ilk beş yılda 22 ilde uygulanmaya başlamışken, ikinci beş yılda sadece üç il bu kapsama dâhil edilebilmiştir. İlk beş yılın sonrasında “sosyalleştirme bölgelerinde özellikle hekim ve hemşire istihdamında karşılaşılan sorunlar çözümlendiğinden” programın yavaşlatıldığı ifade edilmiştir (DPT III. BYKP, 1973, 91).

Sosyalleştirme Programı’nda genellikle planlanan personel sayısına ulaşılmamıştır. Bu büyük ölçüde sosyalizasyon bölgelerinde çalışan sağlık personeline ilk yıllarda tanınan ekonomik ayrıcalıkların enflasyon karşısında kısa zamanda erimesi ve buna bağlı olarak hizmetin özendiriciliğinin kalmaması gibi nedenlerden kaynaklanmıştır.

Ayrıca sosyalizasyon uygulamasının bel kemiği olan, tam süre çalışma ilkesinden vazgeçilmesi ve bir ekip çalışması gerçekleştirilmesi beklenen sağlık ocağı personelinin eksik kadrolarla çalışması koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinde hedeflenenlere ulaşılmasını engellerken; ekibin eksik olması hizmetin bütünleşmiş olmasını da engellemiştir.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde, hizmetin cazibesini yitirmesiyle büyüyen personel açığı “Tamgün Çalışma Yasası” ile giderilmeye çalışıldı. 1978 yılı sonunda çıkarılan bu yasayla kamu kesiminde çalışan sağlık personelinin serbest çalışması yasaklandı ve oldukça kısa bir geçiş süresi sonunda sağlık alanında çalışan tüm elemanlara belli bir tazminat ödenerek, kamu sağlık hizmetlerinin çekiciliği artırılmaya çalışıldı. Sağlık personelinin sosyalleştirilmiş bölgede veya birinci basamakta çalışıp çalışmadığına bakılmadan tüm ülkede uygulanması sosyalleştirilmiş bölgelerde personel açığını bir ölçüde azalttıysa da asıl etkisi hastanelerde çalışan personelde görüldü (Mazgit, 1998, 167).

Bir yandan tam donanımlı hastanelerde yeterince hekim bulunamaması bir yandan da muayenehanesi olan hekimlerin hastaları yatırma önceliğini muayenehanelerinde yaptıkları viziteye göre verme olasılığı (ya da hastaların buna inanmaları) öteden beri hastane hekimlerinin tam gün hastanelerde çalışarak muayenehanelerini kapatmaları gerektiği düşüncesinin gerekçesi olmuştur. Buna uygun olarak Türkiye de 1978 yılında başlatılan “tamgün uygulaması” hastanelerin hekim açığını bir yandan hekimlerin ücretlerini arttırırken bir yandan da muayenehanelerini kapatma zorunluluğu koyarak gidermeyi amaçlıyordu. Ancak eksikliği olanlar yerine tüm sağlık personelinin ödüllendirilmesi bir yandan hekimlerin ücretlerinin yeterli miktarda yükseltilememesine ve hastaneyi bırakıp muayenehaneyi tercih etmelerine sebep oldu; bir yandan da açığı olmayan sağlık personelinin (eczacı, dişçi, hasta bakıcı) ve idari personelinin maaşlarının aşırı artırılması bunların hastanelerde aşırı istihdamına sebep oldu (Dirican, 1990, 291).

Tamgün Yasası, ilkedeki doğruluğuna karşın, kamuoyu hazırlanışında, kapsamında, ödeneklerin düzenlenmesinde ve nihayet zamanlamasındaki bir dizi yanlış yüzünden daha başında geniş tepkilere neden oldu. Hekimlerin büyük çoğunluğunu tatmin etmeyen tazminatlar, diğer kamu görevlileri arasında türlü huzursuzluklara yol açtı. Kamu görevlilerine uygulanan ücret politikasına karşı duyulan öfke, zaman zaman hedefini aşarak, sağlık personeline ödenen tazminatlara yöneliyordu. Bu nedenlerle “Tamgün Yasası”, belli kesimlerde yalnızca bir tazminat yasası olarak değerlendirildi (Gürsoy, 1995, 1727). Konunun yalnızca sağlık personeline ödenecek tazminatlara indirgenmiş olması, yasanın özündeki “hekimlerin ve diğer sağlık personelinin çalışma şeklinin değiştirilmesi” amacının dikkate alınmaması önemli bir eksikliklerdir.

Uygulamaya geçildiğinde Anadolu’da Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışan ve “devletin verdiği ekonomik güvenceye fazla güvenmemek gerektiğini düşünen” uzman hekimler arasında yoğun istifalar oldu. Buna karşılık, kamu kesiminde çalışan pratisyen hekim sayısında belirgin bir artma oldu. Uzman hekim istifaları, ciddi hizmet sıkıntılarına yol açtı. 1979 Kasım ayında gerçekleşen hükümet değişikliği sonrasında Sağlık Bakanlığı ”Tamgün Yasası”nın karşısında yer aldı. 1980–1981 döneminde, önce tazminatlar dondurularak enflasyon karşısında tümüyle etkisiz hale getirildi; sonra sağlık personeli diğer kamu görevlileriyle ücret eşitliği sağlanıncaya

kadar, kamu kesimindeki ücret artışlarının dışında bırakılarak yasanın uygulanmasından tümüyle vazgeçildi (Gürsoy, 1995, 1727). Böylece, Türkiye'nin sağlık sorunlarının en azından bir kısmını çözebilecek olan ve iyi niyetle hazırlanmış bir deneme daha tarihe mal oldu.

1960–1980 döneminin sağlık politikalarını ve sağlık örgütlenmesini genel olarak değerlendirdiğimizde görmekteyiz ki, bu döneme damgasını vuran gelişme, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ve bu uygulamayla, ülkenin daha önce hiç hekim görmemiş yerlerine bile sağlık evi veya sağlık ocağı yapılıp hizmet götürülmesidir. Bu uygulamaya temel oluşturan 224 sayılı yasanın koyduğu hedeflerle değerlendirildiğinde bu uygulamanın başarısı sınırlı kalmıştır. Ancak 224 öncesi durumla karşılaştığında bu dönemde gerçekleştirilenler hiç de küçümsenecek boyutta değildir. 1980 yılında Türkiye'nin nüfusunun 44 milyon 737 bin olduğu dikkate alınır, nüfusun yaklaşık yarısına, sosyalleştirme modeli çerçevesinde de sağlık hizmeti götürüldüğü ortaya çıkmaktadır (Mazgit, 1998, 168).

1979 yılı sonu itibarıyla ulaşılan bu nokta, önemli bir gelişme sağlandığını ifade etmektedir. Buna karşı sosyalleştirmenin bütün ülkeye yayılması için, 224 Sayılı Yasayla konulan sürenin 15 yıl (yani 1978 yılı sonu) olduğu dikkate alındığında, ulaşılan noktanın, hedefin çok gerisinde kaldığı görülmektedir. Bunun birçok nedeni bulunmaktadır. Ancak bizzat sosyalleştirmeyi yürütmekle görevli Sağlık Bakanlığı'nın bile, zaman zaman yasanın karşısında yer aldığı düşünülmesi, hedefin gerisinde kalınmasını açıklar niteliktedir. Ne var ki, kırsal alana sağlık hizmeti götürülmesinde başka seçeneğin olmaması, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi modelinin sürmesini sağlamıştır. Dolayısıyla sosyalleştirmenin, ülkemizin daha uzun yıllar vazgeçemeyeceği ve yararlanacağı bir model niteliğinde olduğu ve geliştirilerek, yeniden yapılandırılması gerektiği ifade edilmektedir (Aksakoğlu, 1994, 54–55).

Nitekim sağlık reformu çabalarının yoğunlaştığı günümüzde de, bu modelle oluşturulan sağlık evi ve sağlık ocağı uygulamasının kırsal kesim için devamı benimsenmekte (DPT VII. BYKP, 1995, 45), ancak kentlerde farklı bir örgütlenmenin oluşturulması hedefi kabul görmektedir.

### 6.2.3. 1980 Sonrası Dönemde Sağlık Hizmetleri

1980 yılında günümüze kadar sağlık politikalarının ve hizmet örgütlenmesinin değerlendirebilmesi için, Türkiye'nin 1980'li yılların başında geçirdiği dönüşümü dikkate almak gerekmektedir. Bu dönüşüm, Dünyada da, yeni bir yapılanmaya gidildiği bir döneme denk düşmektedir ve bu yeniden yapılanma süreci, ekonomiden sosyal ve siyasal alana kadar, bütün toplumsal alanları derinden etkilemiştir. Dünyada da yeni bir yapılanmaya gidilmesi, Türkiye'deki dönüşümün yalnız iç dinamiklerle açıklanmasının yetersiz kalacağını göstermektedir. 1970'lerin ikinci yarısında, dünya ekonomisinde ortaya çıkan gelişmeler, o güne kadar olduğu gibi Keynesyen iktisat yaklaşımı içinde açıklanamamış ve gelişmiş ülke ekonomileri, bir bocalama dönemine girmiştir. Bu bocalama dönemine ABD ve İngiltere'de liberal/muhafazakâr yönetimlerin işbaşına gelmesi izlemiştir. İdeolojik ve felsefi yaklaşım anlamında “sosyal devlet” görüşü önemini yitirmeye başlamıştır (Mazgit, 1998, 170).

Bu koşullarda, arz yönlü yaklaşımlar devreye girmiş ve özel sektörün güçlendirilmesi gerektiği, savunulmaya başlanmıştır. Özel kesimin güçlendirilmesi için, kamu kesiminin ekonomideki payının sınırlandırılması, vergi yükünün azaltılması, sosyal harcamaların kısılması gerektiği öne çıkarılmış; İngiltere'de başlayan özelleştirme hareketi zamanla bütün Dünya'ya yayılmıştır.

Türkiye'de de, 1980 yılının başında, ekonomideki sıkıntılara çözüm bulmak amacıyla “24 Ocak İstikrar Tedbirleri” alınıyor; ekonomide ve giderek sosyal alanda köklü dönüşümleri başlatacak olan liberalleşme, devletçi politikaların alternatifi olarak öne çıkıyordu. Liberalleşmenin gereği olarak; devletin sosyal amaçlarla uyguladığı politikalarından vazgeçmesi veya kapsamını daraltması, ekonomideki kamu payının küçültülmesi, özel kesimin teşvik edilerek geliştirilmesi, o güne kadar kamu işletmeciliğinin egemen olduğu alanların özel sektöre açılması ve giderek KİT'lerin özelleştirilmesi öngörülmüştür.

Öte yandan 1970'lerin sonlarına doğru iyice artan toplumsal huzursuzluğun giderilmesi amacıyla, 12 Eylül 1980 askeri harekâtı gerçekleştirilmiştir. 27 Mayıs harekâtının 1960–1980 dönemi politikalarının çerçevesini belirlemesi gibi bir anlamda, 1980 sonrası dönemde de 12 Eylül harekâtının izleri görülmektedir. Bu özellik sağlık alanında da geçerli olup, 12 Eylül yönetiminin gözetiminde hazırlanan

1982 Anayasası ile çizilen çerçeve, izleyen yıllardaki sağlık politikalarının belirleyicisi olmuştur.

Bu çerçevede, giderek “Devletin sağlık alanında üstlendiği yükümlüklerin azaltılması” ilkesine uygun politikalara yönelmek istenmiştir. Bu yöntemin temel hareket noktalarını ise, Dünyada ki yapısal değişimde olduğu gibi, devletin vergi toplamadaki başarısızlığına bağlı olarak kamu kaynaklarının yetersiz kalması ve kamu işletmeciliğindeki sorunlar nedeniyle, özellikle tedavi edici sağlık hizmetleri yani, hastane işletmeciliği alanında, özel kesim faaliyetlerinin yaygınlaştırılması amacı oluşturmaktadır. Öte yandan hastane işletmeciliğinde özel kesimin teşvik edilmesi 1980 sonrasında birden ortaya çıkan bir amaç değildir. Örneğin 20 Kasım 1961 tarihinde kurulan 8. İnönü Hükümetinin Programında “Hükümet yerli ilaç sanayinin ve özel hastanelerin kuruluşlarını teşvik edici tedbirler almayı vazife bilecektir.” (Erdilek 1995, 1001) ifadesi ile ilk kez bir hükümet programında tedavi edici sağlık hizmetlerinde özel kesimden daha yoğun bir şekilde yararlanılması gereği dile getirilmektedir.

Bununla birlikte devletçi geleneğin uzantısı olarak sağlık alanına kayıtsız kalınması söz konusu olamayacağı gibi; sağlık alanında özel işletmecilik anlayışının yaygın olmaması ve en azından başlangıçta, ülkenin sağlık hizmetlerini özel kesim aracılığıyla gördürmenin olanaksızlığı gibi nedenlerle kamu sağlık kurumlarının devamı kaçınılmazdır. Nitekim sağlık hizmetlerinde özel kesimin etkinliğinin giderek arttığı, 1980 sonrası dönemde sağlık sektörünün her alanında kamu kesiminin egemenliği sürmüştür.

Bu döneme ilişkin olarak, sağlık politikalarının çerçevesini belirleyen temel hukuksal metin, 1982 Anayasası’dır. 1982 Anayasası’nda sağlık hakkı kabul edilmiş ancak, 1961 Anayasası’nda yer alan “Devlet herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesi ve tıbbi bakım görebilmesini sağlamakla görevlidir” ifadesi yerine; ”Devlet herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak(...) amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler” ifadesine yer verilmiştir. Böylece devletin bu alandaki görevleri sağlık kuruluşlarını planlayıp düzenlemeye indirgenmiştir.



Ayrıca, özel kesimdeki sağlık kuruluşlarından bu amaçla yararlanılması ve genel sağlık sigortası kurulmasına zemin hazırlaması, 1982 Anayasasının sağlık alanına bakışını, farklı kılan yönlerdir. Nitekim 56.maddenin metni şöyledir:

“Herkes sağlık ve dengeli bir çevrede yaşamak hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşın ödevidir. Devlet herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal yardım kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir” (Sargutan, 1993,6).

Anayasadaki bu ifadeler, 1980’li yıllarda sağlık alanında izlenecek politikaların 1960’lı yıllardan farklı olacağını işaretlerini vermektedir. Bununla birlikte, daha önce belirtildiği gibi, özellikle kırsal alana yönelik sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde, alternatif bir modelin geliştirilmemesi, ”sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi” uygulanmasına devam edilmesini gerektirmiştir. Bunun için, sosyalizasyonun tüm ülkeye yaygınlaştırılması programı yeniden ele alınmış ve sağlık alanında sorunlu olduğu düşünülen konularda, dönemin otoriter yaklaşımına uygun çözümler üretilmiştir.

12 Eylül Harekâtı sonrasında yönetimi üstlenen MGK’nın, sağlık alanında gerçekleştirdiği ilk uygulamalardan biri, sağlık personelinin çalışma ve yaşam koşullarını oldukça iyileştirmiş olan 2162 sayılı “Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun”un “hizmet ihtiyaçlarını karşılamaması ve devleti gereksiz mali külfete sokması” gerekçesiyle 31.12.1980 tarihli ve 2368 sayılı yasa ile kaldırılmasıdır (Soyer, 1995, 1114).

MGK döneminin sağlık alanındaki ikinci önemli uygulaması, hekimlere “mecburi hizmet” yükümlülüğü getirilmesidir. Daha önce belirtildiği gibi, 1963 yılında Muş’taki pilot uygulama ile başlatılan sosyalizasyonunun kademeli olarak bütün ülkeyi kapsamaması temel hedeflerden biriydi. Ancak, özellikle hekim istihdamında ortaya çıkan sorunlar, programın yavaşlatılmasına neden olmuştu. Nitekim uygulamanın ilk 5 yılında 25 il sosyalizasyon kapsamına alınmışken, 1980

yılına gelindiğinde bu sayı ancak 45'e yükseltilebilmişti. Öte yandan 1980 yılında sosyalizasyon bölgesinde hekim kadrolarının ancak yüzde 53'ü doldurulabilmişti (Soyer, 1995,1115).

Söz konusu hekim açığının hekimlere "mecburi hizmet" yükümlülüğü konulması yoluyla kapatılabileceği düşünülmüştür. 21.08.1981 tarih ve 2514 sayılı "Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlüğüne Dair Kanun" ile silahlı kuvvetlerde, adli tıp kurumlarında çalışanlar ve temel tıp bilimlerinde ihtisas yapanlar hariç, 2 yılı pratisyenlikte, 2 yılı uzmanlıkta olmak üzere toplam 4 yıl sürecek olan "mecburi hizmet" yükümlülüğü getirilmiştir. Böylece sosyalizasyon bölgelerinde "özendirici ve gönüllü görev alınması" ilkesinden geri dönmüştür (Gürsoy, 1995, 1726)

Ayrıca sağlık alanında özel sektörün desteklenmesi konusunda bazı kısmi düzenlemeler yapıldı. 1981 sonunda yayınlanan bir Bakanlar Kurulu kararı ile sağlık yatırımları teşvik kapsamına alınmıştır. Bu durum 1982, 1983 ve 1984 yıllarındaki programlarda da yinelenmiştir (Soyer, 1995, 1114).

Bunların dışında, genel sağlık sigortası ile ilgili kapsamlı bir çalışma yapılmışsa da "Sigorta ile halkın sağlık tesislerine özellikle ayakta tedavi için müracaatları artacaktır. Bugünkü hekim sıkıntısı ve sağlık ocaklarının tam çalıştırılmaması karşısında bu müracaatların karşılanamayacağı tereddüdü vardır. Varlıklı kişilerden toplanacak prime esas veriler yeterli olmadığından sigorta gelirlerinin istenen düzeyde olmadığı takdirde, gider fazlalığının devlete yeni bir yük getireceği mevcuttur" denilerek çalışmalara devam edilmemiştir (Soyer, 1995, 1115).

1983 yılında iş başına gelen ANAP Hükümeti, 24 Ocak İstikrar Tedbirlerinin alınışında Başbakanlık Müsteşarı olan, Turgut Özal'ın Başkanlığı'nda kurulmuştu ve bu kararlardaki liberalleşme ekseninin belirleyicisi olan kadrolara sahipti. Bu nedenle, **ANAP Hükümetleri'nin izlediği politikalar da, giderek her alanda liberalleşme yönünde olmuştur.**

Birinci ANAP Hükümeti'nin programında, 1980'li yıllarda izlenecek sağlık politikalarının temel noktaları belirtiliyordu. Bu temel noktalar şöyle özetlenebilir (Erdilek, 1995, 1046):

(1) Sağlık hizmetlerinin vasıflı, güvenilir, kolay erişilebilir, formaliteden uzak ve ülke sathında dengeli bir şekilde yaygınlaştırılması,

- (2) Hekim ve diğer sağlık personelinin yurdun her köşesinde bulunabilmesinde, daha yararlı olacak olan teşvik edici politikaların kullanılması,
- (3) Bütün vatandaşların sağlık sigortasına kavuşturulması,
- (4) Herkesin istediği hastaneden faydalanması,
- (5) Devlet ve SSK hastanelerinin yükünü hafifletmek için, bu kuruluşlar dışında çalışan hekim ve sağlık personelinin faydalanılması,
- (6) İlaç sektörünün geliştirilmesi ve rekabetin sağlanması,
- (7) Herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna dâhil olmayanların sağlık hizmetleri ile ilgili ödemeleri için bir fon kurulması, bu fondan ödeme yapılacak kişilerin mahalli idareler tarafından tespit edilmesi,
- (8) Hastane hekimliğinin teşvik edilmesi,
- (9) Sağlık hizmetlerindeki açığın sözleşmeli personel istihdamı ile giderilmesi.

II. ve III. ANAP Hükümeti dönemlerinde de hükümet programlarında yer alan “Bütün vatandaşlarımızın sağlık sigortasına kavuşturulması”, “Herkesin istediği hastaneden faydalanmasını sağlayacak bir sistem kurulması” gibi ifadelerden anlaşılacağı gibi I. ANAP Hükümeti programında yer alan, sağlık sektöründe özel kesimin faaliyetlerinin yaygınlaştırılması yolundaki genel anlayışın devam ettiğini görmekteyiz. ANAP hükümetleri döneminde, sağlık alanında gerçekleştirilen uygulamaları değerlendirdiğimizde, ilk olarak, 1.01.1984 tarihi itibarı ile bütün ülkenin “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi” kapsamına alındığını görmekteyiz. Daha önceki hükümetler döneminde başlatılan bu program uyarınca, Osmanlı İmparatorluğu’nun son dönemlerinde ülkenin her yerine sağlık hizmeti götürülmesi amacıyla başlatılan ve Cumhuriyet döneminde de korunan hükümet tabiplikleri tümüyle kaldırılmış oldu (Erdilek, 1995, 1052).

1983 yılında 295 olan hükümet tabiplikleri, sağlık ocakları haline getirilirken bu yaygınlaştırma kararı birçok yörede kiralanmış binalara sağlık ocağı taşınması şeklinde gerçekleştirilmiştir. Daha önceki dönemlerden sarkan sorunların da etkisiyle yeterli alt yapı yatırımı olmaksızın gerçekleştirilen bu yaygınlaşma, sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmının geçici binalardan verilmesine neden olmuş, geçici binaların sağlık hizmeti sunulması amacıyla yapılmamış olması, hizmet kalitesini olumsuz etkilemiştir. Kendi binasında faaliyet gösteren sağlık ocakları oranı 1984

yılında yüzde 81 iken, 1995 yılında yüzde 64'e gerilemesi bu sürecin sonucudur (V.BYKP, 1985, 150, Soyer, 1995, 1124).

1984 yılında bütün illerin sosyalleştirme kapsamına dâhil edilmesiyle, birinci basamak sağlık hizmetlerinde öne çıkan hedef, sosyalleştirme kapsamındaki verimliliğin yükseltilmesi olarak belirlenmiştir (V. BYKP, 1985, 240).

ANAP hükümetleri döneminde sağlık alanına damgasını vuran olgu, sağlık hizmetlerinin, giderek daha fazla “piyasa ekonomisi, kural ve işleyişine” uygun olarak yürütülmesi istek ve çabalarıdır. Bu çerçevede SSK'nın hizmet üreten değil, hizmet satın alan bir kurum haline getirilmesi hedeflenmiş, SSK hastanelerinin özel hastane statüsünde çalıştırılacağı, dönemin Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı tarafından açıklanmıştır (Soyer, 1995, 1115).

Döner sermayeye sahip hastane işletmelerinin gerçekleştirdiği hizmet ihaleleri, geleneksel olarak hastanelerin kendi kaynaklarıyla yerine getirdiği, genel temizlik, yemekhane, çamaşırhane gibi bazı “otelcilik hizmetlerini” özel kesime ihale yöntemiyle yaptırmasıdır. Kamuoyunda “taşeronlaşma” olarak ifade edilen bu uygulama gelişmiş ve gelişmekte olan birçok ülkede uygulanmakta olup, esas olarak geniş kapsamlı özelleştirme tanımına dâhil olan yöntemlerden biridir (Tatar vd, 1997, 79).

ANAP döneminin sağlık alanındaki görüşlerini en iyi yansıtan resmi bir belgede 3359 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu”dur. “Sağlık hizmetleriyle ilgili temel esasları belirlemek” amacıyla olan bu yasa Milli Savunma Bakanlığı hariç, ülkedeki bütün sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından planlanması ve denetlenmesine olanak sağlamaktadır (Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 2005, 304).

3359 Sayılı Yasanın getirdiği en temel değişiklik ise, hastanelerin giderlerini, sundukları hizmetler karşılığında, vatandaşlardan veya bunların bağlı oldukları sosyal güvenlik kuruluşundan alacakları gelire karşılama ve böylece genel bütçeye yük olmamalarını sağlamak üzere “sağlık işletmesi” haline dönüştürülmesidir.

Genel Sağlık Sigortasına geçişi sağlamak amacıyla, 3359 Sayılı Yasa ile getirilen diğer iki uygulamada da “Sağlık Kütüğü”nün oluşturulması ve “Sağlık Hizmetlerini Destekleme ve Geliştirme Fonu”nun kurulmasıdır (Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 2005, 304). Sağlık kütüğünün oluşturulması, esas olarak 224 sayılı

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası'nda yer almış ancak yeterince uygulamaya aktarılmamıştır.

Bu dönemde sağlık alanında gerçekleştirilen faaliyetler arasında "hızlandırılmış ve genişletilmiş aşı kampanyası" ile 5 milyon dolayında çocuğun aşılanmıştır. Ana ve çocuk sağlığı programlarının başlatılması, nüfus planlaması kliniklerinin kurulması kentlerde birinci basamak sağlık hizmeti sunulması amacıyla kamu sağlığı merkezlerinin kurulması, ilçe hastanelerinin desteklenmesi, hızır acil merkezi hizmetlerinin başlatılması sayılabilir (Soyer, 1983, 1115). Kamu sağlığı merkezlerinin kurulması, kentlerde birinci basamak sağlık hizmeti sunulmasında sağlık ocaklarının yeterli olmamasından kaynaklanmıştır. Daha sonra semt polikliniği adıyla sürdürülen bu örgütlenmede hastanelerin poliklinik yükünün hafifletilmesi amaçlanmıştır. Ancak, gerek hasta sevk zincirinin işletilmemesi, gerekse halkın doğrudan hastaneye başvurma alışkanlığı bu örgütlenmeden de istenilen düzeyde sonuç alınması engellenmiştir.

Uluslararası kuruluşlar tarafından desteklenen aşı kampanyasında elde edilen başarı üzerine, kampanyalarla sağlık sorunlarının çözülebileceği düşüncesi geliştirilmiş ve bu kapsamda birinci sağlık taraması, sünnet kampanyası, ana ve okul öncesi çocuk tarama ve izleme programı gibi kampanyalar başlatılmıştır (Soyer, 1997, 1117).

Dünya Bankası ile 16.08.1990 tarihinde, 8 ili kapsayacak ve Dünya Bankası tarafından finanse edilecek bir "Sağlık Projesi" anlaşması imzalanmıştır. Projenin amaçları, proje bölgesinde temel sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği arttırmak, sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık sektörünün yönetiminde etkinliği artıracak önlemleri almak Sağlık Bakanlığı'nın teknik ve yönetsel kapasitesini arttırmak olarak belirlenmiştir (Sargutan, 1993, 30). 1991 yılında başlatılan bu proje, daha sonra "**Birinci Sağlık Projesi**" olarak adlandırılmıştır ve 1995 yılında da benzer nitelikte "**İkinci Sağlık Projesi**" başlatılmıştır.

1991 Ekim ayında gerçekleştirilen seçimlerle ANAP hükümetleri dönemi sona ermiş ve DYP-SHP Koalisyon hükümeti kurulmuştur. Bu Hükümetin Programı'nda da sağlıkla ilgili olarak şu görüşler yer almıştır (Soyer, 1997, 1117).

(1) Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin yurt düzeyinde yaygınlaştırılması ve etkinliğinin artırılması yoluyla tedavi edici hizmetlere olan aşırı talep azaltılacaktır.

- (2) Birinci basamak sağlık hizmet birimlerinin güçlendirilmesi bağlamında aile hekimliği uygulaması yaygınlaştırılacaktır.
- (3) Sağlık hizmeti sevk zinciri içinde sunulacaktır.
- (4) Sağlık kuruluşlarında performansa göre ücret belirlenecek, sözleşmeli personel istihdamına gidilecektir.
- (5) GSS aşamalı olarak yaygınlaştırılacak, ödeme imkânı olmayan vatandaşın sigorta primleri devlet tarafından karşılanacak, bu çerçevede aşamalı olarak herkese tedavi imkânı sağlayan “yeşil kart” verilecektir.

1992 Ocak ayında açıklanan “Ekonomik paket “te, “Yeşil kart uygulamasının başlatılarak sosyal sigorta sisteminin yaygınlaştırılması, belirlenecek bölgelerde özel sağlık kuruluşlarına arazi tahsisi, 10 yıllık kurumlar vergisi muafiyeti, yatırım malı ithalinde alınan fonlardan muafiyet, fiyatlandırmada esneklik, sağlık sektörünün yabancı sermayeye açılması” sağlık alanında alınacak önlemler olarak sıralanmıştır.

Bu Hükümet döneminde Sağlık Bakanı olan Yıldırım Aktuna, 1980’den sonra belirlenen genel eğilimlere uygun olarak, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması amacıyla “Sağlık Reformu” hazırlanmasını sağlamıştır. Bu reform tasarısının tartışılması amacıyla, 23–27 Mart 1992’de **I. Ulusal Sağlık Kongresi** toplanmış ve reform çalışmalarının genel ilkeleri tartışmaya açılmıştır. Ancak, oluşturulması düşünülen sistemde “taviz verilmeden uygulanacak iki ana özellik” bulunduğu açıklanması ve bu açıklamanın ardından ortaya çıkan gelişmeler, kongre çalışmalarının sağırklar diyaloguna dönüşmesine neden olmuştur. Reform çalışmalarında taviz verilmeden uygulanacak bu iki ana özellik; “birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliğine dayandırılması” ve “kamu hastanelerinin özleştirilmesi ve zaman içinde özleştirilmesi” şeklinde belirlenmiştir. Bu iki özellik, reform çalışmalarının ana ekseninin, 1980 sonrasında gelişen “liberalleşme” doğrultusunda olduğunu göstermektedir.

Hükümet programında yer alan “yeşil kart” verilmesi uygulaması, 18.6.1992 tarih ve 3816 sayılı “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşlanması Hakkında Kanun” ile başlatılmıştır. Bu yasanın amacı, “Hiçbir sosyal güvenlik kuruluşu kapsamında olmayan ve sağlık hizmetleri giderlerini karşılayacak durumda olmayanların bu giderlerinin, Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçinceye kadar Devlet tarafından karşılanması”dır

(Yeşil Kart Kanunu, 1992, Madde-1). Buna göre ödeme gücü olmayan vatandaşların, yataklı tedavileri ile ilgili masraflarını karşılayan bu uygulama (Yeşil Kart Kanunu, 1992, Madde-2a), GSS kuruluncaya kadar sürdürülecek geçici bir uygulama olarak düşünülmüştür. Ancak, daha önce birçok kez gündeme gelmesine rağmen kurulamayan GSS'nin uzun bir geçiş dönemini gerektirdiğinden, “Yeşil Kart” uygulamasının uzunca bir süre devam edeceğini söyleyebiliriz. Yeşil Kart uygulaması çerçevesinde, 5,4 milyon kişi yataklı tedavi açısından güvenceye kavuşturulmuştur (VII. BYKP, 1997, 155).

Yine “Sağlık Reformu” çalışmalarının tartışıldığı, **II. Ulusal Sağlık Kongresi**, 12 ve 16 Nisan 1993 tarihleri arasında yapılmış ancak kongrede üzerinde uzlaşılan bir program elde edilmemiştir. Sağlık reformu çalışmaları bu kongreden sonra Bakanlık düzeyinde ve daha dar bir çerçevede sürdürülmüştür.

1994 yılı başında ortaya çıkan ekonomik kriz sonucunda 5 Nisan kararları çerçevesinde yapılan kısıtlamalar, sağlık hizmetlerini olumsuz etkilemiştir. Söz konusu kısıtlamalar nedeniyle, hastaneler ve sağlık ocaklarında ilaç ve en basit araç-gerecin sağlanması konusunda sorunlar artmış, sarf malzemeleri bile hastalara aldırılmaya başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı, kamu hastanelerine desteğini önemli ölçüde kesmiştir (Soyer, 1997, 1121).

Esas olarak bu uygulamaya, ekonomik kriz gerekçesiyle başlatılmış olmakla birlikte, Devletin yataklı tedavi kurumlarını “Sağlık İşletmesi” şekline dönüştürme politikasına uygun bir gelişme olmuştur. Nitekim 11 Ocak 1995 tarihinde yürürlüğe giren “Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ile Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik” 1990’ların genel politika ilkelerini yürürlüğe koymuştur.

Söz konusu yönetmeliğin amacı, 3359 Sayılı Yasa çerçevesinde sağlık işletmesine dönüştürülecek yataklı tedavi kurumlarının yönetimi ve çalışma esaslarını düzenlemektedir. Sağlık işletmelerinin faaliyet ve görevleri sırasında göz önünde bulundurulacak ilkeler ise şöyle sıralanmıştır (Sağlık İşletmeleri Yönetmeliği, 1995, Madde-8).

- (1) Katılımcılık ve işletmecilik esaslarına göre sevk ve idare,
- (2) Desantralizasyon ve oto-kontrol,
- (3) Hizmette rekabet,

- (4) Modern tıbbi bilgi, metot ve teknolojinin takibi,
- (5) İşletme gelirleri ile giderlerin karşılanması
- (6) Rutin hizmet üretimi yanında, modern eğitim ve faaliyet alanıyla ilgili araştırma ve geliştirme faaliyetlerinde bulunma.

Yukarıda sıralanan temel ilkelerden görüleceği gibi, yataklı tedavi kurumlarının piyasa kurallarına göre işletmesi ve devletin bu alanda yükünün hafifletilmesi temel hareket noktasıdır.

Sağlık ocaklarında, standart kadro sayısına göre, pratisyen hekim doluluk oranının %100'e çıkmış olması (VII. BYKP, 1997, 153), pratisyen hekimlerin, 1981 yılında konulan mecburi hizmet kapsamından çıkarılmasına olanak sağlamış, 13.12.1995 tarih ve 548 sayılı kanun hükmünde kararname ile pratisyen hekimlerin yükümlükleri kaldırılmıştır. Buna karşılık, uzman hekim açığının devam etmesi nedeniyle, uzman hekimlere yönelik mecburi hizmet uygulaması sürdürülmektedir. Nitekim 1996 yılında, uzman hekim atanamayan yerlere birer aylık geçici görevlerle 400 uzman hekim gönderilmiş (VII. BYKP, 1997, 152) ve uzman hekim açığı bu şekilde giderilmeye çalışılmıştır.

Ayrıca, acil sağlık hizmetlerinin örgütlenmesine devam edilmekte olup bu çerçevede, 1996 yılında 5 ilde, Sağlık Bakanlığı'na ait "acil yardım ve kurtarma merkezi" kurulmuştur. Bu merkeze bağlı 58 acil sağlık hizmeti istasyonu görev yapmaktadır.

RP-DYP koalisyon hükümeti sırasında "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanun Tasarısı", "Hastane ve Sağlık İşletmeleri Kanun Tasarısı" ve "Sağlık Finansmanı Kurum Kuruluş ve İşleyiş Kanun Tasarısı" hazırlanmıştır (TÜRK-İŞ, 1997, 286). Bu üç tasarıdan meydana gelen paket, RP-DYP koalisyon hükümeti tarafından yasalaştırılmamış olmakla birlikte, bu hükümetin sağlık alanına bakışının da, 1980 sonrasındaki hükümetlerle benzerlik taşıdığını göstermektedir.

Buraya kadar yapılan açıklamalar çerçevesinde, 1980 sonrası uygulanan sağlık politikalarını ve hizmet örgütlenmelerini değerlendirdiğimizde, bu döneme ilişkin olarak şu tespitleri yapabiliriz.

1980 sonrasında Dünyada ortaya çıkan dönüşüm, Türkiye'yi de etkilemiştir. Bu çerçevede, **1980 sonrasında Türkiye sağlık sektöründe uygulanan**



**politikalarda genel eğilim, sektörde piyasa koşulları ve kurallarının egemen kılınmasını sağlamaya yönelik olmuştur.**

Sağlık hizmet arzı ile ilgili olarak, yukarıdaki genel eğilime karşın, **özel kesimin sağlık sektörüne ilgisi yeterince yükseltilmemiş; koruyucu sağlık hizmetlerinin tamamında, tedavi edici sağlık hizmetlerinin tamamına yakın kısmında kamu kesimi egemen konumda olmaya devam etmiştir.** Nitekim 1997 yılı itibari ile hasta yataklarının yüzde 95'i kamu kesimine aittir.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi çerçevesinde geliştirilen ve **“Sağlık Evi” ile “Sağlık Ocağı”nın temel hizmet birimi olduğu birinci basamak sağlık hizmeti örgütlenmesi, kırsal kesimde sürdürülmüş; kentlerde “Kamu Sağlığı Merkezi” , “Semt Polikliniği” gibi birinci basamak sağlık hizmeti sunmaya yönelik yeni örgütlenmelere gidilmiştir.**

Sağlık hizmet sunumu ile finansmanının ayrılması ilkesi çerçevesinde, **GSS kurulmasına ilişkin çalışmalar yapıldıysa da, bunlardan bir sonuç alınamamış ve GSS kuruluncaya kadar, hiçbir sosyal güvencesi olmayan vatandaşların sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için, çeşitli fonlardan desteklenmesi yöntemine gidilmiştir. Bu nedenle, Ülkemizde uygulanan sağlık finansman yöntemlerine yenileri eklenmiş ve böylece karmaşa sürdürülmüştür.**

Sonuç olarak, sayısal büyüklerde kesinlikle küçümsenmemesi gereken düzeylere ulaşmasına rağmen, Türkiye sağlık sektörü; kaynakların etkin kullanıldığı, toplum sağlık düzeyinin gerektiği gibi yükseltilebildiği, halkın hizmete rahatça ulaşabildiği, hizmete ulaşmada bölgesel farklılıkların ortadan kaldırıldığı, etkin bir yapıya ulaştırılmamıştır.

#### **6.2.4. 2000’li Yıllarda Sağlık Hizmetleri ve Genel Sağlık Sigortası**

Bir ülkenin en değerli serveti olan insanın, iktisadi faaliyetlere verimli bir şekilde katılması için önce sağlık şartlarının iyileştirilmesi sonra eğitim seviyesinin yükseltilmesi gerekmektedir. Özellikle kalkınma çabası içinde bulunan ülkeler kalkınma çabasının gerektirdiği ve insan unsuru ile ilgili bulunan sağlık hizmetlerini iyileştirmek zorundadırlar. Üstelik sağlık düzeyi ile ilgili veriler, ülkenin kalkınmışlık derecesini ortaya koyan en önemli verilerdir. Sağlık hizmetleri

insanların yaşam sürelerine, kuvvet ve dirençlerine, enerji ve canlılıklarına etki eden bütün faaliyetleri kapsamaktadır (Orhaner, 2006 3).

Dünya Bankası'nın yaptığı "Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Reformu" adlı sektörsel çalışmada Türkiye'deki sağlık sektöründeki geri kalmışlığın ana sebepleri olarak şu saptamalar yapılmıştır: sağlık hizmetleri alma konusundaki eşitsizlik, kaynak aktarımı konusundaki eşitsizlik, zayıf yönetim sistemleri. Bu konudaki önemli olan nokta, sektörde küçük değişiklikler yaratmak yerine, köklü bir değişikliğin yapılmak istenmesidir (Sağlıkta Dönüşüm Projesi, 2006a).

"Sağlıkta Dönüşüm Programı" AKP Hükümetinin Dünya Bankası ve IMF gibi uluslararası kuruluşların doğrudan gözetim ve yönlendiriciliğinde sağlık sektöründe yürütmekte olduğu düzenlemelerin genel adıdır. Bu programın ana eksenini oluşturan düzenlemeler şunlardır (Sağlıkta Dönüşüm Projesi, 2006) :

- (1) Genel Sağlık Sigortası,
- (2) Birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği sistemine geçilmesi,
- (3) SSK sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığına devri ve özelleştirilmeleri için alt yapının hazırlanması
- (4) Tüm sağlık çalışanlarının sözleşmeli personel olarak çalıştırılması

Sağlıkta Dönüşüm Projesinin, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organizasyonu, finansmanının sağlanması ve sunulması amacıyla hazırlandığı ve Sağlıkta Dönüşüm Programının ilkeleri: insan merkezlilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon, hizmette rekabet olarak belirlenmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programıyla sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde bazı değişiklikler öngörülmüştür (Sağlıkta Dönüşüm Projesi, 2006b) :

- (1) Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı
- (2) Stratejik planlama, insan kaynakları politikası, personel yönetimi, kaynak dağılımı, malzeme yönetimi konularında yeni misyonunun tanımlanması
- (3) Mali ve yönetsel kontrol ve denetimin taşra teşkilatına aktarılmasına yardımcı olacak şekilde yeniden yapılanması gerekmektedir
- (4) Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası.

Sağlık Bakanlığı hem yeniden yapılanmasını gerçekleştirirken, hem de sağlık hizmetlerini planlaması ve sunumu sırasında sosyal devlet anlayışı çerçevesinde

koruyucu hizmetlere öncelik verecek, birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilecektir. Ödeme gücü ile orantılı olarak katkıda bulunulacak ve hizmetlerin ihtiyaçlar ölçüsünde kullanılacağı bir sigorta modeli oluşturulacaktır. Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması yanında özel sağlık sigortacılığının da gelişimi desteklenerek, özel sigortaların tamamlayıcı bir rol ile sistemde bulunmaları sağlanmalıdır. Sağlık sigortası mutlaka diğer sigorta sistemlerinden ayrılmalıdır. Primi yatırma veya sigortasız olma sorununun muhatabı sağlık kuruluşları olmamalı; sigorta kurumu bunu takip etmelidir. Hizmet üretenlere geri ödeme tek elden düzenli ve zamanında yapılmalıdır (Sağlıkta Dönüşüm Projesi, 2006b).

Birinci Basamak sağlık hizmetleri aile hekimliği ile sağlanacak ve sağlık kuruluşları kendi gelirlerini ve giderlerini kontrol eden sağlık işletmelerine dönüştürülecektir

Ülkemizde sağlık harcamalarının finansmanında karşılaşılan zorlukları gidermek ve toplumun tümünü sağlık hizmetinden yararlandırmak amacıyla Genel Sağlık Sigortası Kanun tasarısı hazırlanmış ve 2006 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde kabul edilmiştir. Genel Sağlık Sigortasının uygulamaya girmesi sağlık sisteminde olumlu ve olumsuz birçok değişikliğe neden olacaktır.

Ülkemizde insan sağlığını koruyacak ve geliştirecek çabaları, birçok ülkede olduğu gibi devlet göstermektedir. Anayasanın 56. maddesi sağlık ile ilgili şu hükümleri getirmektedir. “Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yasama hakkına sahiptir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak onları denetleyerek yerine getirir”. Görüldüğü üzere sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenlemek görevi, devletindir. Sağlık hizmetlerinin üretiminde devletin birinci derecede rol oynamasının nedenlerini şöyle sıralayabiliriz (Orhaner, 2006 10):

**(1)** Sağlık hizmetlerinin üretilmesi, iyileştirilmesi, kişiler açısından önemli olduğu kadar toplumun bütünü açısından da önemlidir.

- (2) Sağlık hizmetleri talebinin belirlenmesi; insanların bilgisizliği, gelir dağılımındaki eşitsizlik, sağlık hizmetleri kalitesi, vb. nedenlerle oldukça zordur. Devlet sağlık hizmetleri talebini elindeki bilgilerle daha iyi tahmin edebilir.
- (3) Sağlık hizmetlerinde özel kesim girişimleri, sağlık hizmetlerine olan talebi karşılamaya yeterli değildir.
- (4) Özel kesimde firmalar karlılık oranına göre hareket ettikleri için sağlık yatırımları belli bölgelerde yoğunlaşabilir.
- (5) Sağlık hizmetlerinde bölünmezlik söz konusudur. Birçok hastalık ülke çapında mücadeleyi gerektirmektedir.
- (6) Piyasa büyüklüğü; hastane, dispanser, poliklinik, laboratuvar gibi sağlık hizmeti üreten birimlerin ekonomik olarak kurulup işletilmesini engellemektedir

Devlet, gerek ekonomik kalkınmayı sağlamak gerekse geleceklerini planlamada istekli ve akılcı davranan sağlıklı insanları yetiştirmek için sağlık hizmetlerinin, yaygınlaştırılmasına ve iyileştirilmesine çalışmaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, yaygınlaştırılması için sağlık hizmeti veren kurumların harcamalarının artması kaçınılmazdır. Sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesinde yapılan sağlık harcamalarının finansmanı vergilerden, sigorta primlerinden doğrudan ödemelerden karşılanmakta ancak finansman kaynakları yeterli olmamaktadır. Son yıllarda özel sağlık sigortaları teşvik edilmekte, bağış ve yardımlar alınmakta, teşhis, tedavi ve ilaç harcamalarında kişilerin katkısı artırılmaktadır. Bütün bu tedbirlere rağmen devletin, sağlık hizmetleri konusunda yaptığı harcamaları karşılamakta zorlandığı Sağlık Finansmanı Reformu'na gittiği görülmektedir. Sağlık Finansmanı Reformunda ise Genel Sağlık Sigortası sistemi getirilmektedir.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesinde en önemli finansman kaynağı devlet bütçesidir. Sağlık harcamalarının finansmanı, 1960 sonrası Planlı Kalkınma Dönemiyle birlikte ağırlıklı olarak bütçeden (hazineden) karşılanmıştır. Dünya Bankası, sağlığa ayırdığı 1993 Dünya Kalkınma Raporu'nda ulusal düzeyde tanımlanmış bir asgari sağlık hizmetleri paketinin özellikle yoksullara yönelik olarak hükümet tarafından finanse edilmesini önermiştir. Bu nedenle sağlık harcamalarının finansmanında devlet payının büyük olmasını beklemek yanlış değildir. Sağlık harcamalarında işveren, işçi ve devletin katkısıyla finanse edilen sosyal sigortalar da

önemli bir finansman kaynağıdır. Özel kesim, sağlık harcamalarına doğrudan hizmet bedelini ödeyerek, bağış ve yardımlar yaparak ya da özel sağlık sigortası yoluyla sağlık harcamalarının finansmanına katılmaktadır. Günümüzde hemen her ülkede hem kamu hem de özel kaynakların yer aldığı sağlık finansman sistemi, ülkemizde de görülmektedir. Ancak sağlık finansman kaynaklarının kombinasyonu ülkenin sosyo-kültürel dokusu, ekonomik ve siyasi yapısına göre zaman içinde farklılık gösterebilmektedir (Orhaner, 2006 3).

**. Çizelge 6: Sağlık Harcamalarında Finansman Kaynaklarının Dağılımı (Tokat, Mehmet, Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992–1996, Ankara, 1998 ve Sağlık Bakanlığı bütçelerinden yararlanılarak hazırlanmıştır).**

Finansman Kaynağı	1996	2001
Devlet Bütçesi	43	42
Kamu Sağlık Sigortası	25	38
Özel Kesim	32	20
Toplam	100	100

Reform çalışmalarının amacı, sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşların yararlanacağı şekle gelmesini sağlamaktır. Bu amaçla, Sağlık Finansman Reformu, Aile Hekimliği ve Birinci Basamak Reformu, Organizasyon ve Yönetim Reformu, Hastane ve Sağlık işletmeleri Reformu, vb. çalışmaları yapılmıştır.

Genel sağlık sigortası, dünyada bilinen önemli bir sağlık örgütlenme modelidir. Özellikle gelişmiş Batı ülkelerinde uygulanan genel sağlık sigortası modeli, mevcutlar arasında en pahalı örgütlenme modelidir. Bu modelde sağlık hizmetlerinin finansmanının büyük bölümü, sağlık hizmetlerinden yararlananlardan dolaylı veya dolaysız bir şekilde alınan primlerden karşılanmaktadır. Genel sağlık sigortası sisteminde ulaşım, eğitim, kentleşme, haberleşme alanlarında sağlam bir alt yapı geliştirildiği için sistem kendi iç tutarlılığına sahiptir. Genel sağlık sigortası halen Batı Avrupa, Kuzey Amerika ülkeleriyle Avustralya, Yeni Zelanda, Japonya ve İsrail’de uygulanmaktadır (Orhaner, 2006 3):

1992 yılında kabul edilen 3816 sayılı “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşlanması Hakkında Kanun” ile Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilene kadar fakir vatandaşların sağlık hizmeti, ihtiyaçları karşılanmaya çalışılmıştır. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı kapsamında 1997 Programı içinde sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve etkin sunumu amacıyla “Aile Hekimliği” uygulamasına geçileceği, sosyal güvencesi olmayan kesimin sigortalanmasının sağlanacağı belirtilmiştir. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde de Genel Sağlık Sigortası üzerinde çalışmalar yapılmış ve 2005 yılında Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı TBMM’ne gönderilmiştir. Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı TBMM’de kanunlaştığında tüm nüfus sağlık güvencesine sahip olacaktır.

Genel Sağlık Sigortası, kişilerin ekonomik gücüne ve arzulu olup olmadığına bakılmaksızın gelecekte ortaya çıkacak hastalık riskine karşı toplumun bütün fertlerinin sağlık hizmetlerinden yaygın ve etkin bir şekilde faydalanmasını sağlayacaktır. Genel Sağlık Sigortasının işlemesiyle birlikte ülkemizde, sigortalılar sağlık yardımlarının sağlanmasında kamu ve özel kesime ait bütün sağlık tesislerinden hizmet alabileceklerdir.

Genel Sağlık Sigortası uygulaması için sağlık sektöründe de bir dizi reforma ihtiyaç duyulmaktadır. Örneğin; aile hekimliği uygulamasında, hastanelerden sözleşmeler yoluyla hizmet alımında, sağlık hizmetlerinin planlama ve idaresinde reform, vb. Genel Sağlık Sigortasında aile hekimliği uygulaması önem taşımaktadır. Hastalar önce aile hekimine gidecek, aile hekimi duruma göre hastaya ilacını verip evine ya da gerekiyorsa hastaneye yollayacaktır. Daha önce 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” ile çevreden merkeze doğru “sağlık evleri”, “sağlık ocakları”, “sağlık merkezleri” adıyla kurulan kurumlara hastaların, kısa sürede sağlık kurumlarına ulaşması düşünülmüştür. Ancak 1963 yılında ilk kez Muş’ta başlatılan bu uygulama, sosyo-ekonomik ve politik faktörler, en önemlisi de mali kaynak ve nitelikli işgücü yetersizliğiyle başarılı olamamıştır. Hastalar sözü edilen bu sağlık müracaat zincirine uymak yerine doğrudan büyük kentlerdeki sağlık tesislerine yoğun talepte bulunmuşlardır. Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı, sağlık müracaat zincirinde aile hekimlerini birinci basamak olarak görmektedir. Hastalar aile hekimi onay vermedikçe hastaneye gidemeyecektir. Halen

birkaç pilot bölgede uygulaması başlatılan aile hekimliği, Genel Sağlık Sigortası uygulamasının başarılı olmasında mutlaka eksiksiz uygulanmalıdır. Ancak hekim sayısının yeterli olmaması, nüfusun artışı, halkın bilinç düzeyi, vb. aile hekimliğinin yaygınlaşması ve başarısında önemli engellerdir. Genel Sağlık Sigortası Kanun tasarısına göre sigortalılar, işverenler ve devlet genel sağlık sigortası primi ödeyecektir. Prim oranı prime esas kazancın % 12,5'idir. Prim ödeme gücü olmayan yoksulluk sınırının altında gelir alanların (Sosyal Hizmetler ve Yardımlar Kanununda belirtilen gelir alt sınırı) primini devlet ödeyecektir. 1479 sayılı Bağ-Kur Kanununa göre prim ödeme gücü bulunanlar primin tamamını öderken 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ve 5434 sayılı T.C. Emekli Sandığı Kanununa göre sigortalı % 6, işveren % 6,5 prim ödeyecektir. Genel Sağlık Sigortası hizmetlerinin yürütülebilmesi için Bakanlığa bağlı, mali ve idari bakımdan özerk ve kamu tüzel kişiliğini haiz **Sağlık Sigortası Kurumu** kurulacaktır. Ayrıca bu Kanun kapsamında sağlık hizmet ve yardımlarından yararlanmaya hak kazananlar Sağlık Sigortası Kurumu tarafından kendilerine verilen "Sağlık Belgesi"ni ibraz ederek hizmet satın alma sözleşmesi yapılan hekim ve sağlık kurumundan faydalanabilecektir (Orhaner, 2006, 8):

**Genel Sağlık Sigortasının ülkemizde uygulanmasının olumlu taraflarını şöyle sıralayabiliriz (Orhaner, 2006 15):**

- (1) Genel Sağlık Sigortası ile toplumun tüm fertleri sağlık hizmetlerinden faydalanacaktır.
- (2) Genel Sağlık Sigortası ile sağlık hizmetlerine olan talep büyük kentlerdeki sağlık tesislerine kaymayacak her il ve ilçede aile hekimleri gerek görmezse hastaları hastaneye göndermeyecektir.
- (3) Sağlık hizmeti sunan sağlık kurumları işletmecilik anlayışına uygun olarak daha verimli çalışacak bunun için sağlık kurumları arasında rekabete önem vereceklerdir.
- (4) Genel Sağlık Sigortası ile nüfusun tümüne asgari sağlık hizmeti verileceğinden daha fazla, daha iyi, daha kaliteli hizmet bekleyen kişilerin özel sağlık sigortalarına talebi artacaktır. Özel sağlık sigortasının gelişmesi sigorta sektöründe mali kaynağın artması aynı zamanda kaliteli sağlık hizmeti veren özel sağlık kuruluşlarının da yurt genelinde artması ve yaygınlaşması anlamına gelecektir. Dolayısıyla özel kesimin sağlık yatırımlarını artıracığı, sağlık arzında daha fazla söz sahibi olacağı söylenebilir.

(5) Ülkemizde temel sağlık göstergeleri uluslararası standartlara daha uygun hale gelecektir. Aile hekimliği sistemi yerleştiğinde hastaları takip etmek, hastanın hastalık ilerlemeden aile hekimini daha sık ziyaret etmesi mümkün olacaktır. Yatak sayısı, hizmet kalitesi gelişecek, sağlık kurumları birer sağlık işletmesi olarak özerkleşecektir.

(6) Ülkemizde hasta yatak kullanma oranı ortalama % 62 iken il merkezlerinde bu oran % 75'in üstünde, ilçe merkezlerinde % 25'in altında kalmaktadır (DPT, 2003: 147). Genel Sağlık Sigortasının uygulamaya girmesiyle il merkezlerindeki hastanelere olan yoğun talep ilçe merkezlerine kayacaktır.

(7) Devletin sağlık hizmetlerinin üretimini daha fazla yerel yönetimlere bırakabileceği de beklenmelidir. Böylelikle merkezi yönetim sadece denetim isini sürdürerek bulunulan mahallin sağlık ihtiyacını yerel yönetimlerin yerine getirmesini bekleyecektir.

**Ülkemizde Genel Sağlık Sigortasının uygulanması su olumsuzlukları getirebilir** (Orhaner, 2006 16):

(1) Genel Sağlık Sigortası uygulamaya girdiğinde, kısa vadede getireceği en önemli sorun kargaşadır. Hastaların daha önceki alışkanlıklarından vazgeçip aile hekimine gitmesi kolay olmayacaktır. Kaldı ki aile hekimliği konusunda çalışmaların hemen başlaması, kişilerin aile hekimini tanıması gerekmektedir. Kısa vadede sağlık kurumları ve sağlık personelini sayıca artırmak, zordur. Hekim sayısının artması bilindiği gibi en az altı yılı gerektirmektedir.

(2) Genel Sağlık Sigortası uygulaması için de devletin finansman kaynağına ihtiyacı vardır. Halen sağlık harcamalarında en önemli finansman kaynağı devlet bütçesiydi. Genel Sağlık Sigortası ile devlet yine en önemli finansman kaynağıdır ancak prim ödeme gücü olan Bağ-Kur'ludan destek almaktadır. T.C. Emekli Sandığı sağlık primi olarak prim almazken bu uygulamayla çalışandan % 6, işverenden (devlet) % 6,5 prim alacaktır. Dolayısıyla T.C. Emekli Sandığı'nda sigortalı sağlık primi olarak % 6 katkı verecektir. Sosyal Sigortalar Kurumu'na bağlı sigortalılar ise % 5 prim öderken % 6, işveren % 6 öderken % 6,5 prim ödeyecektir. Genel olarak sağlık primi artmış gözükmektedir. Sigortalılar bunun farkında olarak daha kaliteli sağlık hizmeti bekleyeceklerdir.



(3) Genel Sağlık Sigortası sağlık konusunda asgari sağlık hizmeti verecek daha fazla ve kaliteli sağlık hizmeti için kişiler özel sağlık sigortasına ihtiyaç duyacaklardır. Oysa sağlık hizmetlerinin kısa ve orta vadede artırılması mümkün değildir. Uzun vadede özellikle özel kesim sağlık hizmetleri arzında daha istekli olabilir.

(4) Yıllardır üç ana sosyal güvenlik kuruluşunun (Bağ-Kur, SSK, T.C. Emekli Sandığı) aynı çatı altında belli bir standart ve normda hizmet sunması sağlanamamıştır. Genel Sağlık Sigortası ile herhangi bir sosyal güvencesi olmayan vatandaşlar da sağlık güvencesine alınacağı için bu yeni grup için sunulan sağlık hizmetinin hangi sosyal güvenlik kuruluşuna yakın olacağı bilinmemektedir. Kaldı ki hangi sağlık hizmetlerinin Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınacağı (estetik operasyonlar, vb.) tartışma konusu olacaktır.

(5) Ülkemizde sağlık hizmetleri arzı yetersiz olduğu gibi şehirlerarası da büyük farklılıklar bulunmaktadır. Birçok şehrimizde hekim, araç-gereç yetersizdir. Bunların ihtiyaca cevap verebilir hale gelmesi orta ve uzun vadede mümkündür.

(6) Genel Sağlık Sigortası sistemi ulaşım, haberleşme, kentleşme, vb. alanlarında sağlam bir alt yapı gerektirmektedir. Oysa bu alanlarda eksiklikler bulunmaktadır. Elektrik kesintisi, haberleşmede tıkanıklıklar, bilgisayar sistemlerinde geçici duraksamalar, özellikle doğu bölgelerimizde kış aylarında kapalı yollar, vb. sağlık hizmetinden yararlanmayı güçleştirmektedir.

(7) Özel sağlık sigortası şirketlerinin prim tespitinde daha gerçekçi olması, zamanında ödeme ya da hizmet yapması ve güven yaratması gerekmektedir. Bugünkü şartlar devam ettiği sürece Genel Sağlık Sigortası uygulamaya girdiğinde özel sağlık sigortasına olan talep artışı sigorta şirketlerinin tutumu nedeniyle tersine dönebilir. Özel sağlık sigortası yaptırmak yerine kişiler sağlık hizmetini doğrudan satın almayı tercih edebilir.

Sağlık hizmetlerinin etkin sürdürülmesi insanların sağlıklı olmasını sağlayacaktır. Devlet sağlık harcamalarında koruyucu sağlık hizmetlerini tek basına gerçekleştirmekte, tedavi edici sağlık hizmetlerinde de özel kesime göre daha fazla harcama yapmaktadır. Sağlık harcamalarının finansman kaynaklarından en önemlisi devlet bütçesinden yapılan doğrudan ya da dolaylı ödemelerdir. Diğer taraftan nüfusun % 85'i sağlık sigortasından yararlanmaktadır. Sosyal sigorta kurumları sigorta kapsamında olan kişilerden, işverenlerden ve devletten sağlık primi adı

altında gelir elde etmekte bu gelir ile sağlık giderlerini karşılamaktadır. Bununla beraber sosyal sigorta kurumları son yıllarda sigorta ödemelerinde zorlanmaktadır. Sağlık harcamalarının finansmanında reform çalışmalarına gidilmiştir. Sağlık harcamalarının finansmanı reformunda önerilen Genel Sağlık Sigortasının iki amacı bulunmaktadır: Toplumun sağlık sigortası kapsamına girmeyen % 15'lik kısmını da sağlık hizmetlerinden yararlandırmak ve sağlık harcamalarının finansmanına katkı sağlamak. Devlet, Genel Sağlık Sigortası ile sosyal güvenlik kuruluşlarından alacağı sağlık primini artırmakta, yoksulluk sınırının üstünde gelir elde edenlerden de isteğine bırakmaksızın prim toplamayı düşünmektedir. Genel Sağlık Sigortası ülkede yasayan herkesin yurtiçinde veya yurtdışı sağlık tesislerinde göreceği tedavileri, ilaç, iyileştirme araçları, ası, serum, vb. ücretlerini karşılayacaktır. Uygulamada birinci basamak sağlık hizmetleri verilmeden ikinci basamak ya da üçüncü basamaklık hizmetlerini almak mümkün değildir. Genel Sağlık Sigortası sigortalıya prim yükü getirirken kısa ve orta vadede sağlık hizmetlerinin çok kaliteli verileceğini beklemek hayal olacaktır. Daha kaliteli sağlık hizmeti bekleyenler, ABD, Japonya örneklerinde olduğu gibi özel sağlık sigortalarına yöneleceklerdir. Aile hekimliği uygulamasının yaygınlaştırılması Genel Sağlık Sigortası Sisteminin etkin sürdürülmesi açısından mutlaka gereklidir. Aile hekimliği uygulaması hemen yaygınlaştırılmalı, halkımız, sağlık müracaat zincirindeki değişiklik üzerine bilgilendirilmelidir. Özel sağlık sigortaları, 1991 yılından bu yana ümit edilen gelişmeyi gösterememiştir. Genel Sağlık Sigortası uygulaması ile özel sağlık sigortası hizmeti veren sigorta şirketlerinin değişen duruma uygun olarak kendilerini yenilemeleri gerekmektedir. Genel Sağlık Sigortası Kanun tasarısı getireceği olumlu ve olumsuz etkilerle Türk Sağlık Sisteminde önemli değişikliklere neden olacaktır (Orhaner, 2006 3).

### **6.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Örgütlenmesi**

Sağlık sektörü sağlık elde etmek ve toplumu sağlıklı kılmak amacını gerçekleştirmek üzere, çok geniş bir alanı kapsayan sağlıkla ilgili mal ve hizmet, türündeki her türlü ürünün arz ve talebi üzerine sistem ve alt-sistemler ile bunların içinde yer alan kişi, kuruluş, statü ve ürünlerin tümünü belirtmek için kullanılan genel ve kapsayıcı bir kavramdır (Sargutan, 1993, 3). Sağlık sektörü, arz ve talep

sistemleri olarak iki genel bileşene ayrılabilir, bazı kurumların her iki bileşene de hitap etmeleri nedeni ile karmaşık bir yapı ortaya çıkmaktadır.

Türkiye’de de, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı açılarından oldukça karmaşık bir yapı mevcuttur. Sektörün genel bir görünümü Çizelge 5’de verilmiştir.

**Çizelge 7. Türkiye’de Sağlık Sektöründe Yer Alan Kuruluşlar ve Bunların İşlevleri Açısından Sınıflandırılması (Çilingiroğlu, 1995, 407).**

POLİTİKA OLUŞTURMA AÇISINDAN	SAĞLIK HİZMETİ SAĞLAMA AÇISINDAN	SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI AÇISINDAN	İDARİ YETKİ AÇISINDAN	SAĞLIK KONUSUNDA DOLAYLI İŞLEVLER AÇISINDAN
Sağlık Bakanlığı	Kamu	Kamu	Sağlık Bakanlığı	Bayındırlık Bakanlığı
Devlet Planlama Teşkilatı	Sağlık Bakanlığı	Maliye Bakanlığı	İçişleri Bakanlığı	Belediyeler
Yüksek Öğretim Kurulu	Sosyal Sigortalar Kurumu	Sağlık Bakanlığı		İçişleri Bakanlığı
Yüksek Planlama Kurulu	Üniversite Hastaneleri	Hazine ve Dış Ticaret Müsteşarlığı		Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı
TBMM Sağlık ve Sosyal İşler Komisyonu	Belediyeler	Sosyal Sigortalar Kurumu		
TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu	Kamu İktisadi Teşekkülleri	Bağ-Kur		
TBMM Genel Kurulu	Diğer Bakanlıklar	Özel		
	Özel	Vakıflar		
	Vakıflar	Özel Sigorta Şirketleri		
	Yerli ve Yabancı Hastaneler	Uluslararası Kuruluşlar		
	Özel Hekimler			
	Eczacılar			
	Özel Klinik ve Laboratuvarlar			
	Sosyal Amaçlı Kızılay, vb.			

Sağlık sektöründe hizmet sunan ve finansman sağlayan çok sayıda kurum bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı’nın ağırlığı açık olmakla beraber, daha birçok kamu

kurumu da sağlık sektöründe yer almaktadır. 2005 yılından itibaren “Sağlık Reformu” çerçevesinde SSK’nın sağlık hizmetleri sunumu sona ermiş sağlık kurumları Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. 19 Şubat 2005 tarihinden itibaren SSK’nın sağlık kurumları TBMM’de 06.01.2005 tarihinde kabul edilen ve 19 Ocak 2005 tarih ve 25705 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren 5283 sayılı “Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun” ile Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. Kanun bazılarını dışarıda bırakmak üzere (Cumhurbaşkanlığı, yüksek mahkemeler,, Sayıştay, Türk Silahlı Kuvvetleri, Milli İstihbarat Teşkilatı, Üniversiteler, mahalli idareler ve mazbut vakıflara ait sağlık birimleri) bakanlıklar, bakanlıkların bağlı, ilgili ve ilişkili kuruluşları ile diğer kamu kurum ve kuruluşları kapsamındaki sağlık kurumlarının Sağlık Bakanlığı’na devredilmesini içermektedir (TTB Kocaeli Tabip Odası, 2005). Böylece SSK’nın sağlık hizmeti sunumu sona ermiş ve sadece sağlık sisteminin finansmanını sağlayan kurumlarından biri olmuştur

Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), sağlık politikalarının belirlenmesinden ve sağlık hizmetlerinin planlamasından sorumlu önde gelen kuruluşlardır. DPT’nin rolü, daha çok genel politikaların belirlenmesidir. Diğer sektörlerle beraber sağlık sektörü için belirlenen amaçlar, ilkeler ve politikalar, Beş Yıllık Kalkınma Planlarında yer alır. Sağlık Bakanlığı, bu öngörülere göre sağlık hizmetlerini planlar, gerekli faaliyetleri yürütür ve koordine eder. Bu haliyle Sağlık Bakanlığı, ülkenin sağlık politikalarının geliştirilip uygulanmasından sorumlu önde gelen kuruluştur.

Sosyalleştirme Yasanın öngörülerinden “sağlık hizmetlerinin tek elden yönetimi” hayata geçirilememiştir. Bugün koruyucu sağlık hizmetleri çoğunlukla Sağlık Bakanlığı örgütü tarafından yerine getirilmektedir. Ancak, Sağlık Bakanlığı yanında birçok kamu kurumu da daha çok tedavi hizmetleri sunan, kendi sağlık kuruluşlarına sahiptir. Sosyalleştirme Yasası, tüm sağlık hizmetlerinin bir devlet görevi olduğunu, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin bir arada yürütülmesini ve kamu sektöründe sağlık hizmetlerinin tek elden yönetimini öngörüyordu. Bu Kanuna göre ülkedeki kamuya ait tüm sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı’nın bünyesinde tek elden yürütülecekti. Öngörülen sağlık örgütlenmesinde temel hizmet birimi sağlık ocakları idi. Sağlık ocakları, hekim başkanlığındaki bir ekiple, hizmetlerin

bütünleşmiş bir şekilde verildiği veya eşgüdümlendiği birimler olacaktır. Sağlık ocaklarının birinci basamak hasta tedavi hizmetleri devlet hastanelerince; koruyucu sağlık hizmetleri ise il ve bölge düzeyinde oluşturulan halk sağlığı örgütleri ile desteklenecek ve tamamlanacaktır.

Sağlık hizmetleri bir dizi kuruluş tarafından halka ulaştırılmakla beraber, sağlık politikalarının geliştirilip uygulanması ve koordine edilmesinden sorumlu olan Sağlık Bakanlığı, aynı zamanda, tedavi edici hizmetlerin yanı sıra koruyucu sağlık hizmetlerinin tümünü yerine getiren kurumdur. Sağlık Bakanlığı, bu hizmetleri yürütecek şekilde merkez ve il düzeyinde örgütlenmiştir.

### **6.3.1. Sağlık Bakanlığı**

Sağlık hizmetleri bir dizi kuruluş tarafından halka ulaştırılmakla beraber, sağlık politikalarının geliştirilip uygulanması ve koordine edilmesinden sorumlu olan Sağlık Bakanlığı, aynı zamanda, tedavi edici hizmetlerin yanı sıra koruyucu sağlık hizmetlerinin tümünü yerine getiren kurumdur. Sağlık Bakanlığı, bu hizmetleri yürütecek şekilde merkez ve il düzeyinde örgütlenmiştir.

Sağlık Bakanlığı'nda, koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmeti sunan ve ülke sathına yayılmış çok sayıda sağlık ocağı yanında, ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmeti veren devlet hastaneleri ve özel dal hastaneleri bulunmaktadır. Ayrıca kamu sağlığı hizmetlerini destekleyici yönde faaliyet gösteren halk sağlığı laboratuvarları ve hıfzıssıhha enstitüleri ve sağlık personeli yetiştirmeye yönelik eğitim kurumları ile sağlık sektörünün en büyük sağlık örgütlenmesidir.

Sağlık örgütlenmesinin en uçtaki hizmet birimi, sağlık evidir. 2.000–2.500 nüfusa hizmet vermek üzere oluşturulan sağlık evlerinde bir ebe görev yapar. Ebe, bağlı olduğu sağlık ocağı hekiminin denetimi altında, koruyucu sağlık hizmetleriyle ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri verir.

Sağlık ocakları, kırsal alanda 5–10 bin, kentsel alanda 30–50 bin nüfusa hizmet edecek şekilde kurulur. Sağlık ocaklarında, bulunduğu yerleşim yerine (şehir, ilçe merkezi, köy) göre değişen sayıda olmak üzere hekim, diş hekimi, eczacı, sağlık memuru, hemşire ve ebeden oluşan bir sağlık ekibi görev yapar. Ayrıca tıbbi sekreter ve araç varsa şoför de bulunur. Her sağlık ocağı bölgesinde, nüfusa göre yeterli sayıda sağlık evi oluşturulmuştur.

Sağlık ocakları yanında, bazı özel nüfus gruplarına ve hastalıklara yönelik olarak kurulmuş birinci basamak sağlık kuruluşları da mevcuttur. Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, il ve büyük ilçe merkezlerinde mevcut olup, toplum sağlığı açısından öncelikli gruplar olan anne ve çocukların sağlığına yönelik olarak hizmet verir. Ayrıca, verem savaş dispanseri gibi hastalık merkezli birinci basamak sağlık kuruluşları da mevcuttur.

Sağlık ocağı ve diğer birinci basamak sağlık kuruluşları, sevk sistemi içinde ilk basamağı oluşturur. Koruyucu ve birinci basamak tedavi hizmetleri sağlık ocakları ve diğer birinci basamak sağlık kuruluşlarınca yerine getirilir.

**Çizelge 8. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı Kuruluşları (2002) (SB(2004) Sağlık İstatistikler, 2003).**

KURULUŞUN ADI	SAYISI
Devlet Hastanesi	668
Sağlık Ocağı	5936
Sağlık Evi	11740
Semt Polikliniği	40
AÇS/AP Merkezi	299
Verem Savaş Dispanseri	272
Deri Tenasül Hast. Dispanseri	12
Hava Limanı Sağ. Dent. Merk.	16
Hudut Sağlık denetim Merkezi	16
Sahil Sağlık Denetim Merkezi	48
Sağlık Meslek Lisesi	280
R. Saydam Hıfz. Merk. Başk.	1
Bölge Hıfzıssıhha Enstitüsü	7
İl Halk Sağlığı Laboratuvarı	79
İlçe Halk sağlığı Laboratuvarı	31
Sıtma Enstitüsü	2
Sıtma Kontrol Laboratuvarı	6
Sıtma Laboratuvarı	80
Sağlığı Koruma Yeri	2
Liman-Şehir Bakt. Mües.	2
Ana Donanım İkmal Bölge Müd.	1
Donanım Bölge Müdürlüğü	18
Donatım il Müdürlüğü	5

SSK sağlık kuruluşlarının eklenmesiyle hastane sayısı 789 olmuştur.

**Çizelge 9: Sağlık Arzına Yönelik Göstergelerde Gelişmeler (Kaynak: DPT, 2006 Yılı Programı, Ankara 2005, s.148).**

Fiziki mekân göstergeleri	Yıllar	
	2003	2004
Yatak sayısı	180797	187788
Yatak başına düşen nüfus	389	378
Yatak kullanım oranı (%)	61	64,9
<b>Sağlık insan gücü göstergeleri</b>		
Hekim sayısı	97763	99304
Hekim başına düşen nüfus	718	716
Hemşire sayısı	80900	84400
Hemşire başına düşen nüfus	881	850

Çizelge 8’den görüleceği üzere 2004 yılı itibariyle ülkemizde 716 kişiye bir hekim düşmektedir. Oysa 1980 yılında dahi hekim başına düşen nüfus ABD’de 520, Fransa’da 580, İspanya’da 460, İtalya’da 340, Yunanistan’da 420 kişidir (Kongar, 1989: 15). Ülkemizde özellikle ekonomik gelişme düzeyi düşük bölgelerde hekim sayısı az olduğu için hekim başına düşen nüfus daha fazla olmaktadır. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı öncesinde yapılan çalışmalarda, hasta yataklarının % 38’i, hekimlerin % 40’ının üç büyük ilde bulunduğu ifade edilmektedir (DPT, 2000: 18).

**Çizelge 10. Kamu ve Özel Sağlık Kurumlarında Hastane ve Yatak Sayısı (DPT, 2005 Yılı Programı, Ankara, s. 142).**

Kamu ve Özel Sağlık Kurumları	Hastane Sayısı		Yatak Sayısı	
	Miktar	Yüzde(%)	Miktar	Yüzde(%)
Sağlık Bakanlığı	789	67,3	120359	66,5
Üniversiteler	50	4,2	26162	14,4
Özel Sağlık Kuruluşları	247	21,1	11824	6,5
Diğer (Mil.Sav.Bak. KİT,Belediye vb)	86	7,4	22452	12,6
Toplam	1172	100,0	180797	100,0

Ülkemizde halen sağlık hizmetleri arzında özel kesimin payı düşüktür. Kamu kesimininse hastane sayısında %78,9 yatak sayısında ise %93,5 ağırlığı bulunmaktadır.

### **6.3.1.1. Sağlık Bakanlığı Merkez Örgütlenmesi**

Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı, ana hizmet birimleri ve destek hizmet birimleri olarak iki grupta ele alınabilecek genel müdürlük ve bağımsız daire başkanlıkları şeklinde örgütlenmiştir. Tüm bu birimlerin üstünde müsteşar ve her biri kendine bağlı birimlerin çalışmalarını koordinasyonla sorumlu beş müsteşar yardımcısı yer alır.

Doğrudan Bakana bağlı olarak görev yapan Teftiş Kurulu mali, idari ve tıbbi konuları denetlemekle yükümlüdür. Yüksek Sağlık Şurası ise bir danışma kurulu niteliğindedir ve olağan hallerde yılda iki kez toplanır.

Araştırma, Planlama ve Koordinasyon (APK) Kurulu Başkanlığı, Bakanlık politikaları ve faaliyetleri ile ilgili olarak, gerek merkez teşkilatı birimleri arasında ve gerekse bakanlık dışı kuruluşlar ile bakanlık birimleri arasında eşgüdümü sağlamakla yükümlüdür.

Bakanlık politika ve faaliyetlerini uygulamaktan sorumlu ana hizmet birimleri Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü ve Sağlık Eğitim Genel Müdürlüğü'dür. Bu kategoride yer alan Veremle Savaş Dairesi Başkanlığı ve Sıtma Savaş Dairesi Başkanlığı, Bakanlığın tarihsel gelişimi içinde oluşturulmuş ve dikey örgütlenme biçimini yansıtan hastalık merkezli birimlerdir.

Personel Genel Müdürlüğü, İdari ve Mali İşler Dairesi Başkanlığı, Bütçe Dairesi ile Savunma Sekreterliği ise yardımcı ve destek hizmet birimleridir.

### **6.3.1.2. Sağlık Bakanlığı İl Örgütlenmesi**

İllerde Bakanlık politika ve sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden ve kamu sağlığı ile ilgili çalışmaların eşgüdümünden sorumlu idari birim, sağlık müdürlüğüdür. İl sağlık müdürleri, valinin idari denetiminde çalışırlar. İl sağlık müdürlükleri genel olarak, Bakanlık merkez teşkilatında yer alan birimlere paralel bir



şekilde örgütlenmiştir. İl örgütlenmesinde, sağlık müdürlüğündeki idari birimlerin yanı sıra koruyucu sağlık hizmeti ile birinci ve ikinci basamak tedavi hizmeti sunan birimler yer alır.

Sağlık ocakları, kendisine bağlı sağlık evleri ile koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu en uçtaki temel hizmet birimidir. Bunların yanı sıra, bu hizmetleri desteklemek üzere daha az sayıda ve genellikle il ve büyük ilçe merkezlerinde olmak üzere ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, veremle savaş dispanserleri ve halk sağlığı laboratuvarları bulunur.

Diğer yandan birinci basamak sağlık kuruluşları ile bağlantılı şekilde çalışan yataklı tedavi kurumları, ikinci basamak sağlık hizmeti sunarlar. Bunlar hemen her il merkezi ve büyük ilçelerde bulunan devlet hastaneleri, bazı il merkezlerinde bulunan doğum ve çocuk bakımevleri ile özel dal hastanelerdir.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında kanun ile ilçe düzeyindeki sağlık hizmet birimleri ile sağlık müdürlüğü arasında eşgüdümü sağlayıcı bir idari birim olarak öngörülen sağlık grup başkanlıkları birçok yerde mevcut ise de işlevsel olarak konuları hep tartışılmıştır. Diğer yandan, yine her ilçe merkezinde ve sağlık grup başkanlığına bağlı olarak çalışması öngörülen sağlık merkezleri aslında yataklı tedavi kuruluşlarıdır. Ancak bunlar işlevlerini tam olarak yerine getirememektedir.

### **6.3.2. Üniversite Hastaneleri**

Yüksek Öğretim Kuruluna bağlı araştırma, eğitim ve hizmet kuruluşları olan tıp fakültelerinin çoğunun hastanesi bulunmaktadır. Yeni kurulanlar ise Sağlık Bakanlığı hastanelerinden yararlanmaktadır. Ayrıca bazı tıp fakültelerinin halk sağlığı anabilim dalları, Sağlık Bakanlığı ile yaptıkları protokol çerçevesinde öğrencilerine sağlık ocaklarında uygulamalı eğitim yaptırmakta, böylece temel sağlık hizmetlerine de katkıda bulunmaktadır.

### **6.3.3. Diğer Kamu Kuruluşları**

Milli Savunma Bakanlığı'nın denetimindeki 42 hastane, Türk Silahlı Kuvvetleri mensuplarına ve bunların yakınlarına koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti sunmaktadır. Milli Savunma Bakanlığı aynı zamanda bir tıp akademisine ve yüksek hemşire okuluna sahiptir.

Sağlık Bakanlığının etkililiğinin düşüklüğü sebebiyle bazı kamu kuruluşları da yıllar içinde kendi hastanelerini ve polikliniklerini kurmuşlardır. İçişleri Bakanlığı bünyesinde bir Polis Hastanesi bulunmaktadır. Bazı belediyelerle, PTT hastaneleri, Devlet Demiryolları hastaneleri, Milli Eğitim Bakanlığı poliklinikleri ve bazı kamu iktisadi teşekkülleri kendi özel hastanelerine sahiptir (Savaş, 2001, 87).

#### **6.3.4. Özel Sektör**

1980'lerin sonuna kadar az sayıda olan özel hastaneler azınlıklar (Rum ve Ermeni) ve yabancılar (Amerikan, İtalyan, Bulgar, Fransız, Alman) tarafından çoğunlukla da İstanbul'da kurulmuşlardı. Türkler tarafından kurulan işletmeler 50 yataktan küçük olan klinikler ve özel olarak çalışan uzmanların ihtiyaçlarını karşılayacak kadın doğum poliklinikleri ve ameliyathanelerle sınırlı idi. Ekonomik liberalizasyon politikalarının uygulanmaya başlanmasından sonra özel hastane yatırımları için birçok teşvik sağlandı. 90'ların ikinci yarısından sonra özellikle büyükşehirlerde kurulan özel hastaneler son derece lüks koşulları olan ve cepten ödeme yapanları çekmeyi hedeflediler (Savaş, 2001, 101).

Son 15 yılda hızla artan özel hastane sayısı 1993'te 129, 2000'de 291 iken, 2005'te toplam 270 olmuştur. Hastanelerin toplam yatırım tutarı 300 milyon dolara ulaşmıştır (Özel hastaneler, 2005). Bunların dışında muayenehane hekimleri ve özel poliklinikler ayakta tanı ve tedavi hizmetlerinde önemli bir paya sahiptir. Son yıllarda kurulan özel tıp fakülteleri de kendi hastaneleri ya da özel hastanelerle anlaşarak hizmet vermeye başladılar.

## **7. YENİ KAMU YÖNETİMİ ANLAYIŞIYLA BİRLİKTE SAĞLIK HİZMETLERİNDE YAŞANAN DÖNÜŞÜM**

Dünyaya hızla yayılan küreselleşme dalgasıyla birlikte artık devletlerin sağlık alanında yaptıkları kamu harcamaları azaltılmak istenmektedir. Ancak sağlık alanında yaşanan sorunlar azalmamakta aksine her geçen gün daha da ciddi boyutlara ulaşmaktadır.

Dünyada yaşanan değişikliklere ayak uydurmak isteyen Sağlık Bakanlığı ise mevcut problemlerin çözümü için türlü öneriler gündeme getirmektedir. Bunlardan bir tanesi sağlıkta özelleştirme. Aslında özelleştirme tartışması yeni bir tartışma değildir. Ancak 1980’li yıllardan sonra daha da güncelleşmiş ve Sağlık Bakanlığı’nın çalışmaları içerisine girmiştir. Özelleştirme haricinde sağlık sektöründe önem verilen diğer bir konu ise desantralizasyondur. Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinde çeşitli yöntemler izlenmekte ve bu yöntemler çeşitli tartışmaları da beraberinde getirmektedir.

Araştırmanın bu bölümünde; “**Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi**” ve “**Sağlık Hizmetlerinde Desantralizasyon**” başlıkları altında sağlık hizmetlerindeki dönüşüm incelenecektir.

### **7.1. Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi**

Genelde sağlık hizmetlerinin özelde ise hastanelerinin özelleştirilmesi, son yıllarda değişik gerekçelerle, üzerinde en çok tartışma yapılan konular arasındadır. Dünyadaki hükümetlerin önemli bir kısmı özelleştirme yöntemleriyle sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi sürecinde önemli yol almıştır.

Sağlıkta özelleştirme kavramı kamu mülkiyetindeki kurumların mülkiyet olarak özel sektöre devredilmesi anlamına gelmemekte, bunun ötesinde daha geniş kapsamlı değişimleri ifade etmek üzere kullanılmaktadır. Özelleştirme hükümet dışı aktörlerin sağlık hizmetlerinin üretim ve finansmanına giderek daha fazla oranda katıldıkları bir süreci ifade etmektedir. Bu anlamda da iç piyasa olarak tanımlanan ve kamu sağlık sektörü içine piyasa unsurlarının sokulması şeklinde gelişen değişiklik de özelleştirme olarak nitelenmektedir (Belek, Soyer, 1995, 8).

### 7.1.1. Özelleştirmenin Nedenleri

Batı Avrupa ülkelerinde sağlık hizmetlerindeki kamu payının azaltılması politikaları iki bileşenli bir sürecin sonunda gelişmiştir. Sağlık alanına yapılan devlet ve diğer kamu yatırımları İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde artmıştır ve durum toplumda yaygın tüketim kalıpları yaratmıştır. Diğer bir deyişle sağlık bir tüketim maddesi haline gelmiştir. Fakat 1970'li yıllarla birlikte ekonomik kriz baş gösterince sağlık hizmetleri için daha fazla kamu payı ayırabilmenin olanağı kalmamıştır (Belek, Soyer, 1995, 25).

Eskiden hastanede verilen bakıma ekonomik bir faaliyetten çok, iyilik ya da hayır işi gözüyle bakılmaktaydı. Bu hizmeti sağlayanlar, şefkati her zaman paranın üstünde tuttuklarından sağlık hizmetlerine satın alabilecek bir mal gibi bakmak imkânsızdı. Fakat sonunda ekonomi yasalarının her şeye uygulanabileceği düşüncesi yaygınlaşınca ve masraflar da artmaya başlayınca sağlık sektörü de bu rekabet ortamının içine itilmeye başlanmıştır (Yener, 1999, 1999).

1970'li yıllardan itibaren ekonomik krizin başlamasıyla birlikte pek çok ülkede sağlık alanında sorunlar baş göstermiştir. Bunlar: sağlık harcamalarının devamlı olarak artması, ülkeler arasında ve içinde aktivitelerde ve birim maliyetlerde büyük ve açıklanamaz farklılıklar, tıbbi bakım ve sağlık sektöründeki sosyal sorunların artması, sağlıkta, sağlık hizmetine ulaşmada ve ödeme gücünde var olan eşitsizliklerin sürmesi vb.dir (Belek, Soyer, 1995, 100). İşte tüm bu sorunlar yüzünden ve küreselleşme dalgasının da etkisi ile sağlık sektöründe özelleştirme ve özel girişimciliği destekleme çalışmaları başlamıştır.

Gelişmekte olan bir ülke olarak Türkiye'nin de sağlık sektöründe karşılaştığı pek çok sorun vardır. Öncelikle maliyet açısından sağlık harcamalarına yeterli kaynak tahsisi yapılamamaktadır. Kamu programlarındaki etkinlik düşüktür ve sağlık hizmetlerinin dağılımı eşit değildir (Belek, Soyer, 1995, 102). Uluslararası iş bölümü çerçevesinde Türkiye'den istenen görece olarak çok daha niteliksiz emek yoğun üretimdir ve sistem açısından bu nitelikteki emek gücüne daha fazla sağlık yolunda yatırım yapmanın anlamı da yoktur. Öte yandan Türkiye'de halkın belirginleşmiş bir sağlık talebi de yoktur. Batı ülkeleri ile kıyaslandığında Türkiye'de yıllık kişi başına düşen hekim sayısı çok düşüktür. Ayrıca kamu sektörünün sunduğu sağlık hizmeti pahalılaşmıştır. Herkesin her an ulaşabileceği ve birinci basamak

sağlık kurumları olan, sağlık ocaklarında verilmesi beklenen temel sağlık hizmetlerinin de son derece yetersiz olduğu ileri sürülmektedir. Sağlık sisteminin düzenli olarak işleyebilmesi için gerekli olan birinci basamak ile ikinci basamak (hastaneler) arasındaki sevk zinciri de oluşturulmuş durumda değildir (TTB a, 1995, 165–168).

Kamu hastanelerinin sorunları temelde ülkenin genel kamu yönetimi sorunlarıyla benzeşmektedir. Bu sorunlar ağırlıklı olarak yönetim ve işletme hatalarından kaynaklanmaktadır. Günümüzde kamu hastaneleri tümüyle döner sermaye gelirlerine bağlı hale getirilmişlerdir. Döner sermayelerin belli başlı gelirlerini oluşturan Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Bağ-Kur ve Yeşil Kart alacaklarının tahsiline zorluk çıkarılmakta ve zamanında ödeme yapılmamaktadır. Yeşil kart konusunda ise belirlenen ilkeler nesnel bir şekilde uygulanmamaktadır. Sağlık hizmetlerinde liyakat ilkesinin uygulanmaması ve kayırmacılıkla bir takım kişilerin göreve getirilmesi sonucunda kurumun çıkarı ve halkın ihtiyaçları doğrultusunda istenen adımlar atılmamaktadır (TTB b, 1995, 154). Sağlık hizmetine ayrılan kamusal kaynaklar yetersiz olduğu için kamu hastanelerinin teçhizat yatırımları da yeterli olmamaktadır ve bu durum Türkiye açısından batı standartlarını yakalamada bir engel teşkil etmektedir (Sayek, 1995, 59–60).

Tüm bu sorunların çözümü için Dünya Bankası'nın önerdiği en önemli formül ise desantralizasyon ve özelleştirme. Çünkü Dünya Bankası'na göre özelleştirme; sağlık sektöründe ek kaynak yaratacak, bu durum da genel olarak sağlık hizmetleri için ayrılabilen kaynak miktarını arttıracaktır. Hükümetler koruyucu sağlık hizmetleri aleyhine giderek genişleyen tedavi edici hizmetlerin gereksiz yükünden kurtulmuş olacaktır. Hastanelerin özelleştirilmesi kamu sektörünün önemli sorunlarından olan verimsizlik sorununun da çözümünü sağlayacaktır (Belek, Soyer, 1995, 104).

### 7.1.2. Özelleştirme Şekilleri

Sağlık sektöründeki özelleştirmeleri üç ana başlık altında toplamak mümkündür:

(1) Kamunun elindeki sağlık kurumlarının mülkiyetinin özel sektöre devri (özelleştirmenin en tipik biçimi budur),

(2) Klinik ve klinik olmayan (temizlik, yemek vb) hizmetlerin ihale yoluyla ve imzalanan sözleşmelerle özel şirket kuruluşuna ya da hastane vakıflarının kurdukları şirketlere gördürülmesi,

(3) Sağlık hizmetlerinde özel sektörün teşvik edilmesi çeşitli mali yöntemlerle (vergi indirimi, gümrük muafiyeti gibi) desteklenmesidir.

Sağlık hizmetlerinde özelleştirme dünya çapında bir olgu olmasına karşın, ülkelerin tarihsel, kültürel ve sosyal özelliklerine göre farklılıklar göstermektedir. Örneğin ABD’de özel sektör sağlık sektörü içinde çok büyük bir paya sahiptir. Avrupa ise refah devletlerinin vatanı olma özelliğiyle kısmen İngiltere ve Almanya dışında özelleştirme ile daha az ve daha yeni bir ilişki içindedir. Doğu Avrupa’nın eski sosyalist ülkeleri ise serbest pazarın yeni uygulama alanı olması itibarıyla özelleştirmede özel bir öneme sahiptir. Tüm bu ülkelerde yaşanan devletin sosyal harcamaları kısıması ve sağlık sektörünü büyük sermaye gruplarına cazip kılacak özendirici tedbirleri almasıdır (Belek, Soyer, 1995, 76).

Sağlıkta özelleştirme; özel hastanelerin yaygınlaşması, özel sağlık kuruluşlarının genişlemesi şeklinde bir görüntü sergilese de aslında öz olarak sağlıktaki hizmet alanının olabildiğince kar amaçlı kılınması, ticarileşmesidir. Yani toplumun sosyal güvenlik şemsiyesinin daraltılmasıdır (Belek, Soyer, 1995, 76).

ABD ve Batı Avrupa’nın özelleştirme deneyimlerinde hastanelerin özelleştirilmesi önemli yer tutmaktadır. Devletlerin, daha yoksul ve muhtaç kesimlere hizmet veren sosyal kuruluşlara ve hastanelere desteğini kesmesi ile özel hastane-sağlık şirketlerine vergi indirimi, düşük faizli kredi verme, hisse senetleri ile sermayesini genişletebilme vb. kolaylıklar tanınması, dev hastane tekellerinin doğmasına ve giderek mali krize giren devlet hastanelerini satın almalarına yol açmıştır. Bugün en büyük hastane tekellerini ABD, İngiltere ve Almanya başta olmak üzere çok sayıda ülkede, özel hastaneler işletmektedirler (Belek, Soyer, 1995, 77).

Yukarıda belirtildiği gibi kar amaçlı hastane zincirleri, hem özel gönüllüler hastanelerinin hem de kamu hastanelerinin yerini alırken, piyasa uyumlu acil servis merkezleri de hastane ve doktor muayenehanelerinden hasta çekmeye başlamışlardır. Muayenehanelerde yapılan ameliyatlara, hastanelerdeki operasyonların bir kısmının yerini almaktadır. Bunların yanında böbrek diyaliz merkezleri ortaya çıkmakta, özel

şirketler tarafından sağlanan ev bakım hizmetleri hastanede kalma sürelerini kısaltmaktadır. Bütün bu karmaşanın en sevindirici yanı ise artık insanların kendi sağlıklarını en iyi kendilerinin koruyabileceklerini anlamalarıdır. Spor yapmak, sigarayı bırakma çalışmalarına katılma bu yüzden bugünlerin popüler aktiviteleri haline gelmiştir (Yener, 1999,256).

1980 yılını izleyen dönemde sadece Türkiye’de değil, aralarında ABD ve İngiltere olmak üzere birçok batılı ülkede ve diğer gelişmekte olan ülkelerde kamu kurum ve kuruluşlarının geleneksel olarak kendilerince sağladıkları bazı hizmetlerin özel sektör kuruluşlarına ihale yoluyla gördürülmesi olgusu gündeme gelmiştir. Türkiye’de de birçok hastanede bazı destek hizmetlerinin özel sektör kişi ve kurumlarına gördürülmesine başlanmıştır. Hizmet ihalesine konu olan işler temizlik, bakım, onarım, mutfak ve yemek, çamaşır, telefon santrali, bilgi işlem, maaş, tahakkuk, otopark ve fatura tahsilâttır. Ancak hizmet ihalesinin başarılı olabilmesi için gerekli yapısal koşul, oluşturulan piyasanın doğası ile ilgilidir. Hizmet ihalesi rekabetçi bir piyasa ortamı gerçekleştirildiği ölçüde kendisinden beklenen yararı sağlayabilir. Fakat diğer gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de bu alanda rekabetçi bir piyasa oluşmamıştır. Merkezi otoritelerin (Sağlık Bakanlığı gibi), hizmet ihalesindeki denetimi ise büyük ölçüde uygulamaların yasal prosedürlere ve formalitelere uygunluğu ile sınırlı kalmaktadır. Bu yöntemin başarıyla uygulanması için ekonomik ve teknik performans izleme mekanizması kurulmalıdır (Tatar vd, 1997, 91–96).

Türkiye’de sağlık sektöründe planlanan tüm hastanelerin özelleştirilmesi değildir. Bu ABD’de bile başarısızdır. Ankara Yüksek İhtisas, İstanbul Koşu yolu ve Haydarpaşa gibi belirli alanlarda uzman hastaneler özelleşecekken; diğer hastaneler yemek, çamaşır, temizlik vb. alanlarda ihale yöntemini uygulayacaklardır. Örneğin Haydar Paşa Göğüs Hastanesinin otelcilik hizmetleri ve teknolojik donanımı Belçika hükümeti ile bir anlaşma yapılarak yabancı sermaye aracılığıyla özelleştirilmiştir (Belek, Soyer, 1995, 198).

Küreselleşme dalgasının da etkisi ile ülkemizde 1980 sonrası, dışa açık büyüme stratejisini uygulama çabaları içinde, sağlık sektöründe bir dönüşüm yaşanmaktadır. Bu süreç içerisinde özel sağlık sektörüne harcanan para artmıştır. Kamu sağlık yatırımları kısılmış, özel sağlık sektörü teşvik edilmiştir. Kamu sağlık

fonları ilaç, tıbbi teknoloji alımına, özel sağlık kurumları hizmetlerine giderek daha fazla aktarılmaktadır. Özel sağlık sektörü giderek büyümüş ancak bireysel mülkiyet-küçük üretim şeklinde özetlenebilecek yapıyı aşamamıştır (Belek, Soyer, 1995, 139). Sağlık alanında kamu sektörünün baskın bir şekilde ağırlığı vardır.

### 7.1.3. Özelleştirmenin Sonuçları

Sağlık sektöründe de özelleştirme tartışmaları sağlık piyasası ve bu piyasanın özellikleri ile serbest rekabet koşullarının bu piyasalarda işleyip işlemeyeceği üzerinde odaklaşmaktadır. Türkiye’de de Sağlık Bakanlığı’nın mevcut problemleri çözmek için kullandığı sihirli sözcük “rekabet”tir. Birbirleriyle rekabet edecek hekim ve hastanelerin topluma daha iyi bir sağlık hizmeti vereceği iddia edilmektedir (Bilalaoğlu, Kılıç, 1995, 5). Ancak sağlık piyasası kentine özgü özelliklerinden dolayı piyasada bazı başarısızlıklarla karşılaşmaktadır. Piyasa sistemini eleştirenler temelde iki noktada yoğunlaşmaktadır. Birincisi serbest rekabet koşullarının piyasada her zaman verimliliği sağlayamayacağı, aksine kendi başına bırakıldığında sağlık hizmetleri piyasasının verimsizlik yaratabileceği görüşüdür. İkincisi ise bir toplumun tek amacının verimlilik olmadığı, eşitliğin de en az verimlilik kadar önemli bir amaç olabileceği gerçeğidir (Yıldırım, 1999, 126).

Sağlık kurumlarının özelleşmesi, bu kurumların kar ve verimlilik ilkesine göre çalışmalarını zorunlu kılmaktadır. Bunun anlamı ise sağlık kurumlarında daha çok tetkik ve ilaç tüketimidir. Özelleştirme ilaç ve tıbbi teknoloji üretip pazarlayan sermaye çevrelerine ve pazardan pay kapabilen sağlık işletmelerine yaramıştır. Ayrıca ilaçta devlet denetimi kaldırılmış ve ilaç fiyatları serbest bırakılmıştır. Böylece Türkiye’de ilaç piyasası birkaç yabancı ilaç tekelinin denetimine geçmiştir. Vergi muafiyeti yolu ile henüz devlet ve üniversite hastanelerinde bulunmayan, pahalı ve gelişmiş tıbbi teknolojinin ülkemize girişi özendirilerek, özel hastane ve muayenehanelerde yoğunlaşmaları sağlanmıştır. Bu şekilde, pahalı teknolojiyi satın almaya gücü yetebilen özel sektör, sağlık alanına çok büyük yatırımlar yapmıştır (Belek, Soyer, 1995, 55–56).

Özel sağlık sektörünün yapısı, önemli ölçüde ithalata bağımlıdır ve bu sektöre akan paranın büyük bölümü yurtdışına akmaktadır. Özelleştirmeden esas kazançlı çıkanlar ise yabancı ilaç ve teknoloji şirketleridir (Belek, Soyer, 1995, 139).



**Çizelge 11: İlaç Endüstrisinde İthalat (milyon \$)(İ.E.İ.S. Türkiye’de İlaç 2001).**

	Hammadde	Mamul İlaç	TOPLAM
1995	566	164	730
1996	650	225	875
1997	668	314	982
1998	769	411	1,181
1999	785	552	1,337
2000	828	683	1,511

**Çizelge 12: 1989- 2000 Yıllarında İlaç İhracatı (milyon \$)(İ.E.İ.S. Türkiye’de İlaç 2001).**

	Hammadde	Mamul İlaç	TOPLAM
1989	26	114	140
1995	48	47	95
1996	56	49	105
1997	39	59	98
1998	61	68	129
1999	67	61	128
2000	69	71	140

Ülkemizde araştırmalar yaparak, hastane ve sağlık merkezleri açmayı düşünen uluslararası sağlık şirketleri, muhtemelen Türkiye’de sağlık alanındaki pazarın yeterince olgunlaştığını hesaplamaktadırlar. Bu yüzden beş yıldızlı otel ayarında olan özel hastaneler açılmaktadır. Bu hastanelerden sadece gelirleri belirli düzeyin üzerinde olan kesimler yararlanabilmektedir. Toplumun belli bir kesimine yönelik olarak kurulan bu hastanelerin açılmasıyla birlikte, gelir düzeyi yüksek pek çok insan yurtdışında tedavi olmak yerine, bu hastanelerde tedavi olmayı tercih etmeye başlamıştır. Ancak bu tip hastanelerde personel eğitiminin ihmal edildiği ileri sürülmektedir. Eğitimin çalışma süresinden çalınmış sayılması, eğitim harcamalarının birer gereksiz gider olarak görülmesi ve hızlı tempolu iş sürecinin personeli yormasının, bu hastanelerde eğitimi aksattığı, eleştirilen konuların başında gelmektedir (Belek, Soyer, 1995, 70).

Kamu hastanelerinin özelleştirilmesi ve daha çok özel hastanenin açılmasıyla birlikte sağlık kuruluşları hizmetlerini giderek karsız sağlık alanlarından, koruyucu hekimlik hizmetlerinden en çok kar getiren alanlara kaydıracaktır. Örneğin, estetik cerrahi, akupunktur, zayıflama tedavileri vb. önem kazanacaktır. Tüm bunlarda sağlık harcamalarını arttıracaktır (Belek, Soyer, 1995, 57). Mesela şu an özelleştirme hazırlıkları içinde olan Ankara Numune Hastanesi Türkiye'nin en büyük eğitim hastanelerinden biridir ve pediatri (çocuk hastalıkları) kliniği ile göğüs cerrahisi merkezi yoktur. Ama kar getireceği düşünülen plastik cerrahi, şişmanlık tedavi merkezi vb. bölümlere yatırım yapılmaktadır (Konuk, 1997, 108). Ayrıca giderek tekelleşen ve yoğunlaşan sağlık sektöründe rekabet sınırlı olduğu için özel şirketler genelde uzmanlaşmış hastaneler uygulamasına yönelmektedirler. Kamu kuruluşlarının tüm hastalara bakacak, asgari sayıda klinikler barındırması söz konusu iken “uzmanlaşmış hastaneler” örneğin sadece parkinson, el cerrahisi, fizik tedavi, radyoloji vb. alanlarda hizmet vermek suretiyle kendi alanında tekel haline gelecektir. Böylece alanın en vasıflı personelini istihdam edebilme ve istediği fiyatı belirleme olanağını ele geçirecektir (Belek, Soyer, 1995, 78).

Bugün Türkiye’de sağlık sektöründe yaşanan bir diğer sorunda hekimlerin % 36’sının hem kamuda, hem özelde çalışmasıdır. Çünkü bu durum özellikle denetlenemeyen bir para dolaşımı yaratmaktadır. Halkın kamu olanaklarından para vererek yararlanabilmesi anlamına geldiği için bu duruma bir “örtülü” özelleştirme demek yanlış olmasa gerek (Belek, Soyer, 1995, 78). Ancak kamuda çalışan sağlık personeline verilen ücretlerin kısılmasıyla birlikte bir yerde hekimler bu tarz çalışmaya devletçe itilmektedirler. Örneğin Anadolu illerinde hekimler muayenehaneleri kapatmakta, bunun yerine birleşerek özel hastane ya da teşhis merkezleri açmaktadırlar.

Yaşanan önemli bir sorunda özel sağlık kuruluşlarının açılmasıyla sağlıkta etik anlayışının yok olmaya başlamasıdır. Kar amaçlı çalışan bu özel hastaneler daha fazla kazanmak amacıyla hastaya yapılan (gerekli-gereksiz) tıbbi işlemlerin sayısını arttırmaktadırlar. Çünkü hekim baktığı hasta başına ve yaptığı tıbbi işlemlere göre prim almaktadır. Buda genel olarak hekimlere karşı bir güvensizlik yaratmaktadır. Sağlık alanında özel sektöre büyük olanak tanıyan Amerika Birleşik Devletleri’nde ise son derece yaygın ve sağlam bir kamu denetim mekanizması kurulmuştur.

Amerika’da doktorlar, yaptıkları her tıbbi girişim için güncel ve geriye yönelik kontroller ve gerektiğinde yargı denetimi altındadırlar. Bu bakımdan doktora kendini emanet eden hastanın içi de rahattır.

Sağlık alanında diğer bir tartışmada verimsizlik sorunudur. Özelleştirme taraftarları kamu hizmetlerinin özel hastanelere göre daha verimli olduğundan yola çıkmışlardır. Bu verimsizliğinde, genellikle yönetsel beceriksizlikler ve hantallıklardan kaynaklandığı iddia edilmektedir. Oysa her iki tip hastanenin, maliyet kıyaslamalarını kapsayan araştırmalar, özel şirketlere ait hastanelerin verimlilik yönünden kamudakinden çok üstün olmadığını, daha fazla maliyetle çalıştığını (% 57 daha fazla), üstelik de fazla maliyetin yönetsel harcamalardan ileri geldiği kanıtlanmıştır (Belek, 1998, 3). Çünkü özel hastaneler açılmadan önce gerekli planlama ilkelerine uyulmamakta, işletme aşamasında ise hastane sahiplerinin tercihleri yönetimi belirlemektedir. Yapılması gereken özel hastanelerin yasal düzenlemelerinin güncelleştirilmesi, kalite standartlarının belirlenmesi ve çağdaş yönetim teknikleriyle yönetilmeleridir.

Günümüzde kamu hastanelerinde her hastanenin bir işletme olması anlayışı sonucu ücretsiz tedavi olanakları giderek kısıtlanmaktadır. Başka bir deyişle ülkemizde sağlık alanında fiilen özelleşme yaşanmaktadır. Çok uluslu sağlık şirketlerinin asıl kaygısı ise sağlığı tedavi edici hekimlik temeline oturarak ilaç, teknoloji vb. tüketimi körüklemek, yatırım yaptığı ülkelerde sağlık sisteminin belirlenmesinde ekonomik, politik bir güç haline gelmektedir. Halkın vergileri ile kamunun yapmış olduğu hastanelerin mali ve yönetsel açıdan zayıflatılarak bilinçli bir politika ile özel şirketlere satılması önlenmelidir. Özel şirketler alt yapısını kamunun oluşturduğu hastaneleri devralarak bir yerde hazır konmuş olacaklardır (Belek, Soyer, 1995, 73).

Gelinen noktada sağlık hizmetlerindeki özelleştirme henüz istenilen düzeyde değildir. Özel sağlık hizmetleri alanında yatırım yapanlar, büyük ölçüde tek tek veya grup halindeki hekimler ya da turizm, inşaat, otelcilik, ithalat-ihracat, tıbbi cihaz pazarlama, gazetecilik, ilaç depolama vb. alanlarındaki şirketlerdir (Belek, Soyer, 1995, 140). Halkın talebinin düşük olduğu durumlarda özel sağlık sektörünün yaygınlaşması da güçtür. Özel sağlık sektörünün yaygınlaşması, mutlaka yeni kaynak yaratmaz. Toplam sağlık harcamaları artabilir. Ancak bu arada fiyatlarda artabilir. Bu

durumda kaynaklardaki artış gerçek bir artış anlamına gelmez ve özelleştirmenin çoğu kez fiyatları arttırıcı bir etkisi vardır (Belek, 2001b, 170).

Sağlık; doğuştan kazanılmış bir insan hakkıdır. Sağlıkta eşitlik ilkesine göre ise sağlık potansiyeline ulaşmak açısından kimse dezavantajlı olmamalıdır (Kılıç, 1998, 111). İşte bu anlayış doğrultusunda yapılması gerekende sağlık hizmetlerinin bir kar kaynağı olarak görülmesinden vazgeçilmesidir. Hastane kapılarında birikmenin nedeni sağlık kurumlarının verimsiz çalışması değil, sağlık hizmetlerinin çevreden merkeze doğru kademelenmemesi ve iyi örgütlenmemesidir.

Bugün, kamu hastanelerinin sunduğu hizmetlerin, halkın artan talepleri karşısında nitelik ve nicelik olarak yetersiz kalması üzerine, mali kaynakları konusunda şüpheler olan vakıf ve gönüllü kuruluş hastaneleri de sağlık hizmeti verme görevini üstlenmektedirler. Ancak sayıları ve etkinlikleri artan bu tür vakıf hastanelerinin devletin yapmadığı bir görevi üstlenmesinin türlü ideolojik etkileri olacağı bir gerçektir. Özelleştirme sağlık sektörü için can simidi olarak görülmemelidir. Çünkü sağlık hizmetini ve bu hizmetin büyük bir bölümünü üreten hastanelerin diğer sektör ve işletmelerden farklılıkları vardır. Unutulmaması gereken bir nokta da sağlık hizmeti üretiminin ekonomik ve sosyal yönünün yanında, psikolojik ve ahlaki bir yönünün de olduğudur. Bu çerçevede sağlık sistemi sosyo-ekonomik bir sistemdir. Bu sistem içinde hastaneler ise, her türlü sağlık hizmetinin ekonomik olarak kesintisiz üretildiği kar gözetmeyen hizmet işletmeleri olmalıdır (Öztürk, 1993, 54–55).

## **7.2. Sağlık Hizmetlerinin Desantralizasyonu**

Desantralizasyon tartışması çok uzun yıllardan bu yana gerek kamu yönetimi gerekse kamu yönetimi içindeki alanlarda-sağlık yönetimi gibi-süregelmektedir (Tatar, 1993, 137).

Örneğin Türkiye’de yönetim örgütünün kuruluş ve görevleri Anayasa’nın 123. maddesine göre merkezden yönetim ve yerinden yönetim esaslarına dayanır. Yine Anayasa’nın 126. maddesine göre Türkiye, merkezi idare kuruluşu bakımından, coğrafya durumuna ekonomik şartlara ve kamu hizmetlerinin gereklerine göre, illere; iller de diğer kademeli bölümlere ayrılır. Yerel yönetimler ise il özel idareleri, belediyeler ve köy yönetimlerinden oluşur. Devletin üstlenmediği bazı yerel

hizmetler yerel yönetimlerce yerine getirilmektedir (temizlik vb.). Ülkemizin sosyo-kültürel yapısından doğmamakla birlikte yüzyıldan fazladır idari yapımızda yer alan yerel yönetimler pek çok sorundan dolayı kendilerinden beklenen yararı sağlayamamışlardır (TODAİE, 1991, 177–178).

Desantralizasyon karar verme ve kamuya ait fonksiyonların yönetimi gibi faaliyetler için mevcut yasal ve politik otoritenin merkezi hükümetler ve onun kuruluşlarından, bu kuruluşların taşradaki örgütlerine, hükümetin alt birimlerine, yarı özerk kamu birliklerine, bölgesel kalkınma yönetimlerine, işlevsel kamu kurumlarına, özerk yerel yönetimlere ya da hükümet dışı örgütlere transferi ya da devridir. Desantralizasyon, gelişmekte olan ülkelerde, gelişmede yer alan fiziksel, yapısal ve örgütlenme konularındaki sorunları aşmanın bir yolu olarak görülür. Örneğin artan yerel kontrol, bölgesel ihtiyaçlara daha iyi cevap vermekle sonuçlanabilir. Yerel yetkililer arasında daha çok motivasyon, lojistik ve idari donatımların gelişmesini sağlayabilir. Bu da gelişme projelerinin hızlanmasını ve kökleşmesini sağlar. Aynı zamanda sorumluluğun merkezden mahalli idareye aktarılması çevreye doğru gelişmeyi hızlandırır ve kırsal ihtiyaçların tanımında mevcut eksikliklerin giderilmesine yardımcı olur (Health Sector Reforms İn Turkey 1997).

Desantralizasyon konusunda her türlü karar üç ana husus ile ilgilidir: desantralizasyonun yer alacağı düzey, yetkilendirilecek kişi, desantralizasyona konu olan işler. Desantralizasyon düzeyinin belirlenmesi merkez-çevre ilişkileri ve benimsenen sorumluluk düzeyi açısından önemlidir. Desantralizasyonla ne kadar küçük birimlere ilerlenirse yönetim becerileri taşıyan eleman bulma, çok sayıda çalışan birimin varlığı yüzünden dağınık bir hizmet sunumu ve geniş topluluklara verimli hizmet sunma sorunları da o derece artar. Buna çözüm olarak bölge, il ve ilçe gibi kademeli bir hiyerarşi düzeni getirilmektedir. Desantralizasyonda nihai amaç yetkilerin doğrudan doğruya halk tarafından seçilmiş yöneticilere aktarılmasıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi, 1988,43).

Desantralizasyon uygulamalarının her zaman başarılı olduğunu söylemek aslında mümkün değildir. Uygulanacağı ülkenin şartlarına göre olumlu ve olumsuz yönleri mutlaka olacaktır.

Sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu ise son yıllarda geniş olarak tartışılan konulardan birisidir. Desantralizasyon uygulamaları küreselleşme akımıyla birlikte güncelleşmiş ve Sağlık Bakanlığı da bu çabanın içerisine girmiştir. Konu özellikle, kaynakların ve bir bütün olarak sağlık hizmeti üretiminin gereksinimlerle daha fazla oranda uyum içine sokulması çabaları bağlamında ele alınmaktadır (Belek, Belek, 1997, 44).

Desantralizasyon birçok Avrupa ülkesinde de sağlık sektörü reformunun ana konusu olup hizmetin sunulmasında gelişmeleri teşvik etmek, toplumun katılımını sağlamak, kaynakların ihtiyaçlara göre daha etkin kullanımını gerçekleştirmek ve sağlık alanındaki adaletsizliğin azaltılmasını yani yurttaşların sağlık hizmetinden eşit olarak yararlanmasını kolaylaştırmak için etkili bir araç sayılmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi, 1988, 43).

Desantralizasyon kavramının önemi 1978 yılında Alma-Ata'da aralarında Türkiye'nin de bulunduğu 134 ülke tarafından imzalanan bildirgede de vurgulanmıştır. Bu bildirgenin önerdiği temel sağlık hizmetleri (TSH-Primary Health Care) yaklaşımı, desantralizasyon ilkelerine dayalı bir sistemi önermektedir. Bu yaklaşımın temelleri olan toplumsal katılım, kendi kendine yeterlik ve sektörler arası işbirliği gibi kavramlar ancak yerelleştirilmiş bir sağlık sistemiyle gerçekleştirilebilir (Tatar, 1993,138).

Demokratik anlayışın tam yerleşmemiş olduğu ülkelerde de desantralizasyon istenmeyen sonuçlara yol açabilmektedir. Afrika ve Latin Amerika deneyimleri şu sonuçları ortaya çıkarmıştır: Yeterli sağlık insan gücü, yeterli finansman düzenlemeleri gibi alt düzey yönetsel kapasiteleri güçlendirmeden yapılan desantralizasyon sağlık hizmetlerinin daha kötü verilmesine yol açmaktadır. Merkezi kaynaklar da çevredeki bölgelere yapılacak kaynak aktarımı gereksinimlere göre olmamakta, politikacıların gücüne göre olmaktadır; merkezi hükümetler, bu sefer çevreye taşınmakta aynı yapıyı orada devam ettirmektedir. Bu nedenle yukarıda sayılan sakıncalara karşı önlemler almak son derece önemlidir. Çünkü bu önlemler alınmaksızın yapılacak bir desantralizasyon daha kötü sonuçlara yol açabilecektir (Bilaloğlu, Kılıç, 1995, 143).

Edinilen deneyimlerin ışığında kararları alacak kişi ya da kuruluşlar açısından **sağlıkta desantralizasyona gidilmemesi gereken alanlarda** vardır. Bunlar (T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi, 1988,53):

**(1) Sağlık politikasının temel yapısı:** Sağlık politikaları, sosyal yaşamın birçok alanını etkileyen temel değer seçimlerini beraberinde getirir. Dolayısıyla bu temel stratejik konuların idaresi ile diğer kamu politikalarının idaresi aynı olmalıdır ve temel kararlar hükümet düzeyinde alınmalıdır.

**(2) Sağlık kaynaklarını geliştirmede stratejik kararlar alınması:** Sağlığa kaynak ayırma kararları bütün sistemin geleceğini biçimlendirmesi açısından, stratejik bir nitelik taşımaktadır. Bu altyapısal kavram, personeli (eğitim, lisans vb.) önemli sermaye gelişimini, yüksek maliyetli donanımı, araştırma ve geliştirme çalışmalarını kapsamaktadır. Uygun bir denge ve kıt kaynakların verimli kullanımını sağlamak için kaynaklarla ilgili bu kararlara daha geniş bir açıdan bakmak gerekir.

**(3) Koruyucu sağlık hizmetleri:** Bu hizmetler kamu çıkarının korunması amacına yöneliktir. İlaç ve kimyevi maddelerle ilgili olarak yapılan düzenleme, iyileştirme girişimlerinde bulunulması bir merkezi karar sorunu olmalıdır.

**(4) Sağlığı koruma ve sağlık hizmeti sunma görevlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve analizi:** Bu alan sağlık sektöründeki genel durumun izlenmesi ve değerlendirilmesi ile ilgilidir. Sağlık hizmetlerinden yararlanmada adaletin sağlanması, verimliliğin, sağlık kazancının, hizmet kalitesinin tüketici tercihinin ve hasta haklarının değerlendirilmesi kuruluşların desantralizasyon davranışlarını etkilemede uygun araçlardır. Desantralizasyon yeni karar alıcılara gerekli hizmetler üzerinde kontrol gücü verdiği için, bu yeni kurumların başarılı olup olmadıklarının incelenmesi şarttır.

Sağlık politikasının ve yönetiminin merkezi hükümetin görevi olarak kaldığı durumlarda ise atama yoluyla il veya bölge düzeyinde ya da taşra örgütünde yetki genişliği çerçevesinde sağlık kurulları kurulabilir. Sağlık kurulları; merkezin sorumlulukları tamamen kaldırılmadan, yerel sağlık hizmetlerinin yerel toplum ihtiyaçlarına daha iyi cevap vermesini sağlayacak bir yol olarak görülmektedir. Ancak atanmış kurulların demokratik meşrutiyetleri olmadığı ve merkezin yönetsel kolları düzeyinde kaldıkları savları ile eleştirilmektedir. Sorumlulukların bir yerel kuruma verildiği durumlarda bile merkezi hükümet atama sistemi ve başka

mekanizmalar yardımıyla önemli derecede yetki taşımaya ve kullanmaya devam etmektedir. Sağlık politikalarının belirlenmesi ve bu politikaların temel sorumluluğu merkezi hükümette kalmaktadır. Desantralizasyon yapılması gereken görevler ise; gelirlerin arttırılması, politika belirlenmesi ve planlanması, kaynakların tahsisi ve hizmetlerin finansmanı yanında kurumlararası ve sektörlerarası eşgüdüm ve denetim gerçekleştirmeyi içermektedir (T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi, 1988, 55).

Dünya Bankası'nın 1987'de yayınladığı bir raporda gelişmekte olan ülkelerin içinde bulunduğu finans krizine çözüm olarak önerdiği dört bileşenli paketin bileşenlerinden birisi desantralizasyon, diğeri ise sigorta, özelleştirme ve hükümet kaynaklarının etkin kullanımınıdır. Desantralizasyon önerisinin arkasındaki mantığın sergilenmesi desantralizasyon ile özelleştirme arasında kurulan bağlantıların anlaşılması bakımından anlamlıdır. Dünya Bankası'na göre özelleştirmeye rağmen kırsal bölgelerde ve kentlerin pek çok bölgesinde, hükümetler yakın gelecekte önemli işlevler üstlenmek zorundadırlar. Bunun nedeni özel sektörü bu alanlara çekmenin içerdiği hükümet hizmetlerinin verimliliğini arttırmanın yolu olmanın yanı sıra yerel düzeyde kullanıcı ödentilerini toplamada da kolaylıklar sağlamasıdır (Belek, Belek, 1997, 51).

Görüldüğü gibi Dünya Bankası'nın desantralizasyondan beklentisi doğrudan özelleştirmenin bir ara aşaması olması yönündedir. Desantralizasyon kavramı özelleştirmeci politikaların önünü açacak bir yol olarak kullanılmaya çalışılmaktadır. Amaç devleti sağlık hizmetlerinde birinci derecede sorumlu gören anlayışın yıpratılması, devletin küçültülmesi politikalarının benimsetilmeye çalışılması, "küçük güzeldir" anlayışından yola çıkarak her türlü büyük çaplı program ve beklentinin değersizleştirilmesi, bunların yerine küçük ölçekli projelerin ikame edilmesidir (Belek, Belek, 1997,52). Desantralizasyon kavramı ile ortaya çıkan bu riski göz ardı etmemek gerekmektedir.

Türkiye'de desantralizasyon konusunda ilk çalışmalar Cumhuriyetin ilk yıllarında Sağlık Bakanı olan Refik Saydam döneminde yapılmıştır. Refik Saydam'ın benimsediği ilkelere göre sağlık hizmetlerinin sunumunda yerel yönetimler görevli ve yetkili olmalı, Bakanlığın sadece politika belirleme, plan yapma, hedefler saptama ve yerel yönetimlere örnek teşkil etme görevlerini yürütmesi gerekmektedir. Refik Saydam'ın başlattığı fakat ondan sonra uzun süre terk edilen sağlık hizmetlerin



örgütlenme ve yönetiminde yerinden yönetim ilkesinin benimsenmesi politikasına ancak 1990 yılından sonra Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı çalışmalarda ve hazırladığı rapor ve dokümanlarda rastlamaktayız (Uz, 1999, 119).

Sağlık Bakanlığı, sağlık sektöründeki aşırı merkeziyetçi ve yetkilerin üst seviyelerde toplanmış olduğu yönetim ve örgüt yapısını, yönetsel yapıdaki en önemli sorun olarak belirlemektedir. Bu sorunun çözümü için yönetim ilkesi olarak yerinden yönetim ilkesi benimsenmeli; Sağlık Bakanlığı'nın işlevleri politika üreten ve denetleyen bir düzeyle sınırlanmalı; şu an kendi üzerinde bulunan uygulamaya yönelik sorumluluklarını oluşturulacak bölge yönetimlerine devretmeli, böylelikle kendi asli görevlerine dönmelidir. Bütün bu değişiklikler özet olarak desantralizasyon kavramı ile ifade edilmektedir (Belek, Belek, 1997,49).

Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı **I. Ulusal Sağlık Kongresi Sağlık Hizmetlerinin Örgüt ve Yönetim Yapısı Çalışma Grubu Raporu**'nda desantralizasyon konusunda bir açıklama mevcut değildir. Ancak raporun önerileri bölümünde sağlık hizmetlerinin planlama ve yürütülmesinde yerinden yönetim ilkesinin esas alınması istenmektedir. Gerekçeleri ise şöyledir (Uz, 1999, 119).

- (1) Uygulamaya dönük etkili karar verme ve gerektiğinde hemen uygulamaya geçme,
- (2) Bürokratik işlemlerin azaltılması,
- (3) Hizmetlerin yöresel farklılıklara ve özelliklere göre planlanıp uygulanması,
- (4) Sağlık hizmetlerinin çoğu zaman geniş coğrafi alanlara yayılmasından ve karmaşalığından dolayı oluşabilecek yönetim sorunlarına neden olmaması.

Raporun sağlık hizmetleri yönetiminin yerinden yapılması için öngördüğü modelde **İl Sağlık Kurulu** temel unsuru oluşturmaktadır. Valinin başkanlığında ve ildeki hemen hemen tüm kamu kurum ve kuruluşlarının (belediye dahil) başkanları, meslek örgütlerinin ve sendikaların temsilcileri ile seçimle gelen üyelerden oluşan kurum, ildeki sağlık hizmetlerinin planlanması, uygulama planlarının hazırlanması, yürütülmesi, denetlenmesi, hizmetlerle ilgili ek kaynaklar bulunması, personel istihdamı gibi görevlerle donatılmıştır. Aldığı kararların il sağlık müdürlüğüne uygulanması belediye ve özel sektöre uyulması esası getirilen bu kurulun faaliyetlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından denetlenmesi de önerilmektedir (T.C.Sağlık Bakanlığı I.Ulusal Sağlık Kongresi, 1992, 146).

Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan 1990 yılında yayınlanan **“2000 Yılında Herkese Sağlık Politikası”** adlı doküman da Türkiye’de pek alışılmamış bir uygulamayı başlatması ve reformlarla ilgili olarak tüm kişi ve kuruluşların katkısını sağlamaya yönelik girişimlerde bulunması bakımından önemlidir. Buna göre birinci basamak sağlık hizmetlerinde kırsal alanda eski sistemde kurulan sağlık ocağı ve evleri, kentsel alanda ise aile hekimliği hizmetleri; ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde ise özerkleşmiş (uzun vadede özelleşmiş) hastaneler reformların belkemiğini oluşturmaktadır (Tatar, 1993,140).

Bu doküman 1993 yılında yayınlanan **“Ulusal Sağlık Politikası”** dokümanına kadar geçen sürecin ilk basamağı sayılır. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Ulusal Sağlık Politikasının 15. Hedefinin İlkeleri bölümünde: **“Sağlık hizmetlerinin örgüt ve yönetim yapısında yerinden yönetim ilkeleri benimsenmelidir.”**, **“Yönetime halkın meslek teşekküllerinin ve diğer sektörlerin de katılımı sağlanmalıdır.”**, **“Sağlık yönetimi profesyonel yöneticilerle yürütülmelidir.”**, **“Örgütlenmede dikey modeller bırakılmalı, entegrasyon anlayışı benimsenmelidir.”**denilmektedir (T.C.Sağlık Bakanlığı Ulusal Sağlık Politikası, 1993, 47–48).

Her ne kadar dokümanda Bölge Sağlık İdaresi kavramına yer verilmişse de 2. Ulusal Sağlık Kongresi Sağlık Hizmetlerinin Örgüt Yönetim Yapısı Çalışma Grubu Raporunda **“Sağlık hizmetlerinin desantralizasyonunun bölgeler yerine il düzeyinde gerçekleştirilmesi gerektiği yaklaşımının dikkate alınmasının gerektiği”** belirtilmektedir (T.C.Sağlık Bakanlığı I.Ulusal Sağlık Kongresi, 1992, 113). 1992 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Çalışma Grupları Raporlarına göre İl Sağlık Kurullarının görevleri şunlardır. O ildeki sağlık hizmetlerini planlamak, gereken planları DPT’ye onaylatmak, uygulama programları hazırlamak, bu programları yürütmek, denetlemek, değerlendirmek, hizmetlerle ilgili ek kaynaklar bulmak, merkezden gelecek olanlarla birlikte bu kaynakları harcamak ve personel istihdam etmek olacaktır (T.C.Sağlık Bakanlığı I.Ulusal Sağlık Kongresi, 1992, 146). Ancak günümüzde kurulmuş olan il sağlık kurulu yoktur.

“Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmekte olan sağlık reformu çalışmalarında sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu, yerel topluluk ve güçlerin sağlık hizmeti planlaması ve sunumu faaliyetlerine daha fazla katılımını sağlayıcı herhangi bir

hazırlık bulunmamaktadır. Bununla birlikte halkın ve yerel örgütlenmelerin sadece hastanelerin yeni şekilleri olması, planlanan sağlık işletmelerinin yönetiminde üç kişi ile temsil edilmesi öngörülmektedir.(Uz, 1999, 120). Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu Tasarı Taslağı'nın "Yönetim Kurulu" başlıklı 8. maddesinin e, f ve g bentlerinde sağlık işletmelerinin yönetiminden sorumlu olacak kurulun yerel yönetimleri temsilen atanacak üç üyesi de tanımlanmaktadır. Bunlar hastane yönetiminde sektörler arası koordinasyonu kolaylaştırmak üzere kamunun çeşitli kesimlerini temsil etmek üzere; "Vali tarafından atanacak il özel idaresi temsilcisi", "Vali tarafından atanacak Maliye Bakanlığı il örgütü temsilcisi" ve "İl genel meclisi'nin kendi üyeleri arasından seçeceği bir üye"dir. Bu kanun tasarı taslağı ile hastane hizmetlerinin yönetiminde özerk bir yönetim yapısı ve yerel katılıma yer verilerek, yerel koşullara ve ihtiyaçlara daha hızlı cevap verecek kararlar alma ve uygulamalar yapma yoluyla kaynakların daha verimli kullanılmasının amaçlandığı belirtilmektedir (T.C.Sağlık Bakanlığı Hastane ve Sağlık İşletmeleri, 1997, 5–21).

Uygulanmaya çalışılan tüm bu desantralizasyon politikalarının sağlayacağı faydaların yanında Sağlık Bakanlığı'na ilave yük getirilebileceği de göz önünde tutulmalıdır. Çünkü Sağlık Bakanlığı planlama, programlama ve değerlendirme kapasitesini geliştirmek zorunda kalacaktır (Tatar, 1993,145). Bütünüyle santralize ya da bütünüyle desantralize bir yönetim modeli hiçbir ülkede bulunmamaktadır. Genellikle bunlardan birinin ağırlıkta olduğu karma yönetim modeli benimsenmiştir (Uz, 1999, 106).

Desantralizasyon her ne kadar merkezin yükünü hafifletiyor olsa da genel politikalar ve planların yapılması, önceliklerin belirlenmesi ve kaynakların genel kontrolü gibi konulardaki kararlar merkez tarafından verilmelidir (Uz, 1999, 121–122).

Önerilen sistemin başarılı olabilmesi için bazı konularda da dikkatli olunmalıdır: Öncelikle desantralizasyonun gerçekleştiği kurumlarda yeterli sayıda, istenilen niteliğe sahip personelin bulunması gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı bir an önce ihtiyacı olan elemanların niteliklerini belirleyip, bu konularda eğitim veren kuruluşları, kendi ihtiyaçları doğrultusunda eğitim vermeye özendirmelidir. İkinci olarak sağlık sektörünü diğer sektörlerden ayırmak mümkün olmadığı için sektörler arası işbirliğine dayalı bir sistem benimsenmelidir. Ayrıca desantralizasyona ilk karşı

çıkacak olanların bürokratlar olacağı ileri sürülmektedir. Elllerinde tuttıkları, kaynakları ve gücü kaybetme endişesi taşıyan bürokratların desantralizasyona karşı çıkmasının kaçınılmaz olduğu savunulmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın reformlarının uygulanmasını olumsuz yönde etkileyecek olan bu durumun engellenmesi için de gereken tedbirler alınmalıdır.(Tatar, 1993, 150–151).

Ayrıca Dünya Bankası tarafından önerilen desantralizasyon uygulamalarının özelleştirme süreçleriyle önemli oranda iç içe geçmiş ve hatta aynı sürecin yapısal bileşenlerinden birisi olduğu anlaşıldığı için verilecek kararlarda dikkatli olunmalıdır.

Avrupa'da sağlık sektörüyle ilgili bildirgelerde doktor ve hastane seçimi gibi, ayrıca tıbbi kararlarda seçime bağlı karar sürecine katılım gibi olaylarda, hastaya daha fazla söz hakkı verilmesi hususlarında açıklamalar mevcuttur (T.C:Sağlık Bakanlığı Avrupa Sağlık Projesi, 1988, 58). Avrupa da ki bu güncel gelişmeler doğrultusunda Türkiye'de de Sağlık Bakanlığı'nca 1 Ağustos 1998 tarihinde “Hasta Hakları Yönetmeliği” yayınlanmıştır. Bu yönetmeliğin amacı Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda, diğer mevzuatta ve milletlerarası hukuki metinlerde kabul edilen “hasta hakları”nı somut olarak göstermek ve sağlık hizmeti verilen hallerde insan haysiyetine yakışır şekilde herkesin “hasta hakları”ndan faydalanabilmesine, hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki koruma yollarını fiilen kullanabilmesine dair usul ve esasları düzenlemektedir. Bu yönetmeliğe göre hasta sağlık hizmetlerinden ihtiyaçlarına uygun olarak faydalanma hakkına sahiptir. Ayrıca mevzuat ile belirlenmiş sevk sistemi uygun olmak şartıyla sağlık kuruluşunu değiştirebilir, personeli tanıma, seçme ve değiştirme hakkına da sahiptir. Hasta haklarının korunması amacıyla düzenlenen bu yönetmelik sağlık hizmeti verilen resmi ve özel bütün kurum ve kuruluşları bu kurum ve kuruluşlarda veya bunların dışında hizmete katılan her kademedeki ve unvandaki ilgilileri ve hizmetten faydalanma hakkına sahip bütün fertleri kapsar (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Devlet uygulayacağı desantralizasyon politikalarıyla bu yönetmeliği uygulanabilir kıldığı sürece, hastalar daha fazla biçimde yerel politika belirleme sürecine katılabilmek için talepte bulunacaklardır. Bu da sağlık sektörü açısından olumlu bir gelişmedir.

Desantralizasyon kavramının içeriğini incelediğimizde; yetki genişliği, yetki göçerimi ve yetki göçürümü kavramlarıyla karşılaşmaktayız. Yetki genişliği kavramı, merkezde toplanmış yetkilerin bir bölümünün gene merkezin denetimi altında taşradaki bazı yüksek görevlilere aktarılmasıdır. Yetki genişliğinde kamu tüzel kişiliği dolayısıyla özerklik söz konusu değildir. Karar alma ve uygulama yetkisine sahip gerçek kişi, tamamıyla merkezden yönetimin içindedir. Merkezi temsil eder ve onun adına hareket eder, hiyerarşik denetime tabidir (Gözübüyük, 1994, 40).

Yetki genişliğinde karar yetkisinin aynı tüzel kişilik içinde ve hiyerarşik düzene uygun olarak merkezi otoriteden yerel makamlara (il yönetiminde valiye) geçmesi söz konusudur. Böyle bir sistemin idare ile idare edilenleri yakınlaştırma, işleri hızlandırması, yerinden yönetime göre daha basit ve az masraflı oluşu ve idari faaliyetin bütünlüğünü korumak gibi yararları olduğu söylenebilir. Türkiye’de illerin yönetiminde yetki genişliği esası uygulanmaktadır (Gözübüyük, 1994, 41).

.Sağlık hizmetlerinde bu tür bir uygulama benimsendiğinde Sağlık Bakanlığı’nın taşra örgütleri ön plana çıkmaktadır Her bakanlığın olduğu gibi Sağlık Bakanlığı’nın da il düzeyinde teşkilatlanması vardır (Tatar, 1993,140).

Sağlık hizmetlerinde aşırı merkeziyetçiliğin yaşandığı ülkelerde desantralizasyon örneği olarak yetki genişliği kullanılmaktadır. Örneğin Polonya sağlık sektöründe yetki genişliğini kullanan ülkelerden birisidir. 1990 yılında Polonya’da kamu yönetimi alanında önemli bir reform gerçekleştirilmiştir. Benimsenen il modeli yöneticilere büyük yetkiler tanımıştır. Yöneticiler bu düzeyde sağlık kurumlarının yapısını planlamakta, kararlar almakta ve devlet bütçesinde verilen ödenekleri düzenlemektedirler. Bu düzeydeki yöneticiler tarafından çalıştırılmak üzere bir il sağlık sorumlusu seçilmektedir. Uygulamada Polonya’da Sağlık Bakanlığı’nın sağlık hizmetlerini etkileme konusunda tüm gücünü yitirmiş olduğu söylenebilir (T.C:Sağlık Bakanlığı Avrupa Sağlık Projesi, 1988, 45).

Yetki göçerimi ise yetkilerin belirli bir hiyerarşinin üst düzeylerinden alt düzeylerine aktarılmasıdır. Yetki göçerimi ancak belirli ve sınırlı konularda geçerlidir. Yasanın izin vermesi halinde yetkisini devredecek makamın idari işlemi ile gerçekleşmektedir. Yetki göçeriminde ayrıca geçicilik söz konusudur ve yetki göçerilecek görevliler için sınıf ve derece koşulu yoktur (Gözübüyük, 1994, 41).

Hükümetler yetki göçerimini doğrudan hükümet yönetiminin getirdiği verimsizlikten kaçınmanın, maliyet kontrolü sağlamanın ve daha esnek yönetim yapıları oluşturmanın yolu olarak görmektedir (Belek, Belek, 1997,47).

Sağlık alanındaki hizmetlerin etkili ve verimli bir şekilde görülmesi için yetki göçerimi yapılması büyük önem taşımaktadır. I. Ulusal Sağlık Kongresi Sağlık Hizmetlerinin Örgüt ve Yönetim Yapısı Çalışma Grubu Raporuna göre de Türkiye’de hastane yönetimi siteminde yetki göçerimi uygulamalarının sağlık alanına oldukça büyük faydalar sağlayacağı ileri sürülmüştür (T.C.Sağlık Bakanlığı I.Ulusal Sağlık Kongresi, 1992, 140). Yetki göçerimi beraberinde daha hızlı bir uygulamayı daha getirecektir. Ancak kuruluşlar aşırı derecede parçalanmış duruma geldiği takdirde kaliteyi ve verimliliği sağlamakta zorluklarla karşılaşılacaktır.

Yetki göçürümü (devolution) ise bir devlet yetkisinin başka bir kamu tüzel kişisine (örneğin, kent yönetimlerine, iktisadi devlet teşekküllerine ya da üniversitelere) aktarılmasıdır. Yetki göçürümü yerel yönetimlere yetki göçürümü ve işlevsel kamu kurumlarına yetki göçürümü olmak üzere iki türdür. İngiltere’de Ulusal Sağlık İdaresinin kurulup Sağlık Bakanlığı’nın yetkilerinin göçürülmesi işlevsel kamu kurumlarına yetki göçürümünün örneğidir. Yerel yönetimler ise yasal olarak ortaya konmuş durumdadırlar ve coğrafi sınırları bellidir. Kendi gelirlerini sağlama ve gelir kaynağı yaratabilme özellikleri vardır. Toplum bu örgütleri kendi ihtiyaçlarını karşılamak üzere kurulmuş ve etki edebileceği örgütler olarak kabul ettiği için bu kuruluşlara bakış açısı farklıdır (Tatar, 1993,140–141).

Sağlık hizmetlerinde yetki göçürümü uygulaması, yetki genişliğine göre daha radikal bir yeniden yapılanma anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetlerinin yerel hükümetlere devrinde iki önemli sorun çıkmaktadır (Belek, Belek, 1997, 47):

**(1)** Sağlık hizmeti cari harcamalar yönünden önemli bir talep yaratmaktadır. Buna karşılık yerel yönetimler çoğu kez sınırlı bir vergi gelirine sahiptir ve genel olarak gelir kaynakları gelirin arttırılmasına olanak tanıyacak nitelikte değildir. Bu nedenle gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetleri yerel hükümetlerin elinden çıkararak merkezi hükümetlerin elinde yoğunlaşmıştır. Öte yandan, yerel düzeydeki sağlık harcamalarının merkezi hükümetçe karşılanması durumunda bu, yerel hükümetin merkeze olan bağlılığını arttırmaktadır.

(2) Yetki göçürümü sağlık hizmetleri için gerekli olan basamaklar arası koordinasyonun kurulmasını ve bir bölge yapısı oluşturulmasını engelleyebilmektedir.

Gelişmiş ülke deneyimleri yetki göçürümde sıkı biçimde denetleme ve iş birliği sağlama zorunluluğu göstermektedir. Öte yandan uzmanlık gerektiren hizmetler doğrudan merkezi hükümetçe gerçekleştirilmektedir. Buna karşılık gelişen ülkelerde sağlık hizmetlerinin yetki göçürümü son derece sınırlıdır (Belek, Belek, 1997, 47).

Sağlık hizmetlerinde yapılan desantralizasyon çalışmalarına bir bütün olarak bakabilmek için yerel yönetim reformunda da sağlık hizmetleri ve yönetimini incelemek gerekmektedir:

Yerel Yönetimler Kanun Tasarısında Yerel yönetimler kendi sorumluluk alanlarında eğitim, sağlık, sosyal yardım, gençlik, spor, kültür, turizm, tarım, hayvancılık, çevre, orman, ağaçlandırma, imar, bayındırlık, altyapı, ekonomi ve ticaret alanlarındaki hizmetlerin yürütülmesinden sorumlu ve yetkili olacaktır (İçişleri Bakanlığı, 1997, 15).

Taslaklarda belirlenen il özel idarelerinin yeni görev ve hizmet esaslarında sağlık ve sosyal hizmetlerle ilgili bölümde sayılan görevler şunlardır: (İçişleri Bakanlığı, 1997, 43-46).

(1) “Sağlık Bakanlığı’na belirlenecek esaslara uygun olarak ana-çocuk sağlığı, aşılama, zararlılarla mücadele gibi koruyucu sağlık hizmetleri ile aile planlaması hizmetlerini yürütmek sağlık konusunda halkı eğitici ve aydınlatıcı çalışmalar yapmak”,

(2) “Hastane, dispanser, sağlık ocağı ve sağlık evleri gibi teşhis ve tedavi merkezleri kurmak ve işletmek”,

(3) “Özel kamu hükümleri saklı kalmak üzere, il sınırları içinde içmece, ılıca, kaplıca ve termal tedavi merkezleri kurmak, işletmek, kurulmasına ve işletilmesine izin vermek ve buralarda çalışanların sağlık kontrollerini yapmak”,

(4) “Acil yardım amacıyla ambulans servisleri kurmak ve işletmek”,

(5) “Fakir ve kimsesizlere yardımcı olmak, tedavi, tedavi ettirmek, ilaç ve malzeme yardımında bulunmak”,

(6) “İlk ve orta dereceli okullardaki muhtaç öğrencilere ders araç ve gereçleri ile giyecek ve yiyecek yardımında bulunmak”,

(7) “Fakir, muhtaç ve düşkünler için çocuk yuvası, kreş, gündüz bakımevi, yetiştirme yurdu, huzurevi, aş evi ve benzeri yerler açmak, işletmek ve bu konuda kişi ve kuruluşlarla işbirliği yapmak”,

(8) “Özürüleri üretken hale getirici tedbirler almak, gerekli tesisler kurmak, suç işlemiş çocukları topluma kazandırıcı faaliyetlerde bulunmak”,

(9) “İlgili mevzuat hükümlerine göre Büyükşehir belediyelerinin yetki alanı dışında sıhhi ve gayri sıhhi müesseselerin ve her türlü gıda maddesi üreten, depolayan ve satan işyerlerinin açılış ve faaliyetlerine izin vermek, denetlemek ve buralarda çalışan kişilerin nitelik ve çalışma esaslarını belirlemek, sağlık muayene ve denetimlerini yaptırmak”.

Yerel Yönetimlere ilişkin çeşitli yasalarda değişiklik öngören yasa tasarısı, 20 Nisan 2001'de TBMM Başkanlığı'na sunuldu. Ancak tasarı, 11 Mayıs'ta Hükümet tarafından geri çekildi. 31 Temmuz 2001'de tekrar TBMM'ye sunulan yasa tasarısı, ekim ayında TBMM'nin ilgili komisyonlarında görüşülmeye başlandı. Tasarı, 3 Kasım 2002 Milletvekili Genel Seçimleri ile TBMM'nin 21. Dönemi'nin sona ermesiyle düşmüş oldu. 3 Kasım 2002 seçimlerinden sonra kurulan 59. Hükümet (AKP Hükümeti), "Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı" hazırladı.

Bu kanun yürürlüğe girdiği tarihte, Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatının görev ve yetkileri, eğitim hastaneleri hariç sağlık evi, sağlık ocağı, sağlık merkezi, dispanser ile hastaneler, araç, gereç, taşınır ve taşınmaz malları, alacak ve borçları, bütçe ödenekleri ve kadroları ile birlikte olmak üzere il özel idarelerine devredilecektir (Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı, 2006).

Desantralizasyon her ne kadar merkezin yükünü hafifletiyor olsa da genel politikalar ve planların yapılması, önceliklerin belirlenmesi ve kaynakların genel kontrolü gibi konulardaki kararlar merkez tarafından verilmelidir. Sağlık hizmetinin sunumu ve yönetiminin yerel yönetimlere aktarılmasının, bu fonksiyonların daha fazla multi-sektörel yaklaşım ile yerine getirilmesini sağlayacağından kaynaklar daha verimli, belirlenen öncelikler daha uygun ve hizmetler daha etkili verilebilecektir. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve yönetiminin yerel yönetimlere, özellikle de belediyeye bırakılması gerektiğini savunan bazı görüşler vardır. Bunlara göre sağlık



hizmetleri belediyelere, özellikle Büyükşehir belediye yönetimlerine bırakılabilir. Sağlık ocağı ve hastanelerin bir kısmı belediyelerde kalmakla birlikte, bölge hastanelerine ve üniversitelerle işbirliği yapan ihtisas hastanelerine ihtiyaç vardır. Avrupa'daki örneklere bakıldığında bu ülkelerdeki uygulamalar da bu gr destekler yöndedir. Ancak henüz genel ve yerel demokrasiyi usulüne uygun olarak uygulayamamı özellikle belediyelere ve bugün için bazı yönetsel yetersizliklere sahip olan bütün yerel yönetimlere sağlık gibi toplumsal etkileri çok fazla olabilecek bir konuyu bırakmak, Türkiye için istenmeyen sonuçlara yol açabilir (Uz, 1999,122).

## 8. TÜRKİYE'DE SAĞLIK REFORMU ÇALIŞMALARI

Araştırmanın bu bölümünde sağlık reformları incelenmiştir.

### 8.1. Sağlık Reformu Gereksinimi

Reform kavramı Türkiye gündemini oldukça sık meşgul eden kavramlardan bir tanesidir. Genelde Türkiye'deki sektörlerin hepsinde bu kavrama sık sık başvurulur.

İdari reform ya da yönetimde reform yönetim sisteminin yapısında, hizmet tercihlerinde, personel rejiminde, iş görme zihniyeti ve yöntemlerinde, karar verme sürecinde, siyasal sistemle olan ilişkilerde ve sistemi harekete geçiren dürtülerde köklü değişiklikler demektir (Tutum, 1994, 6).

Son yıllarda, sağlık alanında yaşanan sıkıntılara çözüm bulmak amacıyla Sağlık Bakanları sık sık reformlar gündeme getirmektedirler. Kamuoyu artık her değişen Sağlık Bakanı ile birlikte (ki hükümetlerin en sık değişen bakanıdır) yeni bir reform taslağının tartışmaya açılacağı beklentisi içine girmiştir (Bursa Tabip Odası, 1995, 151). Son zamanlarda yayınlanan resmi nitelikli belge ve kitaplarda da bir "Sağlık Reformu Modeli" veya "Türk Sağlık Reformu Modeli"nden söz edilmektedir. Gerçekte ise amaç Türk sağlık sektöründe gerçekleştirilmek istenen reformları sistematik hale getirebilmektedir. Tüm bu yayınlarda Türkiye'de sağlık reformlarına ayrılan kısımlar çok az farklılıklar göstermektedir. Bunlardan "Health Sector Reforms In Turkey 1997" adlı rapor en kapsamlı olandır. Raporda Türk sağlık reformlarının başlangıcı, sağlık sektörü Master Plan Etüdü'ne dayandırılmaktadır. Rapora göre Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongrelerinin sağlık reformu modelinin oluşmasına büyük katkısı olmuştur. Kongreler sonucunda "Ulusal Sağlık Politikası" belgesi oluşturulmuştur. Bu belgeyle sağlık alanı ile ilgili ana başlıklar altında hedef genel ilkeler ve stratejiler belirlenmiş, ancak ayrıntılı bir faaliyet planı çizilmemiştir.

Sağlık reformlarını kamuoyuna ve politikacılara tanıtmak için İkinci Ulusal Sağlık Kongresinden sonra büyük çabalar sarf edilmiştir. Ulusal Sağlık Politikası belgesini takiben Türk sağlık reformu stratejileri hükümet programlarında da yer almaya başlamıştır. "Türkiye Sağlık Reformu-Sağlıkta Mega Proje" bunun bir sonucudur. 1994 yılından itibaren yapılan kapsamlı araştırmalar ile ilgili kurum ve kuruluşların görüş ve düşünceleri doğrultusunda sağlık reformu modeli daha da geliştirilerek, ülke reform ve kalkınma planının bir parçası haline getirilmiştir.

Tasarlanan sağlık reformları hakkında bize yol gösterecek olan belgelerden biri de Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996–2000)'dır. Bu planın temel yapısal değişim projeleri bölümünde sağlık reformları başlığı altında “sistem; finansman, yönetim ve organizasyon, insan gücü, hizmet sunumu, mevzuat, enformasyon boyutları itibariyle yeniden yapılandırılacaktır” denilmektedir (VII. BYKP, 1995, 41).

Sağlık hizmetlerinde yapılması tasarlanan reformların amaçları şöyle ifade edilmektedir:

Toplumun tamamını kapsayacak bir sağlık sigorta sistemi geliştirmek. Türk toplumunun sağlık durumunu iyileştirmek, sağlık hizmetlerinde hakkaniyet sağlamak, sağlık hizmetlerinin sunumunda verimlilik ve rekabet ilkesini ön plana çıkarmak, koruyucu hizmetlere, sağlığın geliştirilmesine ve birincil tedavi hizmetlerine önem vermek, uygun teknolojiyi kullanmak, karar verme sürecinde kullanılmak üzere etkin zamanında ve doğru bilgi toplamak. İnsan haklarını, yetenek, süre, sayı ve birleşmesine göre uygun bir şekilde kullanmak ve sağlık hizmetlerinde sektörler arası işbirliğini güçlendirmektedir.

Temel sağlık hizmetlerine erişimde ve sağlık durumunda eşitsizlikleri azaltmayı amaçlayan sağlık reformlarının ana stratejileri ise şöyle ifade edilmektedir: Halen hiçbir sigorta sisteminden yararlanmayan nüfusu kapsayacak bir sigorta sistemi oluşturmak ve ücretsiz hizmet verme anlayışı yerine blok hizmet anlaşmaları ile hizmet temin etmek; hizmete erişimi kolaylaştırmak ve hizmet kalitesini arttırmak amacıyla aile hekimliği sistemini kurmak ve bu doğrultuda birinci basamak sağlık hizmetleri reformunu gerçekleştirmek; ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetlerinin etkinliğini ve verimliliğini arttırmak için özerk sağlık işletmeleri oluşturmak bu doğrultuda hastane reformunu gerçekleştirmek; sistematik ve örgütsel yönetim ve insan kaynakları reformunu gerçekleştirmek; karar verme, sorumluluk ve etkinliği hızlandıracak ve arttıracak bir sağlık enformasyon sistemi de dahil olmak üzere alt yapıyı geliştirmek; mevzuatı yeniden düzenleyecek öncelikleri belirleyerek, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik vererek ve daha fazla kaynak ayırarak, sağlık hizmetlerinin belirlenmesinde, izlenmesinde ve denetiminde Sağlık Bakanlığı'nın rolünü yeniden belirlemektir (Health Sector Reforms İn Turkey 1997).

Gündemde olan sağlık reform programı altı bileşenden oluşmaktadır:

- (1) Aile hekimliği ve birinci basamak sağlık hizmetleri reformu,
- (2) Hastane ve sağlık işletmeleri reformu,
- (3) Sağlık hizmetleri finansmanı reformu,
- (4) Sağlık bilgi sistemleri reformu,
- (5) Örgüt ve yönetim reformu,
- (6) İnsan kaynakları reformu,

### **8.2. Aile Hekimliği ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Reformu**

Bu reformla benzer hizmetlerin aynı nüfus grubuna farklı hizmet birimleriyle sunulmasını önleyici sade bir örgütlenmeye gidilmesi, aynı hizmeti veren değişik temel sağlık hizmet birimlerinin entegre edilmesi ve sağlık hizmeti sunan tek tip bir kavramsal yapı oluşturulması düşünölmüştür. Kırsal kesimdeki sağlık evi, sağlık ocağı modeli sürerken, kentlerde ise küçük nüfus esasına dayalı aile hekimliği sisteminin oluşturulması önerilmiştir. Nüfus yoğunluğunun fazla olduğu kentsel kesimlerde de semt polikliniği uygulanmasının yaygınlaştırılması amaçlanmıştır. Bu kapsamda ise gerekli yasal düzenlemelerin yapılması önerilmiştir (VII. BYKP, 1995).

En az bir hekimin ve yeterli sayıda diğer sağlık personelinin istihdam edileceği sağlık ocaklarının 3.000–5.000 nüfusa hizmet vermesi amaçlanmıştır. Sağlık ocakları halk sağlığı hizmetleri, sağlık eğitimi çalışmaları, ilk yardım hasta takibi, bulaşıcı hastalıkların kontrolü, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri, çevre sağlığı hizmetleri, okul sağlığı hizmetleri ve laboratuvar hizmetlerinin koordinasyonu, izlenmesi ve değerlenmesinden sorumlu olacak; bu hizmetler aile hekimleri ile desteklenecektir.

Tasarlanan sistemde yeni bir kuruluş olarak, her ilçede kamu sağlığı merkezlerinin kurulması düşünölmektedir. Bu merkezler, birinci basamak sağlık hizmeti işlevine ek olarak, sağlık ocakları, sağlık evleri ve sektörler arası koordinasyondan sorumlu olacaktır.

Öngörölen sistemde kişisel koruyucu sağlık hizmetlerinin ve birinci basamak tedavi hizmetlerinin aile hekimlerince yerine getirilmesi önerilmiştir. Aile hekimi denilince, birinci basamak sağlık hizmeti veren bir ilk başvuru hekimi anlaşılmaktadır. Aile hekiminin mutlaka uzman olması gerekli görölmemektedir.

Pratisyenlerinde belirli bir kurstan ya da uygulamalı eğitimden geçerek bu hizmeti görebileceği kabul edilmektedir (Şenatalar, 1991, 47-48). Kendi muayenehanelerinde çalışacak olan aile hekimleri birinci basamak tedavi hizmetleri, hasta takibi işleri, kişisel koruyucu sağlık hizmetleri, laboratuvar hizmetleri, ilk yardım ve acil hizmetlerden sorumlu olacaktır. Hastalar aile hekimlerini seçmekte serbest olacaklar, ancak bir aile hekimine kayıt olduktan sonra ilk 6 ay içinde değişiklik yapamayacaklardır. Aile hekimlerine asgari bir ödemeye ilaveten kendilerine kayıtlı kişi başına ek ödeme yapılacaktır. Bu sistem etkin bir sevk zincirine göre işleyecektir. Hasta aile hekimlerine başvuracak, aile hekimleri hastalarını gerek görürlerse uzmanlara ve hastanelere sevk edeceklerdir.

Aile hekimliği sisteminin uygulanmak istenmesinin nedeni sağlık ocaklarının yüksek arsa ve inşaat maliyetleri gerektireceği, nüfusa orantılı olarak dağıtılmamış olmaları, sevk zinciri kurulamamış olması ve sağlık ocaklarının çalışan nüfusa hizmet vermekten uzak olduğu düşüncesidir. Ancak sağlık ocaklarına yüklenen bu suçlamalar yersizdir. Çünkü 224 Sayılı Sosyalleştirme Yasası'nda belirtilmiş olmasına karşın bazı ilkeler mevcut hükümetler tarafından yaşama geçirilememiştir. Sevk zinciri, kayıt sistemi, ekip hizmeti, entegre hizmet, gezici hizmet, tedavi edici ve koruyucu hizmetlerin birlikte verilmesi, nüfusa orantılı hizmet, önceliklerin gözetilmesi bu ilkelerdendir. Bunların hepsi 224 Sayılı Yasada ayrıntılarıyla vardır. Dolayısıyla 224 Sayılı Yasanın çevrelediği sistemin, içermekte olduğu ancak çeşitli nedenlerle uygulanmamış bulunan, en temel ölçütleri kapsamadığı gerekçesiyle suçlanması mantıklı değildir. Ayrıca aile hekimliği sisteminin, aynı türden aksaklıkları ortadan kaldıracak olmanın güvencesi olarak sunulmasının tutarlı olmadığı savunulmaktadır. Çünkü aile hekimliği de bir sağlık örgütlenmesi olarak coğrafi temelli bir örgütlenmedir ve bu bakımdan 224 Sayılı Yasanın belirlediği model ile arasında bir fark yoktur. Coğrafi esaslara göre düzenlenmiş bir örgütlenme olan aile hekimliği sisteminin, nüfusunun % 70'i şehirlerde, bir başka deyişle sanayi ve hizmet sektörlerinin ağırlıkta olduğu alanlarda yaşayan bir ülkede, bu nüfusa ulaşılabilir bir hizmet sunmasını beklemenin yersiz olduğu ileri sürülmektedir (Ardıç vd., 1992, 47-48).

Aile hekimliği ile ilgili diğer bir hususta bu hekimlerin rekabet içinde çalışacakları ve bu çerçevede halka seçme olanağının tanınacağıdır. Ancak Avrupa

lkelerindeki deneyimler bize göstermiştir ki bu durum ilacı ve tıbbi malzeme tüketimini artırıcı, yanlış, gereksiz tıbbi uygulamaları uyarıcı, hekimi yanlış ve tıbbi gerekçesi olmayan raporlar vermeye zorlayıcı nitelikler taşımaktadır. Bir st düzeyde ne kadar sıkı ve iyi işleyen bir denetim mekanizması kurulursa kurulsun pazar koşullarına göre işleyen bir ekonomide, hasta kaybetmemek kaygısının belirleyeceği böylesi gelişmeleri engellemek olanaklı grlmemektedir (Ardıç vd., 1992, 51). Elindeki hastaları kendisiyle rekabet eden diğer hekimlere kaptırmamak kaygısına düşecek olan aile hekimi olabildiğince teknoloji ve ilaç yoğun bir hizmet sunumu anlayışına yönelecektir. Her birinde bir ya da en fazlasından birkaç hekimin çalıştığı muayenehaneler ufak çaplı ‘‘teknoloji çöplükleri’’ durumuna geleceklerdir. Her aile hekiminin çeşitli laboratuvar malzemeleri, EKG, ultrasonografi, röntgen cihazı gibi bir dizi donanıma sahip olması öngörülmektedir ve rekabet anlayışı ile bu donanımın oğaltılabilmesinin yolları açılmaktadır. Bu durumda hekimleri zor duruma sokacak ve tıbbi cihaz piyasasını canlandıracaktır. Bu haliyle aile hekimliği uygulaması hekimlerin iş güvencelerini yitirmelerinin de yolunu açacaktır (Ardıç vd., 1992, 51-52).

Böyle aksaklıkları olacak olan bir sisteme geçmek yerine olanı doğru şekilde uygulamaya çalışmak daha akıllıca gözükmektedir. Ancak tasarlanan birinci basamak sağlık hizmetleri modelinin pilot uygulamasına ‘‘Temel Sağlık Hizmetleri Projesi’’ ile Eskişehir ve Bilecik illerinde başlanmıştır. Birinci ve İkinci Sağlık Projeleri kapsamında da; temel sağlık hizmetleri bakımından toplum katılımı, standart tanı, tedavi kriterlerinin belirlenmesi, yöneylem araştırmaları, akılcı ilaç kullanımı, halk eğitimi, sektörler arası işbirliğini geliştirme ve tropikal hastalıklarla ilgili çalışmalar yürütülmektedir.

Toplum katılımı çalışmalarında amaç toplumu sağlık hizmetlerinin planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarına aktif bir şekilde katmaktadır. Bu yönde sağlık personelinin konu ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını saptamak üzere Sivas’ta bir araştırma yapılmış ve bir ön rapor hazırlanmıştır. Ayrıca toplum katılımı müdahalelerini başlatmak üzere bir çalışma toplantısı düzenlenmiş, toplum katılımı müdahale bölgesinin çalışmaları tamamlanmıştır (zdemir, 2001, 260).

Standart tanı ve tedavi kriterlerinin belirlenmesi çalışmalarının amacı, birinci basamak sağlık kuruluşlarında birimlerin daha düzenli, etkili ve güvenilir hale

gelmesi sevk oranlarının düşürülme, aşırı ve gereksiz ilaç tüketiminin önlenmesidir. Bu yönde çalışmalar devam etmektedir (Özdemir, 2001, 261).

Yöneylem araştırmaları ile birinci basamakta sağlık hizmetlerinin sunumunda görev alan yöneticilerin konuyla ilgili bilgi beceri ve deneyim kazanmaları ve bu bilgileri kullanmaları amaçlanmıştır. Amaç bu konuda referans bir kitapçık oluşturma'dır (Özdemir, 2001, 261).

Akılcı ilaç kullanımı çalışmalarında amaç, birinci basamakta ilaç kullanımının geliştirilmesi, yanlış ilaç kullanımından kaynaklanan ekonomik ve sosyal yükün azaltılması, fizyolojik, biyolojik ve psikolojik zararların önlenmesidir. Bu yönde konu ile ilgili uluslararası eğitim programlarına katılım sağlanmış, ulusal ve uluslararası çalışma ve deneyimler arttırılmıştır (Özdemir, 2001, 261).

Halk eğitimi çalışmaları ile halk sağlığı eğitimine yönelik girdilerin bilimsel bir yaklaşım ve süreçte hazırlanması, kullanılması, izlenmesi, değerlendirilmesi ve bu yaklaşımın kurumsallaştırılması amaçlanmıştır. Bu yönde Bakanlık tarafından eğitimlerde kullanabilecek bir doküman oluşturulmuştur (Özdemir, 2001, 261).

Sektörler arası işbirliğini geliştirme çalışmalarında ise amaç; sağlık hizmeti sunumu başta olmak üzere sağlığı ilgilendiren tüm alanlarda ilgili sektörlerle etkili ve verimli işbirliğinin gerçekleştirilmesi ve bu işbirliğinin kurumsallaşmasının sağlanması'dır (Özdemir, 2001, 261). Bu konuda Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından bir kitapçık yayınlanmıştır. Bu kitapçığa göre Milli Eğitim Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, Valilikler, Belediyeler, Üniversite, Diyanet İşleri Başkanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Gönüllü Kuruluşlar, Muhtarlar ve Toplum Liderlerinin Sağlık Bakanlığı ile sıkı bir işbirliği içinde olması istenmektedir (Hoşgeçin, 1994, 13–16).

Tropikal hastalıklar konusunda ise, Sağlık Bakanlığı ile diğer kurum ve kuruluşlar tarafından yapılan çalışmaların bütünleşmesinin sağlanması ve temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi yoluyla, GAP Bölgesi başta olmak üzere toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi amaçlanmıştır. Bunun için bazı toplantılar gerçekleştirilmiştir ve tropikal hastalık istatistiklerinin derlenmesine çalışılmaktadır (Özdemir, 2001, 272).

### 8.3. Hastane ve Sağlık İşletmeleri Reformu

Bu reformun amacı hastane hizmetlerinde etkenlik, verimlilik ulaşılabilirlik ve kaliteyi arttırmaktır. Hastanelerin özerkleştirilmesinin kamu hastanelerine özerklik verilerek veya sağlık işletmeleri haline getirilerek gerçekleştirilmesi düşünülmüştür. Sağlık işletmelerinin, idari ve mali açıdan özerk olmaları, birbirleriyle rekabet içinde, verimlilik ve etkenlik ilkelerine göre çalışmaları ve harcamalarını kendi gelirleriyle karşılamaları önerilmiştir (Özdemir, 2001, 272).

Sağlık Kanun Tasarısı ile (Ocak 2004) Sağlık işletmeleri şöyle tanımlanmaktadır. “Sağlık İşletmeleri Milli Savunma Bakanlığı ve Üniversitelere bağlı olanlar dışında kamuya ait, kamu yararı, verimlilik ve etkinlik esaslarına dayalı olarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri veren, sağlık hizmetlerine toplumun katkı ve katılımını sağlayacak şekilde örgütlenmiş, tüzel kişiliğe, idari ve mali özerkliğe sahip sağlık kuruluşlarıdır”. Sağlık Bakanlığınca hazırlanan kanun tasarısında hastanelerin sağlık işletmesine dönüştürüleceği belirtilmektedir. 10 yıldır özellikle de son yıllarda AKP Hükümeti döneminde hastanelerde uygulanan “performansa dayalı döner sermaye” uygulaması ile tüm hizmetler teker teker kalemler halinde belirlenmiş ve puanlandırılarak devlet hastaneleri tam birer işletme haline getirilmiştir (TTB, 2005, 20).

Sağlık İşletmelerinin idari ve mali sorumluluğunun yedi üyeden oluşan yönetim kuruluna ait olması önerilmiştir. Yönetim kurulu, işletme genel yöneticisi başkanlığında, üçü icracı hastane yöneticisi, yanında il özel idaresi, Maliye Bakanlığı il örgütü ve il idare meclisi temsilcilerinden oluşacaktır. Ancak Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi’nde yönetim kurulu üyeliği 7 kişiden 5 kişiye indirilmiştir. Amaç yönetim kurulunun toplanmasına kolaylık sağlamak ve karar alınmasını hızlandırmaktır. Fakat yönetim işlerine az sayıda kişinin katılmasını ve hızlı kararlar alınmasını sağlamakta başka amaçlar olabilir. Nitekim Yüksek İhtisas Hastanesi’nde de bunların yaşandığı iddia edilmektedir (Konuk, 1997, 70).

Özerkleşen hastanenin profesyonel yöneticiler ve yönetim bilgisi olan doktorlarca yönetilmesi düşünülmüştür. İşletme, çalışanlarını kendisi seçecek ve ücretini kendisi ödeyecektir (Özdemir, 2001, 70). Ancak Yüksek İhtisas’taki özerkleşme uygulamaları sonucu, amacı en yüksek karlılığa ulaşmak isteyen hastanede çalışanların içine düştüğü zor durum (yoğun çalışma şartları, iş



güvencesinin olmaması, maaşların yeterli olmaması vb) bize sorunun başka bir boyutunu göstermiştir.

İşletmenin gelir kaynakları, blok hizmet anlaşmalarına göre sunulan hizmetlerden sağlanacak; verilen hizmetlerin fiyatı ve kalitesi, hizmet satın alan kuruluşlarla müzakere sonucu belirlenecektir. Bu şekilde özerk yönetim yapısı ve rekabet ortamı ile hastanelerin etken ve verimlilik içinde çalışması düşünülmüştür (Özdemir, 2001, 70).

Bu reformla ayrıca kamu hastanelerinde idari ve mali bir takım düzenlemelere gidilmesi planlanmıştır. Hastanelere tahsis edilecek torba bütçeyle hem kaynak israfının önlenmesi hem de daha esnek bir yönetim amaçlanmıştır. Hizmet kalitesini attırmak için de kalite standartları ve değerlendirme kriterleri belirlenecek asgari alt yapı ve tıbbi cihaz standartları oluşturulacaktır.

Belirlenen bu ilkeler kâğıt üzerinde her ne kadar iyi gözükse de uygulamaya geçildiğinde pek çok sorunla karşılaşılmaktadır.

#### **8.4. Sağlık Hizmetleri Finansmanı Reformu**

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesinde en önemli finansman kaynağı devlet bütçesidir. Sağlık harcamalarının finansmanı, 1960 sonrası Planlı Kalkınma Dönemiyle birlikte ağırlıklı olarak bütçeden (hazineden) karşılanmıştır. Günümüzde hemen her ülkede hem kamu hem de özel kaynakların yer aldığı sağlık finansman sistemi, ülkemizde de görülmektedir. Ancak sağlık finansman kaynaklarının kombinasyonu ülkenin sosyo-kültürel dokusu, ekonomik ve siyasi yapısına göre zaman içinde farklılık gösterebilmektedir.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanında çok önemli sorunlar yaşanmaktadır. Bazı ülkelerle Türkiye’nin toplam sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hâsılaya oranları karşılaştırıldığı zaman bu fark açık bir şekilde karşımıza çıkmaktadır.

**Çizelge 13. Seçilmiş Bazı OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları, 2001 (OECD Health Data 2004).**

ÜLKELERİN ADI	SAĞLIK HARCAMALARI		
	GSMH'de kamunun Payı(%)	Özel harcamalar(%)	Sağlık harcamalarını GSMH'deki oranı(%)
KANADA	70.1	29.9	9.4
FRANSA	75.9	24.1	9.4
ALMANYA	78.6	21.4	10.8
YUNANİSTAN	53.1	46.9	9.4
İTALYA	76.0	24.0	8.3
JAPONYA	81.7	18.3	7.8
MEKSİKA	44.8	55.2	6.0
PORTEKİZ	70.6	29.4	9.3
İSPANYA	71.3	28.7	7.5
<b>TÜRKİYE</b>	<b>62.9</b>	<b>37.1</b>	<b>6.6</b>
İNGİLTERE	83.0	17.0	7.5
ABD	44.9	55.1	13.7

Çizelgeden de anlaşıldığı üzere Türkiye'nin toplam sağlık harcamalarının gayri safi hâsılaya oranı diğer OECD ülkeleriyle karşılaştırıldığında düşük seviyede kalmaktadır. Türkiye ortalamanın altındadır. Özellikle ABD ile aramızda büyük bir fark vardır. ABD'nin yapmış olduğu özel sağlık harcamalarının parasal tutarı kamudakinden yüksektir. Diğer ülkelerde ise kamu harcamaları özel harcamaları geçmektedir.

**Genel bütçeden Sağlık Bakanlığı'na ayrılan pay %3 oranındadır. Dünya Sağlık Örgütü ise Türkiye gibi ülkeler için %10 önermektedir.** Bu şu demektir: Türkiye Hükümetleri genel bütçeden insan sağlığına ayrılması gereken paydan %7 oranında tasarrufta bulunmuşlardır. Almanya sağlığa %17, Avusturya %14, Çek Cumhuriyeti %17, Hollanda %15 ve Portekiz %9 genel bütçeden pay ayırmaktadır (Eser, 2005, 1). Türkiye'de sağlığa ayrılan pay bu ülkeler ile kıyaslandığında çok düşük kalmaktadır. Siyasi iktidarlar kamu sağlık sisteminin çökmesine göz yummuşlar ve bu alana yatırımlar sıfır noktasına çekilmiş, sağlık alanında

eşitsizlikler artmıştır. Halk sağlığını serbest piyasa koşullarına bırakmak ülkenin güvenliği kadar önemli ve stratejik bir konudur.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumunda dolaşan para 15 Milyar dolardır (Eser, 2005, 1). Bu miktar ulusal ve uluslararası sermayenin ilgisini çekmeye yetecek büyüklüktedir.

Türkiye’de artık sağlığa şimdiye kadar ayrılmakta olan miktar kadar bile pay ayırmanın olanağının kalmadığı savunulmaktadır. Kaynakların başka alanlara aktarılmasında ve özellikle askeri gereksinimlerin karşılanmasında zorunluluk bulunduğundan dolayı Sağlık Bakanlığı bütçesini bugünkünden daha fazla oranda arttırmanın olanağının kalmadığı ileri sürülmektedir (Ardıç vd., 1992, 36).

1990’lardan beri süregelen Genel Sağlık Sigortası (GSS) sağlık alanının finansman yapısını belirleyen aynı zamanda AKP’nin “**Sağlıkta Dönüşüm Programının**” en temel ayağıdır. GSS, **hizmet sunumu ile finansmanın ayrılmasını** temel bir politika olarak ortaya koymaktadır. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin finansmanı, kamu kaynakları, zorunlu sigorta primleri ve kişilerin hizmet karşılığı yapmış oldukları ödemelerden sağlanmaktadır. Halen, sosyal güvenlik kapsamındaki nüfusun bir kısmı prim karşılığı olarak hizmetlerden faydalanırken diğer bir kısmının sağlık giderleri devlet tarafından karşılanmaktadır. Genel Sağlık Sigortası (GSS)’da kaynak sorununa çözüm olarak Haziran 2006’da TBMM’de kabul edilmiştir ([www.alo.maliye.com](http://www.alo.maliye.com), 2006). Genel Sağlık Sigortası, kişilerin ekonomik gücüne ve arzulu olup olmadığına bakılmaksızın, gelecekte ortaya çıkacak hastalık riskine karşı, toplumun bütün fertlerinin sağlık hizmetlerinden yaygın ve etkin bir şekilde faydalanmasını sağlayan bir sosyal güvenlik aracı olarak düşünülmektedir. GSS, toplumun bütün fertlerini kapsayacaktır. Ancak, 211 sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri İç Hizmet Kanunu hükümlerine göre sağlık hizmetlerinden yararlananların bu kapsamın dışında tutulması düşünülmüştür.

GSS’ ye göre kişilerden her yıl Bakanlar Kurulunca önceden tespit edilecek taban ve tavan sınırlarında prim toplanacağı ve toplanan bu primler ile sağlık hizmetlerinin kişiler için satın alınacağı belirtilmektedir. Hane içinde kişi başına düşen aylık gelire göre saptanacak bu primlerin ya %100’ünü, ya %75’ini, ya %50’sini ya da %25’ini ödeyeceklerdir. Hane içinde kişi başına düşen aylık geliri

asgari ücretin vergi ve sosyal sigorta primi dışındaki miktarının 1/3'nden az olanlar ise hiç prim ödemeyeceklerdir. Prim ödemeyeceklerle ilgili olan bu miktarın Bakanlar Kurulu tarafından her yıl için değiştirilebileceği planlanmıştır. Hiç prim ödemeyecek olan kişilerin sağlıkla ilgili giderlerinin GSS' ye geçilinceye kadar yeşil kart verilerek devlet tarafından karşılanması düşünülmüştür ( Maral, 1995, 125).

Türkiye'de halkın %60'nın sağlık güvencesi vardır. Bunun %38'ini SSK, % 18'ini Emekli Sandığı, % 4'ünü Bağ-Kur oluşturmaktadır. Halkın % 40'ının da hiçbir sağlık güvencesi yoktur. GSS' nin bu %40'lık dilimi de güvenceye kavuşturacağı savunulmaktadır. Bu %40'lık dilimde yeşil kart almaya aday meslek grupları “tarımda çalışanlar, mevsimlik işçiler, tarım dışında çalışıp sosyal güvenlik kuruluşuna bağlı olmayanlar ve işsizler” olarak belirtilebilir (Maral, 1995, 126).

3816 sayılı “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşlanması Hakkında Kanun” 1992 yılında yayınlanmıştır (Resmi Gazete, 1992, 21273). Kanun hakkındaki yönetmelik ise 13 Ağustos 1992'de yayınlanmıştır (Resmi Gazete, 1992, 22314). 5 Ağustos 1992'de 95 Sayılı Genelge ile de tüm yurttan uygulanmaya başlanmıştır.

3816 sayılı kanunun amacı, hiçbir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında olmayan ve sağlık hizmeti giderlerini karşılayacak durumda bulunmayan Türk vatandaşlarının, bu giderlerinin GSS uygulamasına geçilinceye kadar devlet tarafından karşılanması ve bu hususta uygulanacak usul ve esasların belirlenmesidir.

Bu kanun, hiçbir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında bulunmayan ve bu kanunun öngördüğü usul ve esaslar çerçevesinde belirlenecek aylık geliri ve aile içindeki gelir payı 1475 Sayılı İş Kanunu'na göre belirlenen asgari ücretin vergi ve sosyal sigorta primi dışındaki miktarının 1/3'ünden az olan ve Türkiye'de ikamet eden Türk vatandaşlarının;

(1) Türkiye'deki yataklı tedavi kurumlarında yatarak görecekları tedavi hizmetlerini ve her türlü masraflarını,

(2) Tedavi hizmetini verecek kurum kuruluşları kapsar.

Yataklı tedavi kurumları, verdikleri sağlık hizmetlerinin ücret ve bedellerini Sağlık Bakanlığına fatura ederler. Ödeme en geç on beş gün içerisinde, ödeme emri beklenmeksizin Sağlık Bakanlığı'na gerçekleştirilmelidir.

Yönetmeliğe göre; yeşil kart almak isteyen bir kişi öncelikle kaymakamlıklar ve muhtarlardan temin edeceği yeşil kart bilgi ve başvuru formunu dolduracaktır. Bu formda aynı hane içinde yaşayan yeşil kart çıkarıma talebinde bulunsun ya da bulunmasın üçüncü dereceye kadar akrabaların nüfusa dayalı özellikleri, meslekleri, sosyal güvenlik durumları belirtilmektedir. Formdaki bilgilerin doğru olduğunun aksi tespit edilirse 3816 sayılı kanuna göre kendileri için harcanan paranın iki katını ödeyeceklerine ve haklarında cezai kovuşturma yapılacağını bildiklerine dair imza atılır. Form mal müdürlüklerine, tapu sicil müdürlüklerine, belediye başkanlıklarına, emniyet amiri-jandarma komutanlıklarına da imzalatırıp onaylattırılır. Tüm hane halkının nüfus kayıt örnekleri de forma eklenir. Valilik veya kaymakamlık adına sekreteryaya işlerini yürüten ilgili yere evraklar teslim edilir ve başvurular yeşil kart kayıt defterine işlenir. Hazırlanan dosya il-ilçe idare kurallarına karar için gönderilir. Kurul yeşil kart verilip verilmeyeceğine dair karar verir. Vali veya kaymakamın onayı ile de bu karar kesinleşir. Eğer kişiler hak kazanmışsa kendilerine yeşil kart sağlık cüzdanı verilir. Ancak; kayıt üzerinde oldukça sağlıklı görünen yeşil kart, uygulamada pek çok zorlukları da beraberinde getirmektedir. Yeşil kartın uygulamasında izlenen yanlış politikalar sonucu bu hastaların yükünün kamu kurumlarına yıkıldığı ileri sürülmektedir. Çünkü yeşil kart sahipleri ve sosyal güvenlikten yoksun ödeme gücü olmayan kişilerin sağlık harcamaları için tahmin edilen kaynak bütçeye konulmamakta ve bu durumda hastaneler finansal zorlukla karşılaşmaktadırlar (Sayek, 1995, 60). Yeşil kartlılara ait faturalarını Sağlık Bakanlığına yollayan hastaneler kanunda belirtildiği gibi paralarını 15 gün içerisinde alamamaktadırlar. Hastanelerin döner sermayeleri harcamış oldukları paraları alamayınca kuşkusuz maddi zorluklara düşmektedirler. Bu yüzden başta üniversite hastaneleri olmak üzere pek çok hastane yeşil kart sahiplerini mümkün olan en az düzeyde hastanesine kabul etmek çabası içindedir (Maral, 1995,126).

Türkiye’de tasarlanan sigorta sistemi ile ilgili olarak ayrıca Sağlık Sigortası İdaresi’nin kurulması düşünülmüştür. Bu kurul idari ve mali açıdan özerk olup, Başbakanlığa bağlı olacaktır. Sağlık Sigorta İdaresi, üyeleri için özel sigorta şirketleri satın alınması yoluna gidecektir Ancak özel sigortacılık bir tekelleşmeye doğru gitmektedir. Örneğin İngiltere’de üç özel sigorta şirketi pazarın yaklaşık % 100’ünü elinde tutmaktadır (Ardıç vd., 1992, 33).

GSS' yi uygulamada karşılaşılabilecek en önemli sorun prim toplamada yatmaktadır. Nüfusun % 40'a yakın bir bölümünün herhangi bir sosyal güvenlik şemsiyesinden yoksun oluşu, üstelik bu kesimin büyük bir bölümünün düşük gelirli, önemli bir bölümünün de işsiz oluşu prim toplamayı büyük ölçüde güçleştirecektir (Şenatalar,1991,11) . GSS ile ilgili olarak yapılması gereken bir diğer önemli tespit; oluşturulacak fonun ne şekilde denetleneceğinin belirlenmemiş olmasıdır. Bu nokta son derece önemlidir. Çalışan sınıfların taban ve kitle örgütlerinin denetimine kapalı bir fonun kullanılış amaçları açısından halk sağlığı yönündeki harcamalara ayrılmasından emin olabilmek imkânsızdır (Ardıç, 1992, 42–43).

Kısaca, GSS toplumun çalışan kesimi için bir nevi ek vergi olarak görülmektedir. Bunalan ekonomik yapı içerisinde bütçeleme politikalarının çizdiği mali portre çerçevesinde artık bütçe içinde kaynak aktarımları ile sağlık hizmeti finanse etmenin yolu tıkanıdığı için GSS ile halktan toplanacak paranın sağlık alanında kaynak yaratacağı beklenmektedir.

### **8.5. Sağlık Bilgi Sistemleri**

Reformlar kapsamında ulusal düzeyde sağlık politikası geliştirmek ve değerlendirmek, sağlık kaynaklarını dağıtmak, sağlık hizmetlerinin performansını ölçmek, izlemek ve değerlendirmek, sağlık hizmeti çıktılarını izlemek ve ulusal ve uluslar arası bildirim ihtiyaçlarını karşılamak üzere bir sağlık bilgi sistemi kurulması amaçlanmıştır (Özdemir, 2001, 289).

Türkiye'de Sağlık Enformasyon Sistemi (SES)'nde bir durum değerlendirmesi yapıldığında şunları görürüz: Bakanlık bünyesinde halen toplanmakta olan verilerin kalitesi düşüktür. Toplanan bilgilerin doğruluğu ve güvenilirliği irdelenmemektedir. Verileri hazırlayan kişilerin bilgi ve eğitim düzeyleri de toplanan verilerin kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir. Türkiye'de sağlık politikalarının üretilmesi ve hizmet sunumlarının planlanmasında elde var olan veriler yeterli ve gerekli düzeyde kullanılmamaktadır. Kullanılanlar ise farklı bilimsel araştırmaların sonucunda elde edilmiştir (T.C.Sağlık Bakanlığı I.Ulusal Sağlık Kongresi, 1992,11).

Türkiye’de SES’ de böyleyken konuya daha ayrıntılı baktığımızda şu sorunlarla karşılaşmaktayız (T.C.Sağlık Bakanlığı I.Ulusal Sağlık Kongresi, 1992, 11–14):

- (1) Bakanlık bünyesinde karar verme ve uygulamayı destekleyecek sağlıklı bir Yönetim Enformasyon Sistemi yoktur.
- (2) Bakanlıkta çeşitli düzeylerde bulunan yöneticilerin alt görev tanımlarında ve iş analizlerinde eksiklikler ve yetersizlikler var.
- (3) Hizmetin denetim ve değerlendirilmesinde somut ve/veya ölçülebilir kriterlerin olamaması, hizmetin denetimi başta olmak üzere planlanma çalışmalarında, hedeflerin saptanmasında ve personel politikasında sorunlar yaratmakta, bölgeler arasındaki dengesizliklerin oluşmasına ve/veya sürdürülmesine yol açmaktadır.
- (4) Mevcut bilgi sisteminde geribildirim yapısı net olarak yer almadığı için çeşitli düzeydeki personelde bir motivasyon eksikliği olmaktadır. Bu durum da hizmetin tam olarak verilmesine mani olmaktadır.
- (5) Çağdaş teknolojik uygulamaların yer aldığı çeşitli ülkelerde merkeziyetçi yapıdan kayılarak, dağıtılmış denilen ve merkez dışında karar yetkisine sahip ama kendi aralarında ve merkez ile bilgi alışverişinde buldukları bir sisteme doğru gidilmektedir. Hâlbuki bugünkü SES tümüyle merkeziyetçi bir yapıdadır.
- (6) Toplanan veri ve üretilen bilgiler istatistik bülteninden öteye geçememektedir. Bu yüzden de bilgiler gerekli hız, zaman ve sürede yayılamamakta, çeşitli düzeylerdeki yöneticilerin sağlıklı karar alabilmeleri için onların istifadelerine sunulmamaktadır.
- (7) Türkiye için sağlık alanında gerek duyulan veri ve bilgilerin cinsini kalitesini, kaynaklarını ve toplama sıklığını belirleyecek bir yapının oluşma nedenleri arasında; gerekli mevzuatın bulunmayışı, kuruluşlar arasında iletişim ve koordinasyon eksikliği ve en önemlisi hizmetin gerektirdiği analiz ve tasarıma dayalı bir bilgisayar destekli SES’ in olmayışı gelmektedir.
- (8) SES aslında disiplinler arası bir konudur. Ama bu güne kadar ki uygulamalarda buna yeterince ilgi gösterilmemiştir.
- (9) Bakanlık ve bağlı teşkilatın her kademesinde, görevleri arasında yönetim fonksiyonu da olan elemanların bu fonksiyonu yerine getirecek bilgi birikimi ve eğitime sahip olmayışı da bir sorun olarak gözlenmiştir.

Tüm bu sorunlara çözüm bulmak amacıyla da SES reformu düşünülmüştür. Reformlar kapsamında ulusal düzeyde sağlık politikası geliştirmek ve değerlendirmek, sağlık kaynaklarını dağıtmak, sağlık hizmetlerinin performansını ölçmek, izlemek ve değerlendirmek, sağlık hizmeti çıktılarını izlemek, ulusal ve uluslar arası bildirim ihtiyaçlarını karşılamak üzere bir SES oluşturulması amaçlanmıştır. Bu enformasyon sistemi amaçlara yönelik olarak alt sistemleri kapsayacak şekilde dört ana bileşenden oluşacaktır (T.C.Sağlık Bakanlığı I.Ulusal Sağlık Kongresi, 1992, 16–20):

**(1) Temel Sağlık İstatistikleri Modülü (TSİM):** Buradaki amaç sağlık alanındaki tüm verilerin ve raporların nesnel ölçütler içerisinde yeniden gözden geçirilmesi, lüzumsuz ve tutarsızların elenmesidir. 1995 yılında başlayan TSİM çalışmalarıyla 80 il sağlık müdürlüğüne ve Bakanlık teşkilatına yerel ağlar kurulmuştur. Amaç ülke çapında temel sağlık istatistik ve göstergelerinin güncel ve güvenilir biçimde elde edilmesidir. Bu yönde çalışmalar devam etmektedir.

**(2) Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi:** Bu sistem dört öğeden oluşmaktadır. Bu sistem Sağlık Bakanlığı'nın elindeki insan gücü, malzeme ve parasal kaynakların izlenmesinde ve yönlendirilmesinde gereken doğru ve güncel bilgi desteğini değerlendirilmiş ve özetlenmiş olarak yine her düzeydeki karar vericiye sunmayı hedeflemektedir.

**(1) Finansal Kaynakların Yönetimi Sistemi:** Amaç bütçelemeye dair bilgilerin, hesap bilgilerinin, inşaat işlerinin, değer ve fiyat bilgilerinin, üretim bilgilerinin modüllerini oluşturmaktır.

**(2) Malzeme Kaynaklarının Yönetimi Sistemi:** Buradaki amaç ise stoklama, tıbbi araç ve ilaç sağlanması ile bunlara dair mevcut bilgileri saptamaktır.

**(3) İnsan Kaynakları Yönetimi Sistemi:** Amaç eğitim, disiplin, maaş, kadro, donatım, sicil, terfi konularıyla ilgilenmek, mevcut sorunları saptamaktır.

**(4) İlaç ve Eczacılık Bilgi Sistemi:** Amaç firma, bilgi, mesul müdür, preparat, kozmetik, eczaneler, ecza depoları, kontrole tabi maddeler bilgi sistemini oluşturmaktır.

**(5) Hastane Yönetim Bilgi Sistemi:** Hastaneler hakkında her türlü bilgiyi elde etmek için düşünülmüştür. Hastanelerin mevcut donanımından, eğitim sistemlerine kadar tüm bilgileri toplamaya amaçlamıştır. Böylece Sağlık Bakanlığı tarafından zorunlu



olarak yürütülen izleme ve denetimlerde, ayrıca kurumlar arası ve kurumlarla Bakanlık arasındaki bilgi aktarımlarında tutarlılık sağlanacaktır. Bu kapsamda, temel hastane yönetimi işlevlerini kapsayacak bir bilgi tanımı yapılmış ve devlet hastanelerine bilgi sistemleri alımında yazılım, donanım, eğitim ve proje yönetimi bakımlarından nitelik güvencesini sağlayacak temel ilkeleri tanımlayan bir doküman hazırlanarak tüm Sağlık Bakanlığı Hastanelerine dağıtılmıştır.

(6) Temel Sağlık Hizmetleri Bilgi Sistemi: Buradaki amaç ise sağlık merkezleri, tüberküloz dispanserleri, anne ve çocuk sağlığı ve aile planlama merkezleri hakkında gerekli bilgileri toplamaktır. Bu sistemde görevlendirilenlerle temel sağlık istatistikleri modülünde ve çekirdek kaynak yönetim sisteminde görev alanlar yakın ilişkiler içinde olmalıdırlar.

Tüm bu sistemlerin yaşama geçirilmesi ve elde edilen bilgilerin sağlıklı bir şekilde kodlanıp, bilgisayar sistemine de geçirilmesiyle Türkiye’de SES’ de bir takım düzelmeler yaşanabilir. Ancak SES’ in kullanılması için öncelikle bu konuda bilgili, duyarlı sağlık yöneticileri yetiştirilmelidir. Yedinci beş yıllık kalkınma planına göre de hizmet kademeleri arasında gerçekçi ve doğru bilgi akışının sağlanması amacıyla bir sağlık enformasyon sisteminin geliştirilmesi ve bireylerin sağlık sicillerinin yer aldığı tek tip kayıt sistemi oluşturulması planlanmaktadır (VII. BYKP, 1995, 47).

Tüm bu önlemler alındığı takdirde Türkiye’de sağlık alanındaki enformasyon problemlerinin azalacağı savunulmaktadır. Bunun için hazırlanan önerilerin hayata geçirilmesinin gerekliliği üzerinde durulmaktadır.

### **8.6. Örgüt ve Yönetim Reformu**

Planlanan yönetim reformları ile Bakanlık merkez örgütü ve il yöneticilerine yönetim eğitimi sağlayarak, Sağlık Bakanlığı’nın yönetsel kapasitesinin güçlendirilmesi ve örgütsel gelişimine destek olunması amaçlanmaktadır. Yönetim eğitimleri yoluyla, yöneticilerin değişikliklere uyum sağlayabilmesi, kaynakları etkin ve verimli yönetebilmesi gelecekte sağlık sektörünün ihtiyaçlarını kapsayabilmesi ve sorunlara uygun çözümler geliştirilmesi yönünde bilgi ve yeteneklerinin geliştirilmesi hedeflenmektedir (Health Sector Reforms In Turkey, 1997, 44).

Sağlık sektöründe eğitimin rolü tartışılmaz. Bu yüzden hastane çalışanlarına da eğitim kursları verilmektedir. Ayrıca bu eğitim çalışmaları uzmanlar tarafından

verilmeli ve sonuçları değerlendirilmelidir. Fakat bu kursların saatlerinin iyi ayarlanması böylece çalışanların tümünün bu kurslara katılımının sağlanması üzerinde durulması gereken konular arasındadır.

### **8.7. İnsan Kaynakları Reformu**

İnsan kaynakları reformu ile yeterli bilgi ve beceri düzeyinde, yeterli motivasyona ve özelliklere sahip, yeterli sayıda insanın, doğru yerde ve zamanda, uygun maliyetle istihdam edilmesi ve böylece kaliteli, verimli ve etkin bir hizmet sunumu amaçlanmaktadır. Genel hatları bu şekilde belirlenen insan kaynakları reformunun sağlık alanına uygulandığında bir takım özel amaçları ortaya çıkar. Bu amaçlar şunlardır:

Demografik hizmet kullanım ölçütlerini ve mali kısıtlılıkları dikkate alarak iş yükü ilkelerine dayanan akılcı bir insan kaynakları planlama sistemi tasarlamak; Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmetleri yönetimi ve sunumunda reformları uygulayabilecek kapasitede olabilmesi için bir insan kaynakları planlama aygıtı geliştirilmesi. Az gelişmiş bölgelerde çalışmayı teşvik eden bir ödüllendirme sisteminin tasarlanması, desantralize insan kaynakları planlaması ve yönetim yeteneği oluşturarak il sağlık yönetimlerinin insan kaynakları planlamasına aktif katılımının sağlanması. Sağlık personeli için temel eğitim sistemi geliştirilmesi ve Dünya Sağlık Örgütü'nün herkes için sağlık hedefleri ve sağlık personeli için bir sürekli eğitim sistemi geliştirilmesi çağdaş mesleki uygulamaların gerektirdiği özellikleri içerecek şekilde, sağlık personelinin iş tanımlarının ve sorumluluklarının güncelleştirilmesidir (Health Sector Reforms In Turkey, 1997, 44).

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda da sağlık insan gücünün bölgelere arası ve kır-kent düzeyinde dağılımı ile meslekler ve meslek içi ihtisas alanları itibarıyla dağılımının dengeli hale getirilmesi amacıyla etkili insan gücü planlaması yapılması önerilmiştir. İş yükü esasına dayalı kadro standartlarının geliştirilmesi, meslek gruplarının görev, yetki ve sorumluluklarının yeniden düzenlenmesi ve personelin dengeli dağılımını sağlayacak bir ücretlendirme sistemine geçilmesi düşünülmüştür. Ülke şartlarına uygun sağlıkta insan gücü yetiştirmek amacıyla, eğitim müfredat programlarının gözden geçirilmesi, mezuniyet sonrası sürekli eğitim ve hizmet içi eğitimin kurumsallaştırılması, sağlıkta insan gücünü yetiştiren ve

kullanan kurumların birlikte temsil edildiği sürekli bir izleme sisteminin geliştirilmesidir. İhtiyaç duyulan bu yeni tip insan gücünün yetiştirilmesi için ise düzenlemeler yapılması teklif edilmiştir (VII. BYKP, 1995, 46–47).

Bilindiği gibi sağlık sektöründe çalışanların hastayla birebir ilişkileri olduğu için motivasyonları çok önemlidir. Çalışanların motivasyonunun sağlanması için ise yukarıda bahsedilen hususların üstünde önemle durulmalıdır. Sağlık Bakanlığı'nın bu konudaki çalışmalarını hızlandırmasının ve bu konuya gereken önemi vermesinin sağlık sektörü için oldukça olumlu sonuçlar doğuracağı düşünölmektedir.

## 9. ULUSAL VE ULUSLARARASI BELGELERDE SAĞLIK HAKKI

Araştırmanın bu bölümünde yaşama hakkı, sağlık hakkı, uluslararası ve ulusal belgelerde sağlık hakkı incelenmiştir.

### 9.1. Yaşama Hakkı

Haklar, hukuk düzeninde çok çeşitli görünümde ortaya çıkar: Yurttaşların devlete karşı sahip oldukları haklar var. Anayasa, özellikle ikinci kısmında "temel haklar ve ödevler" başlığı altında kişilere bu nitelikte haklar tanımış bulunuyor. Anayasanın Madde 12/1 hükmüne göre;

"Herkes, kişiliğine bağlı, dokunulmaz, devredilmez, vazgeçilmez temel hak ve hürriyetlere sahiptir." Bu haklar yaşama hakkı, kişi dokunulmazlığı, düşünme ve inanç özgürlüğü, özel hayatın korunması, seyahat ve yerleşme özgürlüğü gibi kişisel; ailenin korunması, çalışma ve sözleşme özgürlüğü, sosyal güvenlik hakkı, öğrenimin sağlanması gibi sosyal ve ekonomik; vatandaşlık, seçme ve seçilme hakları, dilekçe hakkı, kamu hizmetlerine katılma hakkı gibi siyasal nitelikte haklardır. Kişilerin yaşamı, sağlığı, vücut bütünlüğü, özel hayatı, haberleşmeleri, şeref ve haysiyeti, bilimsel ve mesleki kimliği, mali itibarı, toplum içindeki yeri gibi hususlardan oluşan maddi, manevi, hatta ekonomik varlıkları üzerindeki egemen durumlarından kaynaklanan kendi "kişilik üzerindeki hakları" vardır.

Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesinin İkinci maddesinde "Yaşama Hakkı": "Herkesin yaşam hakkı yasanın korunması altındadır. Yasanın ölüm cezası ile cezalandırdığı bir suçtan dolayı hakkında mahkemece hükmedilen bu cezanın yerine getirilmesi dışında hiç kimse kasten öldürülemez." Denmektedir.

Yaşamak yalnız soluk almak, kalbin çarpması, bedenın fizyolojik süreçlerinin işlemeına anlamına gelmez. "Sağlıklı Yaşama Hakkı" ile bütünlenir ve var olur. Yaşama hakkı insanın en vazgeçilmez haklarından biridir (Sütlaş, 2006, 5).

"Sağlıklı Yaşama Hakkı"nın gereği olan sağlık hizmetinin belirli kurallara göre, düzenli bir şekilde sürdürülmesi herkesin yararınadır. Bunu sağlayan düzenleme ve denetimin, sosyal niteliği nedeniyle vatandaşın sağlığıyla ilgili hizmeti doğrudan üstlenme durumunda olan devlet ve onun yürütme erkini kullanan hükümet tarafından yerine getirilmesi bir zorunluluktur. Devlet ve hükümet bu görevi yerine

getirirken, hizmetten yararlananların temel insan hakları ilkelerini ve kaynağını bundan alan uluslar üstü yazılı belge ve sözleşmeleri dikkate almak durumundadır.

## **9.2. Sağlık Hakkı Kavramı**

Sosyal güvenlik kavramı içinde yer alan sağlık hakkı temel insan haklarının başında yer alır. Klasik anlatımıyla ifade edilirse, insan insan olması sebebiyle temel haklara sahiptir. Bu haklar ekonomik, sosyal, kültürel ve siyasal haklar olarak çeşitli şekilde sınıflandırılabilir. Yaşama hakkı ise bunların en önde gelenidir. Zira bu hak olmadan diğerlerinin olması mümkün değildir. Sağlık hakkı da yaşama hakkı kadar önemlidir; bu hak sağlanmadıkça diğerlerinin gerçekleşme ve kullanılma şansı yoktur. İkinci kuşak insan hakları içinde yer alan sağlık hakkı, kişinin toplumdan ya da devletten sağlığının korunmasını, geliştirilmesini, hastalık durumunda tedavi edilmesini isteme ve toplumsal sağlık kuruluşlarından yararlanma hakkı olarak tanımlanmaktadır (Sağlık Çalışma Grubu Dönem Raporu, 2006, 1). Kişinin sağlıklı bir şekilde yaşaması, hastalığı çıkaran nedenlerin ortadan kaldırılması, hastalandığında gerekli tüm iyileştirme olanaklarının sağlanması ve ölmesine izin verilmemesi en temel haklarından biridir.

İnsanlığın yaşadığı uzun deneyimlerden sonra insanın sağlıklı yaşama hakkının artık tartışmasız bir olgu olduğu söylenmelidir. Öyle ki geride bıraktığımız yüzyılın ortalarına kadar, şimdi bir ilaç veya aşıyla önleyebildiğimiz çiçek, kızıl veya kızamık gibi hastalıklardan milyonlarca insanın hayatını kaybettiği bilinmektedir. Gerçekten insanın sağlıklı yaşam hakkı artık tartışmasız bir olgudur fakat bu hakka ne ölçüde ulaşılabildiği başlı başına bir tartışma konusudur.

Sağlık hakkı kişinin toplumdan devletten sağlığının korunmasını gerektiğinde tedavi edilmesini, iyileştirilmesini isteyebilmesi, toplumun sağladığı imkânlardan faydalanabilmesi olarak tanımlanmaktadır (Okur, 1992, 171–180).

### **9.2.1. Uluslararası Belgelerde Sağlık Hakkı**

Araştırmanın bu alt başlığında uluslararası belgelerde sağlık hakkı incelenmiştir.

### 9.2.1.1. Uluslararası Sağlık Örgütü Anayasası

1907’de kurulan uluslararası Kamu Sağlığı Ofisi’nin görevlerine destek olmak amacıyla, Birinci Dünya Savaşı sonrası Milletler Cemiyeti bünyesinde Sağlık Komitesi oluşturulmuştur. Daha sonra 1946’da bunların birleşmesiyle New York’ta Uluslararası Sağlık Örgütü kurulmuştur. Bu örgütün Anayasasının başlangıç bölümünde “Sağlık sosyal, zihinsel ve fiziksel açıdan iyi durumda olma hali” olarak tanımlanmıştır (Okur, 1992, 13).

### 9.2.1.2. İnsan Hakları Evrensel Bildirisi

İnsan haklarının somutlaşması ve yazılı hukuka yansımaları son yılların ürünüdür. Önce yeniçağ filozoflarının düşüncelerinden oluşan bu haklar yavaş yavaş toplumların yaşamlarında değer kazanmaya başlamış ve kural niteliklerini kazanmışlardır. Devletler kendilerini bu kurallara bağlı sayarak önce kendi vatandaşlarına kimi haklar tanımışlar ya da tanımak zorunda kalmışlardır. Sonra insanın bu niteliğinden ötürü her yerde bu hakka sahip olması düşüncesini benimsemişler. Bunu gerekli ve yararlı görerek nerede olursa olsun insan hakları ile ilgilenmek yoluna gitmişlerdir. Böylesi bir sürecin ürünü olan insan hakları evrensel bildirisinin (Doğru, 1998, 1) 25. maddesinde sağlık hakkı tanımlanmaktadır. Bahsedilen maddeye göre “(1) Herkesin gerek kendisi gerekse ailesi için yiyecek, giyim, konut, tıbbi bakım, gerekli, toplumsal hizmetler dâhil olmak üzere, sağlık ve gönencini güvence altına alacak, uygun bir yaşam düzeyine ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık veya geçim olanaklarından iradesi dışında yoksun bırakacak öteki durumlarda güvenliğe hakkı vardır. (2) Analık ve çocukluk özel bir özen ve yardım görmek hakkına maliktir. Bütün çocuklar evlilik içinde veya dışında doğsunlar, aynı toplumsal korunmadan yararlanırlar.”

### 9.2.1.3. Uluslararası Çalışma Örgütü’nün Faaliyetleri

Yıllardır bir uzmanlık kuruluşu olarak çalışma hayatı konusunda faaliyetlerde bulunan Uluslararası Çalışma Örgütü’nün Anayasasının başlangıcında “işçilerin genel ve mesleki hastalıklara ve iş kazalarına karşı korunmaları” hükmü de yer almaktadır (Okur, 1992,16). Örgüt Anayasasında yer alan bu hakların sağlanması için çeşitli faaliyetlerde bulunmaktadır. Toplumsal güvenlik hakkına ilişkin bu

faaliyetlerin en önemlisi 1952 yılında kabul edilmiş olan Toplumsal Güvenliğin En Az Düzeyine İlişkin 102 Sayılı Sözleşmedir. Birden fazla bölümden oluşan sözleşmenin bölümlerinden her biri toplumsal güvenliğin ayrı bir dalını kapsamıştır. Ele alınan risk ve durumlar şunlardır: hastalık halinde sağlık yardımı, hastalık halinde tazminat, işsizlik, yaşlılık, iş kazası ve meslek hastalıkları, analık, sakatlık, ölüm ve aile yardımları (Şakar, 1998, 18–20).

Çeşitli tarihlerde alınan tavsiye kararları ile işçi sağlığı ve iş güvenliği bakımından önemli adımlar atılmıştır. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) Birinci Dünya Savaşı sırasında iş yerlerinde kullanılmaya başlayan ve giderek yaygınlaşan işyeri hekimliği konusunda da önemli görevler üstlenmiştir. Yine meslek hastalıklarının tanımı, çerçevesi, alınacak tedbirler konusunda da, çeşitli tavsiye kararları ve konvansiyonlar ile önemli katkı sağlanmıştır (Centel, 1997, 20).

Uluslararası Çalışma Örgütü tarafından çevre ile ilgili çalışmalarda yapılmaktadır. Ülkemiz 1932 yılından beri Uluslararası Çalışma Örgütü'ne üyedir; fakat faaliyetlere katılım ve yükümlülüklerine uyma konusundaki çalışmalar son yıllarda hız kazanmıştır.

#### **9.2.1.4. Roma Anlaşması**

Anlaşmanın giriş bölümünde, üye devletleri, Avrupa'yı bölen engelleri azaltarak ekonomik ve sosyal gelişmeyi garanti altına almayı ve Birlik yurttaşlarının çalışma ve yaşam koşullarının iyileştirilmesinin değişmez hedefleri olacağını garanti ettikleri belirtilmektedir. Ekonomik konuların ağırlıklı olarak yer aldığı kurucu anlaşmanın girişinde Avrupa ülkelerinin sosyal gelişmelerinin garanti altına alınması ve “yaşam koşullarının iyileştirilmesi” konularına değinilmiş olmasına karşın sağlık ve sağlık politikaları ile ilgili ayrı bir madde bulunmamaktadır. Ancak, sosyal hükümlerle ilgili bölümde yer alan 118. maddede, Komisyonun üye devletler ile sosyal alanda yakın işbirliğini geliştirmek görevini üstleneceği hükme bağlanırken, üstünde özellikle durulacak konular arasında “ mesleki kaza ve hastalıkların önlenmesi” ve “mesleki hijyen”den söz edilerek sağlığa dolaylı şekilde değinilmiştir. Avrupa Birliğinde “yaşam kalitesinin yükseltilmesi” hedef olarak benimsendiği halde, mevzuatında bu hedefe ulaşmada önemli unsur sayılabilecek insan sağlığına ilişkin politika ve hizmetlerin iyileştirilmesine doğrudan değinen madde

bulunmaması, Birliğin sosyal gelişmesi açısından bir engel olarak görülmüş ve bu eksikliğin, Birlik üyesi bazı ülkelerin(Danimarka ve Lüksemburg) Roma anlaşmasına sağlık ile ilgili bir madde konulması önerisiyle giderilmesi girişimleri başlatılmıştır (DPT, 1997, 4).

#### **9.2.1.5. Avrupa Sosyal Şartı**

Bu yasa, Avrupa'nın yüzyıllara dayanan uzun bir toplumsal birikiminin bir ürünüdür. İki büyük Dünya Savaşı sonrası olduğu için, yeni Avrupa'nın, onun çalışanlarına dönük savaş sonrası atılımların önemli bir belgesidir. 18 Ekim 1961 tarihinde İtalya'nın Torino kentinde Avrupa Konseyi'ne üye on üç ülkenin yetkili temsilcileri tarafından imzalanan Toplumsal Temel Yasa 26 Şubat 1965 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Ülkemiz bu anlaşmayı uzun süre sonra, Haziran 1989'da onaylamıştır (Kutal, 1989, 493).

Toplumsal Temel Yasanın 12. maddesinde sosyal güvenlik hakkı ele alınmış, 13.maddede ise sağlık ve toplumsal yardım düzenlenmiştir. Sağlık hakkı maddede şu şekilde düzenlenmiştir (Doğru, 1998, 164): “Toplumsal ve tıbbi yardım hakkının etkin bir şekilde kullanılmasını sağlamak için imzacı taraflar, yeterli olanağı bulunmayan ve kendi çabasıyla ya da başka kaynaklardan, özellikle bir toplumsal güvenlik sisteminden yararlanarak böyle bir olanak sağlayamayan herkese yeterli yardımı sağlamayı ve hastalık durumunda bu durumun gerektirdiği bakımı sunmayı; bu yardımı görenlerin, bu nedenle siyasal ve toplumsal haklarının kısıtlanmasını önlemeyi; herkesin, kişisel olarak ya da ailece içinde bulunduğu gereksinimleri önlemek, gidermek ve azaltmak için gerekebilecek tavsiyelerle kişisel yardımların uygun kamusal ve özel hizmetler eliyle alabilmesini sağlamayı; bu madde içinde yer alan hükümleri ülkelerinde yasal olarak bulunan imzacı öteki devlet uyruklarına eşit olarak uygulamayı, üstlenir”.

#### **9.2.1.6. Ekonomik, Toplumsal ve Kültürel Haklar Uluslar arası**

##### **Sözleşmesi**

Yukarıda bahsedilen İHEB'in hukuksal bağlayıcılığı olmayan ve imzacı devletlere yalnız moral ve iyi niyet açılarından baskılar getirebilen bir belge olması sebebiyle İHEB'de açıklanan ilkelerin gerçekten uygulanırlık ve yaygın geçerlilik



kazanabilmesi için bağlayıcı niteliği olan ve kimi yaptırımları da öngören çalışmalara ve somutlaşmış belgelere gereksinim duyulmuştur. Bu gereksinimin sonucu olan bu sözleşme 1966'da New York'ta imzalanmıştır. Sözleşmenin 9.maddesinde sosyal güvenlik hakkı düzenlenmişken, 12.maddesinde sağlık hakkı yer almıştır (Okur, 1992, 10) .Bahsedilen maddeye göre: “Bu sözleşmeye taraf devletler herkesin erişilebilir en yüksek bedensel ve ruhsal sağlık standartlarından yararlanma hakkını tanır. Bu sözleşmeye taraf devletlerce bu hakkı tam olarak gerçekleştirmek üzere yapılacak girişimler şunlardır. Ölüm doğum oranı ve çocuk ölümlerinin azaltılması ve çocuğun sağlıklı gelişmesi için önlemler alınması. Çevre ve endüstri sağlığının her bakımdan iyileştirilmesi. Salgın ve yöresel hastalıklarla, meslek hastalıkları ve öteki hastalıkların önlenmesi, sağaltımı ve denetlenmesi. Hastalık durumunda herkese tıbbi hizmet ve bakım sağlayacak koşulların yaratılması için gerekli olan önemleri içerir”.

#### **9.2.1.7. Kişisel ve Siyasal Haklar Uluslararası Sözleşmesi**

Ekonomik, Toplumsal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi gibi 1961 yılında New York'ta imzalanan bu sözleşmede sağlık hakkına değil sadece sağlıklı yaşama hakkına yer verilmiştir. Sözleşmenin 6.maddesinde (Okur, 1992, 18),”Her insanın niteliğinden gelen yaşama hakkı vardır. Bu hak yasayla korunur. Kimse keyfi olarak yaşamından yoksun bırakılmaz.”denilmektedir.

Söz konusu sözleşmede ayrıca ailenin korunması ve çocuk hakları ile ilgili hükümler yer almaktadır.

#### **9.2.1.8. Beyaz Kitap (White Paper)**

Avrupa Birliği mevzuatının yürütmeye yönelik olarak hazırladığı Beyaz Kitap ile halk sağlığı konusunda önemli girişimler başlatılmıştır. Avrupa Birliği'nin başlıca halk sağlığı sorunları olan kanser, kardiyovasküler hastalıklar, AIDS, uyuşturucular gibi konularda Avrupa Birliği Komisyonunca bir dizi karar, direktif, yönerge, tavsiye kararı, ilke kararı gibi üye ülkeler açısından bağlayıcılığı olan ya da olmayan mevzuat çalışmaları bulunmaktadır.

Avrupa Sosyal Politikalarının geliştirilmesi ve uygulanması amacıyla 27 Temmuz 1994 yılında Çıkarılan bu kitap, sosyal politikalar alanında bir kilometre

taşıdır. AB'ne üye ülkelerde sosyal politikaların, ekonomik politikaların tamamlayıcısı olarak ve eş zamanlı olarak geliştirilmesine yöneliktir. Bu politikaların içerisinde çalışma alanı, eğitim, barınma ve yaşama koşulları, işyerinde sağlık ve güvenlik, serbest dolaşım, kadın erkek eşitliği, sosyal güvenlik ve sosyal koruma ve halk sağlığında herkese eşit fırsat ve demografik yapı yer almaktadır.

Avrupa Birliği, özellikle sağlıkla ilgili olmak üzere çok sayıda pilot projelere ve programlara (Biomed, Life, AIDS, Kanser vb) finansal destek sağlamakta ve programlar arasında bilgi ve deneyim değişimini tavsiye etmektedir.

Beyaz Kitap (White Paper) halka sağlığı ile sosyal ve çevresel politikalar arasında önemli bağlantılar bulunduğunu belirtmektedir. Yoksulluk, işsizlik ve bunların sağlık üzerinde yarattığı olumsuz sosyal sonuçlarını, nüfusun dikkate değer bir biçimde yaşlanması ve demografik değişimlerle sağlık ve sosyal koruma sistemleri üzerinde oluşan baskıları, yürütülen sosyal entegrasyon çerçevesinde koruyucu ve rehabilite edici sağlık programlarının rolünü, çevresel koşulların sağlık üzerindeki etkilerini ve AB içerisindeki artan nüfus hareketliliğinden ve AB'ne göçlerden kaynaklanan sağlık sorunlarını içermektedir (DPT, 1997, 9).

#### **9.2.1.9. Helsinki Sonuç Belgesi ve Paris Şartı**

Siyasal, ekonomik ve toplumsal nitelikli uluslararası çalışmaların İkinci Dünya Savaşı sonrası ürünlerinden biri de Helsinki Sonuç Belgesi (1975) ve Paris Şartı (1990)'dır.

Helsinki Konferansının temel amacı Avrupa'da güvenliği sağlamak ve bu amaç başta olmak üzere ve herhangi bir fark gözetmeksizin ülkeler arasında iş birliğinin ilkelerini oluşturmaktır. Helsinki Konferansı sonuç belgesinde insan hak ve özgürlüklerinin yanı sıra sosyal güvenlik, sağlık gibi sosyal ve toplumsal konulara da yer verilmiştir (Talas, 1997, 254).

1990 yılında toplanan Paris zirvesi sonucu ortaya çıkan "Yeni Bir Avrupa İçin Paris Yasası" isimli belgede de sosyal güvenlik ve sağlık hakkının önemi vurgulanmış ve bu hakların sağlanması görevi imzacı taraflara yüklenmiştir.

### 9.2.1.10. Alma-Ata Konferansı

Dünya Sağlık Örgütü Assemblesi ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNİCEF) yürütme kurulunun kararı ve Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği'nin daveti üzerine, Temel Sağlık Hizmetleri ile ilgili konferans Kazak Cumhuriyeti'nin başkenti Alma-Ata'da 6–12 Eylül 1978 tarihleri arasında yapıldı. Konferansın amaçları arasında, bütün ülkelerde temel sağlık hizmeti fikrini geliştirmek, milli sağlık sistem ve hizmetlerinin geniş çerçevesi içinde, temel sağlığın geliştirilmesi ile ilgili deneme ve bilgi alışverişi yapmak, temel sağlığın ilgilendirdiği ve bu hizmetlerce daha iyi duruma getirilebileceği sürece, Dünyada halen mevcut olan tüm sağlık ve sağlık hizmetleri durumlarını değerlendirmek, temel sağlığın geliştirilmesine yönelik önerileri formüle etmek bulunmaktadır (Özdoğan, 2000, 27–29).

Konferans 134 ülkenin delegelerinin katılımı ile yapılmıştır. Konferans boyunca genel kanı, kaynakların Dünya çapında yeniden dağılımıyla toplumların sağlığı konusunda çok büyük değişiklikler yaşanabileceğiydi. Konferansta Türk hükümetinin temsilcileri de katılmışlar ve 224 Sayılı Kanunla uygulamaya konulan sosyalleştirme projesini değerlendirmişlerdir (Özdoğan, 2000,28).

Alma-Ata'da yapılan Temel Sağlık hizmetleri konulu Uluslararası Konferans sonrası, aşağıda önemli maddeleri belirtilen Alma-Ata bildirisi yayınlamıştır:

(1) Konferans yalnızca hastalığın ve sakatlığın olmasından daha çok tüm bir bedensel, ruhsal ve sosyal birliğin topluca oluşturdukları sağlığın temel insan haklarından biri olduğunu ve bununda mümkün olan en iyi seviyede tutulmasının Dünya çapında en önemli bir amaç olduğu ve bu amacın gerçekleştirilebilmesi için de, sağlık sektörüne ek olarak diğer birçok sosyal ve ekonomik sektörlerin çabalarını gerektirdiği gerçeğini bir defa daha vurgulamıştır.

(2) Sağlık hizmetlerindeki eşitsizliğin ve dengesizliğin gelişmiş ülkeler ile gelişmekte olan ülkeler ve özellikle sosyal ve ekonomik alanlarda bir varlık gösterememiş ülkeler arasında en yüksek derecesine ulaşması, bu durumu tüm ülkelerin ortak sorunu haline getirmiştir.

(3) Yeni uluslararası ekonomik düzene dayanan ekonomik ve sosyal gelişmeler tüm insanların tam bir sağlığın elde edilmesi ve gelişmekte olan ülkelerle, gelişmiş ülkelerin sağlık durumları arasındaki boşluğun kapatılması yönünden büyük bir

önem ifade etmektedir. İnsanların sağlıklarının geliştirilmesi ve korunması ekonomik ve sosyal kalkınmayı devam ettirme bakımından gerekli olup daha iyi bir yaşam seviyesine ve dünya barışının elde edilmesine katkısı vardır.

(4) Tüm insanların hem bireysel hem de toplum olarak kendi sağlık hizmetlerini planlama ve yürütülmesi işlerine katılmaları hakları ve görevidir.

(5) Hükümetler kendi halkının sağlığından sorumlu olup bu sorumluluklarını sadece uygun ve yeterli sağlık ve sosyal önlemler alma suretiyle yerine getirirler. Hükümetlerin, uluslararası örgütlerin ve önümüzdeki yıllarda oluşacak tüm dünya toplumlarının varacakları ana sosyal hedef tüm dünya insanları sağlık durumlarını, kendilerine sosyal ve ekonomik olarak verimli bir yaşama götürme olanaklarını verecek 2000 yılı sağlık durumuna kavuşmalarını sağlamak olmalıdır. İşte temel sağlık hizmeti, kalkınmanın bir parçası olarak, öyle bir hedefi eşitlik ruhu içinde, elde etmenin yoluna açılan kapının anahtarını oluşturur.

Yine bu konferansta 7 madde halinde sağlık için temel ilkeler saptanmıştır (Özdoğan, 2000, 29).

(1) Eğitim, sağlık açısından ana ve babanın eğitimi çok önemlidir. Eğitimli anneler daha sağlıklı çocuk yetiştirirler.

(2) Yeterli beslenme; dengeli beslenme yanında bu besinleri alacak parasal güce sahip olmakta gerekli bulunmaktadır.

(3) Temiz içme ve kullanma suyu sağlanması yanında kirli atıkların da insana ve çevreye zarar vermeyecek biçimde toplanması gerekmektedir.

(4) Ana ve çocuk bakımı devamlı periyodik olarak izlenmelidir.

(5) Bulaşıcı hastalıklara karşı aşı uygulaması yaygın ve etkin biçimde sürdürülmelidir.

(6) Salgın hastalıkların yayılmasına neden olan aracı taşıyıcılara karşı etkin bir mücadele yürütülüp bunlar ortadan kaldırılmalıdır.

(7) Her yerde acil sağlık yardımı ve gerekli ilaçlar hazır bulundurulmalıdır.

Bu ilkeler birer tıp merkezi, sağlık servisi ve ilk basamak tıbbi müdahale değildir. Bu ilkelerin amacı güçsüz ve çaresiz olanlara ulaşmaktır. Toplumların sağlıklı yaşayabilmesi için bu ilkelerin gerçekleştirilmesi şarttır. Bunun için sağlık örgüt ve imkânları içinde kalmamak her eve ve aileye erişmek şarttır. Sağlıklı yaşam için temel ilkeler bir toplumun eğitim, kültür, ekonomik ve sosyal yapısı ne olursa

olsun o toplumdaki insanların sağlıklı yaşamaları için yapılması gereken temel ve vazgeçilmez işlevlerdir.

#### **9.2.1.11. Tek Senet**

Avrupa Tek Senedi, Çevre ve Sosyal Politikalar ile ilgili hükümleri ile “yaşam kalitesinin yükseltilmesi” hedefini vurgulamakta ve Avrupa Birliğini salt ekonomik bir birleşme kimliğinden kurtarmaktadır. Senet’in çevreyle ilgili alt bölümünde, bu konuda girişilecek eylemlerin “insan sağlığını korumaya katkıda bulunmak amacını güden” maddesi ile insan sağlığı konusuna değinilmiştir.

#### **9.2.1.12. Avrupa Birliği Tıp ve Halk Sağlığı Araştırmalarında İşbirliği Anlaşması**

Birlik üyeleri kendi halklarının sağlığını koruma ve iyileştirme konusunda öz kaynakları ve deneyimleriyle birincil derecede sorumludurlar. Ancak sağlık hizmetlerinin sürekli artan gereksinimleri ve yüksek maliyetleri Avrupa Birliğinin desteğini gerektirmiştir. Avrupa Birliği Konseyi 1978 yılında üç adet “Birleştirilmiş Eylem” geliştirerek Topluluğun ilk “Tıp ve Sağlık Araştırmaları Programını” ortaya çıkarmıştır. 1980, 1982, 1987 ve 1989daki programlarda eylem sayısı 110’a ulaşmıştır. AB’nin Tıp ve Sağlık Araştırmaları kapsamında yer alan Dördüncü Çerçeve Programında (1994–1998) 2600 yeni proje finanse edilmiştir. Bu çerçeve programlarda yer alan araştırma konuları şunlardır: Radyasyondan korunmaya yönelik araştırmalar, medikal ve halk sağlığı araştırmaları, mesleki sağlık, hijyen ve iş güvenliği ile ilgili programlar, koruyucu hekimlik ve sağlık sistemlerinin koordinasyonunun geliştirilmesi, AIDS, kanser, kardiyovasküler hastalıklar, yaşlılık ve yaşla ilgili sorunlar, insan geni analizleri gibi konulardır (DPT, 1997, 5).

#### **9.2.1.13. Avrupa Sosyal Forumu**

2004 Ekim ayında Londra’da yapılan Avrupa Sosyal Forumu “sağlık hakkı” konusunda kapsamlı çalışmalara yer vermiştir. ASF Sosyal Hareketler Meclisi’nde tüm toplumsal hareketleri sağlık hakkını savunmak ve sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine karşı çıkmak yönünde yapılan çalışmalarda Avrupa Anayasasının

birçok devletin anayasasında bulunan sağlık hakkını kaldıran bir içeriğe sahip olduğu belirtilmiştir (www.sendika.org, 2006).

2005’de “Avrupa’da Sağlık Politikası” konferansında şu konular ele alınmıştır(www.sendika.org, 2006): **(1)** Avrupa’daki sağlık politikaları, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ve kar hedefi. **(2)** Bolkenstein direktifi ve GATS tehdidi altında. **(3)** AB ve diğer Avrupa ülkelerinde egemen sağlık politikaları **(4)** Özelleştirme karşıtı hareket **(5)** Kamusal, parasız sağlık hizmeti gerçekçi bir hedef midir? **(6)** Alternatifler ve meydan okumalar **(7)** Sosyal bir hak olarak sağlık hakkının korunması için bir Avrupa alternatifi.

### **9.2.2. Ulusal Belgelerde Sağlık Hakkı**

Araştırmanın bu alt bölümünde ulusal belgelerde sağlık hakkı incelenmiştir. Anayasalarda, yasalarda ve kalkınma planlarında sağlık hakkı ele alınmıştır.

#### **9.2.2.1. Anayasalarda Sağlık Hakkı**

Bu alt başlıkta anayasalarda sağlık hakkı incelenmiştir. 1961’den önce, 1961’de ve 1982 Anayasası’nda sağlık hakkı incelenmiştir.

##### **9.2.2.1.1. 1961 Anayasasından Önceki Düzenlemeler**

1961 Anayasasından önceki metinlerde sağlık hakkına yer verilmediğinden konuya burada kısaca değinilecektir.1808 tarihli Senedi İttifak, 1876 Anayasası, 1921 Anayasası ve 1924 tarihli Anayasa, 1961 Anayasası öncesi Anayasal düzenlemelerdir. Bu metinlerde kamu hakları düzenlenmiş, bireyi insan olarak korumaya yönelik haklara ilişkin düzenlemelere yer verilmiştir. Söz konusu belgelerde halkın korunmasına ilişkin düzenlemeler yer alsa da bunların amacı halkı kamu gücünün haksız müdahalelerine karşı korumaktır.

Osmanlı İmparatorluğu’nda anayasal gelişimin ilk adımı olan 1808 yılında kabul edilmiş olan Senet-i İttifak’ın yedinci koşulunda temel ilkenin fukaranın ve halkın korunması olduğu belirtilmekte ancak somut olarak bu güvencenin baskı, adaletsizlik ve haksız vergilere karşı olduğu vurgulanmaktadır. Senet-i İttifak merkezi hükümetin zayıflığının bir kanıtı olup, birkaç yıl içinde II. Mahmut merkezi

otoriteyi güçlendirince, bu belgenin hükümlerini tanımamıştır (Özbudun, 1993, 3–15).

İlk Osmanlı Anayasası olan 1876 tarihli Kanun-i Esasi'nin kişisel hakları düzenleyen maddelerinde herkesin şahsi hürriyete, mesken masuniyetine sahip olduğu, kimseye işkence ve eziyet yapılamayacağı belirtilmekte ancak başka haklardan, bu arada yaşam ve sağlık hakkından söz edilmemektedir (Kuzu, 1993, 21).

20 Ocak 1921 tarihli Teşkilatı Esasiye Kanununda ise devletin ana çatısına değinilmekte, milli egemenlik ilkesine yer verilmekte, fakat başka haklardan söz edilmemektedir. Bu Anayasayla, Kanun-i Esasi henüz resmen ilga edilmiş sayılmadığı için kısa bir metin olarak kaleme alınmış ve dönemin şartları gereği ülkenin idaresine ilişkin bir takım düzenlemelere yer verilmiştir (Özbudun, 1993, 285).

20 Nisan 1924'te TBMM tarafından kabul edilen 23 Nisan 1924 tarihinde yayınlanarak yürürlüğe giren 1924 Anayasası ise devletin temel kurumları yanında beşinci bölümünde kamu hürriyetlerine yer verilmiştir. Fakat Anayasada hürriyetler geniş ve ayrıntılı şekilde düzenlenmemiş, bunların adı sayılmak ve sınırlarının kanunla çizileceği belirtilmekle yetinilmiştir. Anayasanın 71. maddesinde... “cana, mala, ırza, konuta hiçbir türlü dokunulamaz...” denilerek can ve mal güvenliğine yer verilmiş, ancak bunlar sadece tecavüze karşı korunmuş, sağlıkla ilgili düzenlemelere doğrudan veya dolaylı yer verilmemiştir (Özbudun, 1993,11).

#### **9.2.2.1.2. 1961 Anayasası**

1961 Anayasası bundan evvelki Anayasal metinlerden farklı olarak haklar konusunda geniş düzenlemeler getirmiştir. Sosyal güvenlik ilk defa 1961 Anayasasında bir anayasal hak olarak yer almıştır (Yıldırım, 1994, 46). Anayasada hem yasama hem de sağlık hakkına yer verilmiştir. Fakat bunların da ötesinde sosyal devlet düşüncesi ve onun getirdiği kurumlar 1961 Anayasasının en önemli yeniliklerinden biridir. 1961 Anayasası gelişmiş kapitalist ülkelerde Birinci Dünya Savaşı sonrası anayasalara giren sosyal devlet anlayışını kendi bünyesine alarak, devlete vatandaşlarına asgari bir yaşam düzeyi sağlama görevini yüklemiştir (Yıldırım, 1994, 46–48)

Anayasanın 14.maddesinde yaşama hakkı düzenlenmişken, sosyal güvenlik ile ilgili 48.maddesi; “Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Bu hakkı sağlamak için sosyal sigortalar ve sosyal yardım teşkilatı kurmak ve kurdurmak devletin ödevlerindedir.” şeklindedir.

Anayasanın 49. maddesinde ise sağlık hakkı ile ilgili düzenlemelere yer verilmiştir:

“Devlet herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirler alır.”

Anayasada sağlık hakkı içinde düşünülmesi gereken başka hükümlerde bulunmaktadır: “...Devletin yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyacını karşılaması...” yükümlülüğü (AY.m.49), yurttaşın maddi ve manevi varlığının gelişmesinin olanaklarını sağlama yükümlülüğü, işkence ve insan onuruyla bağdaşmayan ceza yasası, ana ve çocuğun korunması için önlem alma yükümlülüğü, insanca çalışma koşulları sağlama yükümlülüğü, çocuklara, gençlere, kadınlara niteliklerine uygun iş olanağı yaratma yükümlülüğü, dinlenme hakkı, insan onuruna uygun bir yaşam seviyesi için elverişli ücret verme yükümlülüğü sağlık hakkı kapsamında değerlendirilmelidir (Yıldırım, 1994, 83).

1961 Anayasasının 53.maddesinde ise sosyal güvenlik ve sağlık hakkına bir sınır getirerek devletin bu ödevlerini iktisadi gelişme ve mali kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde yerine getireceğine işaret edilmiştir.

Sosyal hakları düzenleyen bölümde devletin bu ödevinin “iktisadi gelişme ve mali kaynakların yeterliliği” ölçüsüyle sınırlı olduğu vurgulanmışsa da buradan devletin mali yetersizlikleri ileri sürüp hiçbir şey yapmayacağı anlamı çıkarılamaz. Öncelikle asgari yaşam koşullarını sağlamak görevi bir kenara bırakılamaz. Herhalde sağlık hakkını bahsedilen asgari yaşam koşullarının en başlarında saymak gereklidir.

#### **9.2.2.1.3. 1982 Anayasası**

Son Anayasamızda yaşam hakkı temel haklar ve ödevler kısmının ikinci bölümünde yer almıştır. Anayasanın 17. Maddesindeki “Herkes yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir” şeklindeki düzenleme, bu



temel hakların dokunulmaz, devredilemez ve vazgeçilemez olmaları niteliği (AY.m.12) ile de desteklenmiştir.

Sağlık hakkı ise Anayasamızın sosyal ve ekonomik haklar ve ödevler başlıklı üçüncü bölümünde yer almıştır. Sağlık hakkını düzenleyen 56.maddesine göre “Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arttırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal yardım kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.”

1961 Anayasası ile 1982 Anayasası’nın sağlık hakkına ilişkin düzenlemeleri farklıdır. Şöyle ki 1961 Anayasası’nın ilgili 49.maddesinde “...herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşamasını ve tıbbi bakım görmesini sağlamak...” devlete ödev olarak verilmiş iken 1982 Anayasasının 56.maddesinin 1.fikrasında sadece “...herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkı...” olduğu vurgulanmış; beden ve ruh sağlığı ile tıbbi bakım fıkradan çıkarılmıştır.

Burada bir daraltma değil 2 açıdan genişleme ve somutlaşma olduğu ileri sürülür. Önce yeni düzenleme kişiyi birey olarak tek başına değil çevresiyle birlikte ele almaktadır. Yaşanan çevre sağlıklı değilse bireye ne kadar özen gösterilse gösterilsin, onu sağlığa kavuşturmak mümkün olmayacaktır. Kaldı ki madde bireyin sağlığının korunmasını da tümüyle göz ardı etmemiş, 3. fıkrasında “devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak... amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.” hükmüne yer vermiştir. (Okur, 1992, 23).

Devletin herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamakla görevli olduğu, sağlıkla ilgili bu düzenlemenin esasını oluşturur. Devlet bu görevi ifa ederken; insan ve madde gücünde tasarrufu ve verimi arttıracak, sağlık kuruluşlarını tek elden planlayacak, kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal yardım kurumlarından yararlanacak ve bu kurumları denetleyecektir. Yine sağlık

hizmetlerini yerine getirebilmek için gerektiğinde genel sağlık sigortası kurulabilecektir. Maddede bu kadar ayrıntıya girilmesi eleştirilmiştir (Yıldırım, 1994, 46–48). Amaç devletin herkesin beden ve ruh sağlığını gerçekleştirmesidir. Devlet bunu gerçekleştirirken o anda ülke koşulları neyi gerektiriyorsa ona göre bir sistem gerçekleştirecektir. Devlet bu arada vatandaşın da katkısını isteyebilir. Yeter ki bu katkı herkesin maddi gücü oranında yansıtılsın. Madde en basit şekliyle “herkes sağlıklı bir çevrede beden ve ruh sağlığı içinde yaşama hakkına sahiptir. Devlet bu hakkı sağlayacak önlemleri alır ve gerekli örgütlenmeyi sağlar.” biçiminde düzenlenebilirdi.

Anayasamızda sağlık hakkı ile birlikte düşünülmesi gereken haklara da yer verilmiştir. Konut hakkı, sosyal güvenlik hakları, çalışma hayatı ile ilgili haklar, ücrette adalet sağlanması, ailenin korunması gibi haklar sağlık hakkı kapsamında değerlendirilmelidir.

Öte yandan 1961 Anayasanın 53.maddesindeki sınırlamaya benzer bir düzenleme mevcut anayasamızda da yer almıştır. Anayasanın 65. maddesine göre “Devlet sosyal ekonomik alanlarda Anayasa ile belirlenen görevlerini, ekonomik istikrarın korunmasını gözeterek, mali kaynakların yeterliliği ölçüsünde yerine getirir.”

Anayasamızda belirtilen bu ölçüde hiçbir zaman devletin üzerine düşen görevlerden, ekonomik istikrar ve kaynak yetersizliği gibi gerekçeleri bahane ederek kaçması anlamına gelmemektedir. Sağlıklı yaşam hakkı tüm insanların en temel haklarından biridir ve bundan finansman yetersizliği nedeniyle vazgeçilemez. Gerekirse başka birçok harcama kaleminden kısıtlama yapılarak bu en temel ve gerekli hak yerine getirilmelidir. Yaşıyor olmak tek başına yeterli değildir; insan haysiyetine yaraşır şartlarda ve sağlıklı olarak yaşam temin edilmelidir.

Yaşama hakkının korunması sosyal güvenliğin sağlanması ile gerçekleşecektir. Sosyal güvenliği sağlayacak kuruluşların yasal düzenlemeleri “yaşama hakkı ile maddi ve manevi varlığı koruma ve geliştirme haklarını” zedeleyecek veya ortadan kaldıracak hükümler içermemelidir.

Anayasanın 56.maddesinin 3, 4, 5 fıkraları da devlete kişilerin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmelerini sağlamak için sağlık kuruluşlarının hizmetlerini düzenleme, denetleme ve organize etme gibi görevler yüklemiştir. Devlet kişilerin

yaşamlarını sağlıklı biçimde sürdürmeyi çeşitli sosyal güvenlik kuruluşları ile gerçekleştirecektir. Devlet için bir görev, kişiler içinde bir hak oluşturan bu amaç gerçekleştirilirken bu hakkı sınırlayıcı ve zayıflatıcı düzenlemeler Anayasasının 56.maddesine aykırı düşecektir.

### **9.2.2.2. Yasalarda Sağlık Hakkı**

Araştırmada bu alt başlıkta yasalarda sağlık hakkı incelenmiştir.

#### **9.2.2.2.1. Umumi Hıfzısıhha Kanunu**

Kanunun ilk maddesi ile ülkenin sağlık koşullarını iyileştirmek, halkın sağlığına zarar veren hastalık ve diğer zararlı etkenlerle mücadele etmek, yeni neslin sağlıklı olarak yetişmesini sağlamak ve halka sağlık ve sosyal yardımda bulunmak görevi devlete yüklenmiştir. Yine kanunun ikinci maddesinde genel sağlık ve sosyal yardım hizmetlerinin devletçe Sağlık Bakanlığı eliyle yürütüleceği ve bu alanlarda yerel yönetimlerce yerine getirilecek hizmetlerin de Bakanlık tarafından denetleneceği düzenlenmiştir.

Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülecek hizmetler, bütçeleriyle belirlenen sınırlar içinde kalmak şartıyla, çocuk ölümlerini azaltmak, doğumdan önce ve sonra ana sağlığını korumak, bulaşıcı ve salgın hastalıklarla mücadele etmek, hekimlik satanının yürütülmesini denetlemek, gıda, ilaç, zehirli, maddeleri, serum aşılı kontrol etmek, çalışma ve sanat sağlığını korumak, sağlık koruma kurumları, tahlil laboratuvarları ve sağlıkla ilgili müesseselere izin vermek ve denetlemek gibi görevler olarak sayılmıştır (m.3).

Kanun ile ayrıca Sağlık Bakanlığı'nın merkez ve taşra teşkilatı düzenlenmiş, görevin bu teşkilat eliyle yerine getirileceği belirtilmiştir. Ayrıca il özel idareleri ve belediyelerin sağlıkla ilgili görevleri sıralanmıştır.(m.5-6)

Salgın hastalıklarla mücadele, çocuklar ve gençliğin korunması, işçi sağlığı, yiyecek içeceklerin denetimi gibi önemli konulara da kanunda yer verilmiştir.

#### **9.2.2.2.2. Özel Hastaneler Kanunu**

Kanunda "Devletin resmi hastanelerinden ve hususi idarelerle belediye hastanelerinden başka, yatırılarak hasta tedavi etmek veya yeni hastalık geçirmişlerin zayıfları yeniden eski kuvvetlerini buluncaya kadar sıhhi şartlar içinde beslenmek ve

doğum yardımlarında bulunmak için açılan ve açılacak olan sağlık yurtları hususi hastanelerden sayılır” şeklindeki ilk maddesi ile özel hastaneleri tanımlamıştır.

Kanun hususi hastanelerin açılma şartları, teşkilatı, görevleri ile ilgili bölümler ve cezai hükümleri içeren bölümden oluşmaktadır.

Kanun 32. maddesi ile ani bir arıza veya kaza sonucu acele tedaviye muhtaç şahısların özel hastanelere müracaat veya nakillerinde hastanece derhal acele tedavilerini yapmak mecburiyeti getirilmiştir. Bu hastalardan fakir olanların yatırılarak tedavileri gerekiyorsa hastanenin parasız kısmına alınacakları düzenlenmiştir.

Günümüzde özel hastane sayısı hızla artmaktadır. 1993’te 129 olan özel hastaneler, 2000’de 261 ve 2005’e geldiğimizde 270’e ulaşmıştır. Açılma başvurusu Bakanlıkta bekleyen hastaneler de vardır (Sabah 12 Mayıs 2005).

#### **9.2.2.2.3. T.C. Emekli Sandığı Kanunu**

Asıl görevi emekli aylığı bağlamak olan Emekli Sandığının görevleri arasında sağlık hizmeti sağlaması da eklenmiştir. Kanunun geçici 139. maddesinde(100) emekli, adi malullük veya vazife malullüğü aylığı bağlanmış olanlara, bunların bakmakla yükümlü olduğu aile bireylerine, dul ve yetim aylığı alanlara kanunla düzenlenecek genel sağlık sigortası kapsamına alınacakları tarihe kadar sağlık yardımı yapılması öngörülmüştür. Sözü edilen muayene ve tedavi ilgililerin doktor muayenesini, gerekli görülecek hallerde teşhis için gereken klinik ve laboratuvar muayenelerinin yaptırılmasını, gerektiğinde sağlık kurumlarına yatırılmasını, tedavi süresince gerekli ilaç ve iyileştirme vasıtalarının sağlanmasını kapsar. Fakat ayakta veya meskende tedavi halinde kullanılacak ilaç bedellerinin %10’u hak sahipleri tarafından ödenir.

Emekli Sandığı Kanununun geçici 139. maddesinde, yurtdışında tedavi hali; tüberküloz, verem, kanser, kronik böbrek, akıl hastalıkları, organ nakli ve benzeri uzun süreli tedaviye ihtiyaç gösteren hastalıklarda hayati öneme sahip olduğu tespit edilen ilaçların bedellerinin tamamının sandıkça karşılanması; tedavi için gerekli protez ortez ve tıbbi araç ve gereçlerin karşılanması gibi önemli düzenlemelere de yer verilmiştir.

#### 9.2.2.2.4. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun

27 Mayıs 1960 darbesinin ardından kabul edilen Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanunun hazırlanmasında aşağıdaki politika kararları ilke olarak kabul edilmiştir (Fişek, 1991, 2–5). Sağlık hizmetinden herkes eşit şekilde yararlanacaktır; hastalar devlet bütçesinden ayrılan ödenek karşılığı sağlık hizmetinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına iştirak ederek yararlanacaktır. Hastalar (ücretini ödeme koşulu ile) tedavi için istedikleri hekimi veya sağlık kurumunu seçmekte serbesttir; hekimler kamu hizmetinde veya serbest olarak mesleklerini uygulamada özgürdürler. Ancak kamuda hizmet alan bir hekim, özel olarak hekimlik yapamaz; hekimler ve diğer sağlık personeli kamu kesiminde sözleşmeli olarak çalışacaktır. Sözleşme süresi 3 yıldır. Bu sürede hekim atandığı görevde çalışır; sözleşmeli personelin emeklilik, kıdem ve terfi hakları saklıdır. Sözleşme ile çalışan sağlık personeline ödenecek ücret, bu meslek mensuplarından serbest çalışanların kazançları düzeyinde olacaktır. Köy ve kentlerde birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık ocakları kurulacak ve bu ocaklar hastaneler ile işbirliği yaparak hasta tedavi hizmetlerini yürüteceklerdir. Kamu sağlık kuruluşları tek elden idare edilecektir. Sağlık teşkilatı il içinde bir bütündür. Teşkilatın amiri sağlık müdürüdür. Sağlık müdürü maliyeye karşı sorumlu olarak Sağlık Bakanlığı'nın saptadığı yasalara göre hizmet yürütür, bir bölgede sağlık hizmetinin iyi bir şekilde yürütülmesi için gerekli tesisler, lojmanlar, malzeme, araç ve personel temin edilmeden o bölgede sosyalleştirme planı tatbik edilmez; personel ve finansman sıkıntısı nedeniyle yasanın tüm ülkede uygulanması 15 yılda tamamlanacaktır. Sağlık teşkilatı ile halk arasındaki ilişkilerin geliştirilmesi için teşkilatın her kademesinde halkın katılacağı kurullar kurulacaktır.

224 sayılı kanunun İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi ve Dünya Sağlık Örgütü'nün benimsediği temel ilkeleri içerdiği anlaşılmaktadır (Belek vd., 1998, 64). Nitekim Kanunun 1. maddesinde “İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak maksadıyla tababet ve tababetle ilgili hizmetler bu kanun çerçevesinde hazırlanacak bir program dahilinde sosyalleştirilecektir.”denilmektedir.

Belirtelim ki, öncelikle, bu kanun hemen tamamen kırsal kesimi hedeflemiştir. Bu anlamda köy içindir. Nitekim ulusal sanayi ve hizmet sektörlerini

hiç gündeme almamıştır. Bunun ötesinde 224 Sayılı Yasa ile hizmetin standartlaştırılarak yaygınlaştırılması hedeflenmiştir ve bu yaygın-standart hizmete ulaşmak konusunda bireyler “eşit” kılınmışlardır. Yasada altı çizilen eşitliğin anlamı budur. Bunun dışında, yine yasa “isteyenin” özel hekime gidebileceğini belirterek daha başka eşitlik düzeyleri de belirlemiştir.

224 Sayılı Yasa Türkiye'nin Ulusal Sağlık Örgütlenmesini belirler. Üreten sınıflar için sağlık hizmetinin asgari düzeyini çizer, asgari hizmeti eşitler. Bu kanun gelişmiş ülkelerde etkisini gösteren sosyal refah devleti uygulamalarının Türkiye'de görülen ilk yansımalarından birisidir (Kahveci, 2001, 30).

1961 yılında kabul edilen yasa ilk kez 1962 bütçesinde yer almıştır. İlk uygulama bölgesi olarak Muş, Çankırı ve Edirne seçilmiş; bütçe tartışmaları ve olanakların kısıtlılığı gerekçesiyle 1963'te sadece Muş'ta başlatılabildiği. 1967 sonuna kadar doğu illeri “sosyalleştirme” kapsamına alınmış; 1970'te sosyalleştirilmiş il sayısı 25'e çıkarılmış; 1981'de ise 45 il ve nüfusun yüzde 53,2'si sosyalleştirilmiştir. 1983 yılında geriye kalan illerin tamamının “sosyalleştirme” kapsamına alındığı ilan edilmiştir (Belek vd., 1998, 65).

224 Sayılı Yasanın 2. maddesinde sağlık, “...yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hali...”olarak tanımlanmıştır. Aynı maddede sosyalleştirme “...vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile, amme sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat karşılığı, her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına iştirak etmek suretiyle eşit şekilde faydalanmaları...”şeklinde tanımlanmıştır.

244 Sayılı Yasa ve ona dayanılarak çıkarılan 154 Sayılı Yönerge ile hükümet tabiplikleri kaldırılarak, tüm görevleri sağlık ocağı hekimlerine devredilmiştir. Sağlık ocağı hekimi, bölgenin en büyük tıbbi yöneticisi haline gelmiştir. Bu örgütlenmede sağlık hizmeti ile ilgili kurumlar; sağlık evleri, sağlık ocakları, bölge hastaneleri, sağlık grup başkanlıkları ve sağlık müdürlükleridir.

Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin temel ilkeleri ise şunlardır (Belek vd, 1998, 67)

**(1) Yaygın hizmet:** Tüm nüfus hizmet kapsamına alınmış ve Cumhuriyet tarihinde ilk kez köyler düzeyinde kalıcı hizmet birimleri oluşturulmuştur,

- (2) Standart hizmet: Özellikle 154 Sayılı Yönerge ile il düzeyindeki hizmetlerin her aşaması olabildiğince ayrıntılı biçimde standardize edilmiştir,
- (3) Ulaşılabilir hizmet,
- (4) Ekip hizmeti,
- (5) Entegre hizmet: Gerek koruyucu, gerekse tedavi edici hizmetlerin bir sağlık ekibince ve bütünlük içinde verilmesi planlanmıştır. Hastalığa özel, dikine örgütlenmenin yerine, çevre sağlığı, ana-çocuk sağlığı, bağışıklıma, tedavileme gibi konuları olan enine bir örgütlenme benimsenmiştir,
- (6) Gezici Hizmet: Kırsal kesimde ulaşım koşullarının güçlüğü dikkate alınarak sağlık ekibinin gezici hizmet sunması esası getirilmiştir,
- (7) Ödemesiz Hizmet: Örgütlenmenin finansmanının, kimi istisnalar dışında, genel bütçeden karşılanması hedeflenmiştir.

Yasa yürürlüğe girdiği zaman sosyalleştirmenin 1976'ya kadar tamamlanması amaçlanmışken (m.20) 1969'da kabul edilen 1175 sayılı kanun ile bütün Türkiye'nin sosyalleştirilmesi 1982'ye, daha sonra 23.06.1983 gün ve 2858 sayılı kanun ile de bu tarih 1992'ye uzatılmıştır. Bu uzatmalar hizmetin hedeflendiği gibi uygulanmadığı anlamına gelmektedir. Ertelemelerde yeterli ve dengeli kaynak dağılımının sağlanamamasının belirleyici etkisi olmuştur. Yine 224 Sayılı Kanuna temel karşı çıkma gerekçesi, ülke kaynaklarının böyle bir sistemi yerleştirmeye ve uygulamaya yeterli olmayacağıdır. Belki bu nedenle 224 Sayılı Yasanın uygulanabilmesi için gerekli altyapı çalışmaları ve yatırımlar yeterli olarak yapılmamıştır. Pek çok il ve bölge yeterli sayıda sağlık evi, sağlık ocağı, lojmanı, personeli ve teknik donanımı olmadan sosyalleştirme kapsamına alınmıştır. Hatta ekonomik yatırım gerektirmeyen sevk sisteminin gerçekleştirilmesi, sürekli eğitim, tıp eğitiminin sosyalleştirilmesinin gerektirdiği insan gücü yetiştirecek şekilde düzenlenmesi, üst düzey planlama ve değerlendirme kurallarının işletmesi gibi en temel başlıklar bile uygulanmamıştır ( Belek vd., 1998, 68).

Halen yürürlükte olsa da 224 Sayılı Yasa ve sosyalleştirme artık unutulmuş ve uygulanmaz bir haldedir.

### 9.2.2.2.5. Sosyal Sigortalar Kanunu

Daha evvel ayrı ayrı düzenlenmiş olan “iş kazalarıyla, meslek hastalıkları ve analık sigortası kanunu” ve “maluliyet, ihtiyarlık ve ölüm sigortaları kanunu” birleştirilerek Sosyal Sigortalar Kanunu adıyla yeni bir düzenleme yapılmıştır. Belli bir alanı tümüyle düzenlemesi açısından bir modifikasyon olarak nitelenen bu yasa değişik hükümlerinde sağlık yardımlarına değinmekte, bu konuya ilişkin temel düzenlemeyi “hastalık sigortası”na ilişkin hükümleri ile getirmektedir (Okur, 1992, 34). Kanunda sağlık ve hastalık halinin tanımları yapılmamış olmakla beraber hastalık halinde yapılacak yardımlara ayrıntılı olarak yer verilmiştir. Yine, iş kazaları ve meslek hastalıkları sigortası kapsamında yapılacak sağlık yardımları ile bunun dışında kalacak genel hastalık hallerinde yapılacak yardımlar ayrılmıştır; bu halde yardımlar hastalık sigortası tarafından karşılanacaktır. Ayrıca analık sigortası kapsamında sigortalı kadına ve sigortalı erkeğin karısına sağlık yardımı yapılması hususuna yer verilmiştir. Sosyal Sigortalar Kanunu çerçevesinde yapılacak sağlık yardımları karşılığı yararlanacaklardan önceden prim alınmaktadır. Ayrıca bu kanun ile sosyal sigortalar kurumuna kendi sağlık tesislerini kurma ve işletme hakkı verilmişken, dışarıdan sağlık hizmeti satın alma hakkı tanımıştır. 19 Şubat 2005 tarihinden itibaren SSK'nın sağlık kurumları TBMM'de 06.01.2005 tarihinde kabul edilen ve 19 Ocak 2005 tarih ve 25705 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 5283 sayılı “Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun” ile Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. Kanun bazılarını dışarıda bırakmak üzere (Cumhurbaşkanlığı, yüksek mahkemeler, Sayıştay, Türk Silahlı Kuvvetleri, Milli İstihbarat Teşkilatı, Üniversiteler, mahalli idareler ve mazbut vakıflara ait sağlık birimleri) bakanlıklar, bakanlıkların bağlı, ilgili ve ilişkili kuruluşları ile diğer kamu kurum ve kuruluşları kapsamındaki sağlık kurumlarının Sağlık Bakanlığı'na devredilmesini içermektedir (TTB Kocaeli Tabip Odası, 2005). Böylece SSK'nın sağlık hizmeti sunumu sona ermiş ve sadece sağlık sisteminin finansmanını sağlayan kurumlarından biri olmuştur

AKP Hükümeti'nin Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde Sosyal Güvenlik Reform Yasası'nın ilk ayağı olan Sosyal Sigortalar Kurumu Yasa Tasarısı TBMM'de Nisan 2006'da kabul edilmiş 50 yıllık geçmişi olan SSK ve Emekli Sandığı ile 30 yıllık Bağ-Kur Sosyal Güvenlik Kurumu bünyesinde toplanmıştır.



Haziran 2006'da Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Meclisten geçmiştir ve 1 Ocak 2007'de yürürlüğe girecektir (Milliyet, 15.04.2006).

#### **9.2.2.2.6. Devlet Memurları Kanunu**

Kanun ülkemizde memur statüsünde çalışanların hak ve görevleri, terfi, tayin, disiplin işlemleri gibi hakları yanında sağlığa ilişkin hakları da düzenlemiştir. Bu kanunda sağlık ve hastalık tanımlarına yer verilmemiş 188. maddesinde “hastalık ve analık sigortası” başlığında düzenlemeler yer almış 209. maddesinde ise “tedavi yardımı”nı düzenlemiştir.

Bahsedilen 188. maddeye göre;

- (1) Devlet memurlarının hastalık, analık ve görevden doğan kaza ile mesleki hastalık,
- (2) Devlet memurlarının eşleri ve bakmakla yükümlü oldukları ana, baba ve çocuklarının hastalık ve analık,
- (3) Bir kanuna dayanarak emekli veya malullük aylığı alanların hastalık ve analık,
- (4) Yukarı bentte belirtilen emekli veya malullük aylığı alanların aile fertlerinin hastalık ve analık,
- (5) Bir kanuna dayanılarak dul ve yetim aylığı alanların hastalık ve analık, hallerinde gerekli sosyal sigorta yardımları sağlanır.

Yine bu maddede, sigortalılara sağlanan hak ve yardımların genel sosyal sigorta rejimlerinde kabul edilen hak ve yardımlarından az olamayacağı belirtilmiştir.

657 Sayılı Devlet Memurları Kanununun “Tedavi Yardımı”nı düzenleyen 209. maddesine göre, “Devlet memurları ile eşlerinin veya bakmakla yükümlü oldukları ana, baba ve çocuklarının hastalanmaları halinde, evlerinde veya resmi veya özel sağlık kuruluşlarında ayakta veya yatarak tedavileri kurumca sağlanır.” Aynı maddede ayrıca sağlanan haklardan yararlanan kimselerin yurt dışında tedavileri ile sürekli yurt dışında görevde bulunan memurlarla yakınlarının tedavileri hususları düzenlenmiştir.

#### **9.2.2.2.7. Bağ-Kur Kanunu**

Bu kanun ile bağımsız çalışanlar ve yakınlarının sigorta kapsamına alınması amaçlanmıştır. Kanun yürürlüğe girdiği tarihte sadece malullük, yaşlılık ve ölüm hallerinde sigorta yardımları sağlanmaktaydı. Sağlık yardımları altında düzenleme

yapılması ihtiyacı sonucu 05.11.1985'te 3235 sayılı kanunla getirilen ek maddelerle Bağ-Kur kapsamına girenlere sağlık yardımları yapılması öngörülmüştür. Ek 11–19 maddelerle getirilen düzenlemelerle sağlık sigortasından kimlerin (ek.m.11), hangi şartlarla yararlanacağı (ek.m.12), bu yardımların neleri kapsadığı (ek.m.13), süresi, sigortanın gelirleri gibi konular düzenlenmiştir.

#### **9.2.2.2.8. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu**

Yasanın ilk maddesinde amacının sağlık hizmetleriyle ilgili temel esasları düzenlemek olduğu belirtilmiştir. Bu alanda daha önce 224 sayılı kanunda temel ilke ve esasları ayrıntılı bir biçimde düzenlediğine değinilmiştir. 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu bu bakımdan hukuken olmasa da fiilen 224 Sayılı Kanunun uygulanmasını yürürlükten kaldırmıştır.

Kanun kapsamına, Milli Savunma Bakanlığı hariç, bütün kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk tüzel kişileri ve gerçek kişiler girmektedir (m.2).

Sağlık hizmetleri ile ilgili temel esaslar ise kanunun 3.maddesinde şu şekilde yer almıştır. Sağlık kurum ve kuruluşları yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nca, diğer ilgili bakanlıkların da görüşü alınarak, planlanır, koordine edilir, mali yönden desteklenir ve geliştirilir. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik vererek bu konuda kamu ve özel sağlık kuruluşlarına görev verir ve onları denetler. Kamu ve özel sağlık kuruluşlarındaki sağlık hizmetlerinin ücret tarifesi Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nca saptanır ve onaylanır. Bütün sağlık kurum ve kuruluşları ile sağlık personelinin yurt sathında dengeli dağılımı ve yaygınlaştırılması esastır, sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletmesi bu esas içerisinde Bakanlıkça düzenlenir; sağlık hizmetleri kişilerin hekimini serbestçe seçme hakkını kısıtlamaksızın oluşturulacak hizmet zinciri esasına göre düzenlenir. Acil haller dışında sevk zincirine uymayanlar fazla ücret öderler, sağlık kuruluşlarının saptanan standart ve esaslar çerçevesinde hizmet vermesi kurulacak eğitim, denetim, değerlendirme ve oto-kontrol sistemi ile sağlanır; herkesin sağlık durumunu izlemeye uygun bir kayıt ve bildirim sistemi oluşturulur.

Kanunun 5.maddesinde "Sağlık İşletmesi" başlığıyla "...kanun kapsamına giren kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşları, ilgili bakanlığın teklifi ve

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın uygun görmesi halinde Bakanlar Kurulu Kararı ile kamu tüzel kişiliğini haiz sağlık işletmesine dönüştürülürler.” şeklindeki düzenlemesi ile mevcut sağlık hizmeti veren kuruluşların önce işletme haline getirilmesi ardından da özelleştirilmelerinin yolu açılmıştır.

Kanunda belirtilen hizmetleri gerçekleştirmek için ülke çapında gerekli örgütü kurma kurdurma görevi Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na verilmiştir (m.4).

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu geçici 3. maddesinde ise, genel sağlık sigortası yürürlüğe girinceye kadar hiçbir sosyal güvenlik kuruluşuna tabi olmayanların müracaatları ve talepleri halinde sağlık kütüğüne kaydolacakları, kaydını yaptıranlardan her yıl tespit edilen miktarda prim tahsil edileceği belirtilmiştir. Kayıtlarını yatırmalarına rağmen prim ödemeyecek durumda olanları primlerinin, durumlarının yerel yönetimlerce tespit edilmesi kaydıyla, sosyal yardım amacıyla kurulmuş fon ve kuruluşlarca ödeneceği belirtilmiştir.

Kanun ile genel sağlık sigortasına geçişi sağlamak ve hiçbir sosyal güvenlik kuruluşuna tabi olmayanların sağlık giderleri ve ödeyecekleri prim arasındaki farkı karşılamak amacıyla Sağlık Bakanlığına bağlı “Sağlık Hizmetlerini Destekleme ve Geliştirme Fonu” kurulmuştur (Geçici madde 4).

#### **9.2.2.2.9. Yeşil Kart Kanunu**

Kanun, hiçbir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında olamayan ve sağlık hizmetlerini karşılayacak durumda bulunmayan Türk vatandaşlarının tedavi giderlerinin devlet tarafından karşılanacağını (m.1) düzenlenmektedir. Bahsedilen giderler, ülkemizde genel sağlık sigortası uygulamasına geçilinceye kadar devletçe karşılanacak ve genel sağlık sigortası sistemi kurulunca uygulama buraya dahil edilecektir.

Kanunda kimlere yeşil kart verileceği (m.2), yeşil kartın nerden temin edileceği (m.8), usulsüz olarak yeşil kart alanlar hakkındaki cezai müeyyideler (m.10) gibi hükümlere yer verilmiştir.

Yeşil kart uygulaması kapsamında sağlanan yardımların bedeli Sağlık Bakanlığı bütçesine ödenek konulmak suretiyle karşılanacaktır. Hizmet veren yataklı

tedavi kurumları, yeşil kart sahibi kişilere verdikleri sağlık hizmetlerinin ücret ve bedellerini Sağlık Bakanlığı'na fatura etmek suretiyle tahsil edeceklerdir (m.9).

#### **9.2.2.2.10. Diğer Kanunlarda Sağlık Hakkı**

Yukarıda sıralanan kanunlar dışında kimi kanunlarda da sağlık ile ilgili düzenlemelere yer verilmiştir. Bunlar arasında Türk Tabipleri Birliği Kanunu, Çevre Kanunu gibi sağlıkla yakından ilgili kanunlar olduğu gibi, sağlıkla doğrudan ilgili olmayıp bu konuda kimi düzenlemelere yer veren kanunlar da mevcuttur.

Yine belirtelim ki 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanununda önemli değişiklikler yapan 4 Ekim 2000 tarihli 616 ve 618 Sayılı Kanun hükmünde Kararnamelerde de konumuzu yakından ilgilendiren düzenlemeler mevcuttur. 618 sayılı KHK, SSK teşkilatında değişiklik öngören ve sağlık ile sigorta işlerini ayıran kararnamedir.

#### **9.2.2.3. Kalkınma Planlarında Sağlık Hakkı**

Ekonomide yapısal bir değişiklik sağlamak, toplumsal ekonomik yapıya piyasanın otomatik işleyişinin gerçekleştireceğinden farklı bir nitelik vermek amacıyla hazırlanmış planlar, kalkınma tipi programlardır. Az gelişmiş ülkeler ve ülkemizdeki planlar kalkınma planlarıdır (Kolçak, 1995, 10).

Sağlık planlaması ise, mevcut kaynaklarla çevre, insan ve toplum sağlık düzeyini yükseltmek amacıyla en etkili ve ekonomik yolla öncelikli hedeflere ulaşabilmek için neyin, niçin, nasıl, nerede, ne zaman, ne süre ile ve hangi kaynaklarla yapılacağını önceden belirleme süreci olarak tanımlanabilir (Varlık, 2001, 110).

Ülkemizde her ne kadar ilk kalkınma planı 1933–1938 arasındaki dönemde yapılmış ve uygulamaya konulmuş ise de sonraki beş yıl için hazırlanan plan İkinci Dünya Savaşı sebebiyle uygulanamamış ve bundan sonrada uzun bir süre planlı kalkınma modeli terkedilmiştir.

27 Mayıs 1960 tarihinden sonra Türkiye Planlı Kalkınma Dönemine geçmiş ve bu husus ilk defa Anayasa'da yer bulmuştur. Planlı kalkınmaya geçiş ile birlikte sağlık sektöründe iki önemli yasal düzenleme yapılmıştır: 224 Sayılı Sağlık

hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ve 554 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun.

Ülkemizde 1963 yılından itibaren ilk kalkınma planının uygulamaya konmasıyla sağlık politikaları Beş Yıllık Kalkınma Planları ile belirlenmektedir. Beş Yıllık Planların yanında yıllık programlar ile de sağlık sistemlerinin meydana gelmesinde etkili olan yönelimler ve öncelikler belirlenmektedir.

#### **9.2.2.3.1. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963–1967)**

I. BYKP’ nda sağlık kamu hizmetleri arasında ele alınıp düzenlenmiştir. Ana ilke olarak halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi benimsenmiştir (I. BYKP, 1963, 1). Buna paralel olarak koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi önemli bir ilke olarak planda yer almıştır. Ayrıca hastanecilik yerine evde ve ayakta bakım yapılması, toplum hekimliğine önem verilmesi gibi ilkelere yer verilerek halkın hizmete kolay erişebilmesi sağlanmak istenmiştir.

Hizmetin sunulması bakımından kamu sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesi, özel sektörün hastane kurma teşebbüslerinin teşvik edilmesi, sağlık personelinin dengeli dağılımının sağlanması ilkelerine yer verilmiştir.

Bu planda hastanelerin döner sermayeli kuruluşlar haline getirilmesinin araştırılması, yerli ilaç sanayinin teşviki ilkeleri de bulunmaktadır.

Genel Sağlık Sigortası fikrinin habercisi sayılabilecek sağlık sigortasının kurulması için gerekli olan çalışmalara öncelik verilmesi ilkesi bu planda yer almıştır.

Planın hazırlandığı ve uygulandığı dönemde personel ve donanım yetersizliği ve var olan kaynakların dengesiz dağılımı ülke için önemli bir gereçtir. Halen sıkıntısı çekilen bu hususlarda I. BYKP’nda 7.000 nüfusa 1 sağlık Ocağı, 50.000 nüfusa 1 sağlık merkezi hedefi konulmuş fakat bu dönemde sağlık ocağı ve sağlık merkezi sayıları planlanan hedefin çok altında gerçekleşmiştir. Sağlık ocağı sayısı 608 de kalmış, 53.847 kişiye 1 sağlık ocağı; sağlık merkezi sayısı 268 de kalmış, 122.161 kişiye 1 sağlık merkezi düşmüştür. Plan dönemi içinde kalan 1965 yılı Sağlık Bakanlığı bütçesinin Devlet bütçesine oranı % 4.09 olmuştur.

### 9.2.2.3.2. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968–1972)

Birinci planda kamu hizmetleri arasında yer verilerek sekiz sayfada ele alınan sağlık konusuna II. BYKP’ da bağımsız olarak ve on sayfada yer verilmiştir (II.BYKP). Toplumun ruh ve beden sağlığının korunması, hastalara eşit tıbbi bakım, halkın sağlık hizmetlerinden daha fazla faydalanması, sağlık personeli eğitim ve istihdamında kuruluşlar arasında standardizasyon sağlanması, tedavi ve koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması planın ilkeleri arasında sayılmıştır. Geçen plan döneminde benimsenen sosyalizasyonun sağlanması ve sağlık personelinin dengeli dağılımının sağlanması bu planın ilkeleri arasında yer almıştır. II. BYKP’nda sağlık eğitimine önem verilmiş, halkın sağlık eğitiminin sağlanması amaçlanmıştır. Sağlık hizmetlerinde özel sektöre önem atfedilerek, teşvik edilmesi benimsenmiştir.

Önceki planda yer alan sağlık sigortası konusunda bu kez daha açık olarak, genel sağlık hizmetinin kurulmasına kademeli olarak geçilmesi ilkesine yer verilmiş ve genel sağlık sigortasının kurulması düşüncesi ilk kez ortaya konulmuştur: önemli bir sosyal güvenlik hizmeti ve sağlık harcamalarının finansmanı için bir kaynak olarak genel sağlık sigortasının kurulmasına kademeli olarak başlanacaktır.

II. BYKP’nda hedefler belirlenmemiş, ilkeler kısmında temel olarak ele alınan sağlık hizmetlerinin tüm yurda eşit olarak dağıtılması düşüncesi gerçekleştirilememiştir.

Mevcut kaynakların dağılımındaki eşitsizlikler artarak devam etmiş ve hizmetler Büyükşehirlerde yoğunluk göstermiştir.

1970 yılı Sağlık Bakanlığı bütçesinin devlet bütçesine oranı %3.07 olarak gerçekleşmiş ve planlanan yatırımların ancak bir kısmı gerçekleştirilebilmiştir (Kolçak, 1995, 19).

### 9.2.2.3.3. Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973–1977)

Plana göre sağlık sektörünün ana sorunları, hizmetin bütünleştirilmesi, yaygınlaştırmada alt gelir gruplarına öncelik verilmesi, kentleşme ve sanayileşmeyle bağdaşacak bir sistem seçimidir.

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin rasyonel, koruyucu hizmetlerin etkin kullanımı ile sağlık hizmetlerinin herkesin yararlanacağı bir yaygınlığa

kavuşturulması isteği, kısaca 1963'te başlatılan hizmetin sosyalleştirilmesi hedefi, planın en önemli ilkelerinden biridir.

Sağlık hizmetlerinin tek elden yönetilmesi ilkesi de planda yer almasına karşın mevcut hizmet veren kurumlar bir araya getirilemediği gibi ileride bu hizmetin ihdas edilecek yeni kurumlar vasıtasıyla sağlanması yoluna gidildiği de görülecektir. Hizmet sağlayan kurumlar çoğalacağı gibi ayrıca her birinin ayrı sistem standardı ortaya çıkacak, bu kez de bunların eşitlenmesine yönelik çalışmalar yapılacaktır. III. BYKP'nda ilaç ve hammadde konusunda kabul edilmiş ilkeler de vardır. İlaçlarda devlet kontrolü ithal edilen ilaç hammaddesinden başlatılacak, ruhsat öncesi denetiminden sonra, piyasaya çıktıktan sonrada denetim sürdürülecektir (Okur, 1992, 43). İlaç hammaddesi üretiminin yurtiçinden olması da planın bir diğer ilkesidir. Günümüzde ise ilaç hammaddesi ve ilacın çok büyük oranda yurtdışından ithal edildiği yaşanan bir gerçektir. Öyle ki döviz ile ithal etmek zorunda olduğumuz ilaçları yaşanan kur ayarlamaları sonrası tahmin etmekte, en acil hastalıklar için dahi, yaşanan güçlükler yaşanmaktadır. Hatta bu çaresizliğe çözüm olarak tane ile ilaç tüketimi önerilmiştir (Hürriyet, 06.05.2001).

II. BYKP'nda genel sağlık hizmetinin kurulmasına kademeli olarak geçileceği belirtilmişken, bu plan ile bu konu daha da somutlaştırılarak ilk kez genel sağlık sigortası için gerekli düzenlemelerin yapılması öngörülmüştür.

Planda çizilen hedefler arasında 10.000 kişiye bir sağlık ocağı, 3.000 kişiye bir sağlık evi ve 10.000 kişiye 26 yatak düşmesi yer alırken, dönem sonunda 30.233 kişiye bir sağlık ocağı, 7.944 kişiye bir sağlık evi, 10.000 kişiye 18.532 yatak hedefi tutturulabilmiştir. Dönem sonunda ülkemizde sağlık ocağı sayısı 1395, sağlık evi sayısı 5309'a ulaşmıştır. Bu rakamlar sosyalizasyon hedefine de ulaşamadığını göstermektedir.

Bu plan dönemi içerisinde kalan 1975 yılında Sağlık Bakanlığı bütçesinin devlet bütçesine oranı % 3.54 gibi düşük bir oranda kalmıştır (Okur, 1992, 43).

#### **9.2.2.3.4. Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1978-1984)**

IV. BYKP'nın sağlık ile ilgili bölümünde daha evvel hedeflenen sosyalleştirme seviyesinin yakalanamadığı tespiti yapılarak başlanmaktadır. Bu planın temel ilkesi, sağlık hizmetlerini eşit, sürekli ve etkili bir biçimde her kişiye

ulaştırmak, böylece toplumun genel sağlık düzeyini yükseltmektir. Bunu gerçekleştirmek için;

- (1) Tam süre çalışma yasına etkinlik kazandırılacaktır.
- (2) Sosyalleştirme programına ağırlık verilecek, bu kapsamda ana sağlığı ile ilgili programlar geliştirilecek ve bu amaçlar doğrultusunda köy ebelerinin işlevleri geliştirilecektir.
- (3) İlaçlar üzerinde denetim arttırılacaktır.
- (4) Dengeli beslenme açısından eşit hizmet verebilmek için üretimi teşvik edici ve özendirici tedbirler alınacaktır.
- (5) Sağlık personeli yetiştiren okulların toplum sağlığı konularına ağırlık vermesi sağlanacaktır.

IV. BYKP'nın sağlık konusundaki hedefleri ise şunlardır:

- (1) Sosyalleştirmenin plan döneminde bütün yurttta uygulanabilmesi,
- (2) Yataklı tedavi kurumlarında yatak kullanım oranının arttırılması ve 10.000 kişiye 18,5 yatak ölçütünü tutturmak,
- (3) Genel amaçlı ve doğum evi yatak sayılarını arttırmak,
- (4) Bölgeler arası dengeyi sağlamak,
- (5) Yatak niteliklerini arttırmak ve mevcudun verimli çalışmasını sağlamak.

Diğer planlarda ve IV. BYKP'nda dikkati çeken bir hususta, önce sağlık hizmetinin yaygınlaştırılmasının sağlanması düşüncesidir. Mevcut hizmet standardının yükseltilmesi yaygınlaştırma tamamlandıktan sonra bırakılmıştır.

Bu plan dönemi sonunda toplam yatak sayısı 83.990'a ulaşmıştır. Dönem içinde kalan 1980 yılı Sağlık Bakanlığı bütçesinin devlet bütçesine oranı %4.20 olmuştur. 1981 yılında birey başına Sağlık Bakanlığı bütçe ödeneği 11 ABD doları iken, bu rakam 1982 yılında 6,5 ABD dolarına düşmüş, 1983 yılında ise 7,9 ABD doları olarak gerçekleşmiştir.

IV. BYKP'nda yer alan, konumuzla yakından ilgili, bazı hedefler ise şunlardır:

- (1) Sağlık alanındaki uygulamaların ayrı sistemler olduğu yargısından vazgeçilerek, tek yönetim uygulamasına geçilecektir.



(2) Sağlık hizmetlerinin standardını yükseltmek için gerekli finansmanı sağlamak amacıyla gerekli yasal düzenlemeler yapılacak, sosyalleştirme ve sağlık sigortaları kapsamı dışında kalanların sağlık hizmetleri devlet tarafından karşılanacaktır.

(3) Teşhis ve tedavide kullanılan araç ve gereçlerin alınması, kullanılması ve sağlık sisteminde kullanılmasında standartlaşmaya gidilecek ve bunların kamu eliyle yeterli sayı ve standartta üretimi sağlanacaktır.

#### **9.2.2.3.5. Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985–1989)**

1985–1989 yılları arasını kapsayan V.BYKP’ndan başlayarak sağlık konusunda ayrıntılı düzenlemeler terk edilmiş ve planlarda sadece hedeflere, ilke ve politikalara yer verilmeye başlanmıştır.

Tüm ülke çapında sosyalleştirme 1984 yılı itibariyle tamamlanmış olup bu kez hizmetlerde verimliliğin artırılması ve mevzuatın güncelleştirilmesi hedeflenmiştir.

V.BYKP’nın temel ilkesi, sağlık hizmetlerinden bütün vatandaşların en iyi şekilde faydalanmasını sağlamak ve genel sağlık seviyesini yükseltmek amacıyla sağlık hizmetlerini eşit, sürekli ve etkili bir biçimde herkese ve her yere ulaştırarak halkın beden ve ruh sağlığını korumak ve tıbbi bakım görmesini sağlamaktır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin etkili ve yaygın olmasını sağlamak ve bu amaç için araç-gereç eksikliklerinin tamamlanması; çocuk ölümlerinin azaltılması için ilgili kuruluşlarla iş birliği ve dayanışma sağlanması; hastanelerin daha rasyonel ve verimli çalışmasının sağlanması, rehabilite edici hizmetlerin kapasite ve nitelik olarak yükseltilmesi; tıbbi cihazların kullanımı, bakımı, onarım hizmetlerinin geliştirilmesi için okullara müfredat konulması; bütün kuruluşların sağlık hizmeti için teşkilatlanması yerine mevcudun aktif hale getirilmesinin sağlanması planının diğer ilkeleri arasındadır.

Önceki planlarda yer almayan bir düzenlemede bu planın ilkeleri arasında yer almıştır: özel sağlık kurumlarının ve hastanelerin teşvik edilmesi. Dünyada esen özelleştirmeci rüzgârlar ülkemizde de etkisini göstermiş ve V. BYKP’nda karşılığını şu şekilde bulmuştur “... Özel sağlık müesseseleri ve hastaneler teşvik edilecektir. Bu müesseselerin sağladıkları hizmetlerin karşılığı olan ücretler serbest bırakılacaktır. Diğer taraftan serbest çalışan hekimlerle anlaşmalar yapılarak

kamunun hizmet satın alması yoluyla sağlık hizmetleri geliştirilecektir. Kamu kurumlarının kendilerinin sağlık hizmeti vermek üzere teşkilatlanmalarından kaçınılarak, mevcut sağlık kurumlarından faydalanılması esas olacak, bu yönden gerekli düzenlemeler yapılacak, sağlık sigortasına geçiş dönemi içinde ele alınacaktır.” Bu yeni düzenleme ile sağlık hizmetlerindeki ağırlık kamudan özel sektöre kaydırılmak ve devreye özel sağlık sigortaları sokulmak istenmektedir.

V.BYKP'nın rakamsal hedeflerine gelince; ortalama 10.000 kişiye 26 yatak olarak gerçekleşmiştir. 720 adet sağlık ocağı ve 4215 yeni sağlık evi yapılması hedeflenmişken 779 yeni sağlık ocağı ve 3676 yeni sağlık evi açılmıştır. Plan dönemi başında sağlık ocağı sayısı 2525 iken, bu sayı dönem sonunda 3304'e ulaşmış, sağlık evi sayısı ise dönem başında 7055 iken dönem sonunda 10.731'e ulaşmıştır. 1985 yılında Sağlık Bakanlığı bütçesinin devlet bütçesine oranı %2.53 olmuş, 1985 yılı birey başına Sağlık Bakanlığı bütçe ödeneği ise 5,1 ABD doları olarak gerçekleşmiştir (Kolçak, 1995, 36).

#### **92.2.3.6. Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990–1994)**

Bundan evvelki beş yıllık kalkınma planıyla başlayan, planlarda sağlığa az yer ayırma tutumu VI. BYKP'nda da sürmüştür; temel ilkeler, hedefler ve yürütülecek politika ana hatları ile düzenlenmiş ayrıntıya girmekten kaçınılmıştır. Bu tutumda devletin sağlık alanından elini çekmesinin ve özel sektörün bu boşluğu doldurmasının hedeflenmesinin ana etken olduğu gerçektir.

VI. BYKP'nın temel ilkesi, sağlıklı bir toplum için sağlık hizmetlerinden vatandaşların en iyi şekilde faydalanmasını sağlamak için sağlık hizmetlerini eşit olarak, sürekli, dengeli ve yeterli bir şekilde herkese ve her yere ulaştırmaktır.

Bu planda koruyucu sağlık hizmetleri uzun aradan sonra bir kez daha hatırlanmış ve bu hizmetlerin yaygınlaştırılması ilke olarak kabul edilmiştir.

VI. BYKP'nda gözetilen diğer ilkeler ise şunlardır. Çevre sağlığı ve gıda kontrolü hizmetleri arttırılacak ve halkın bu konularda eğitimine ağırlık verilecek ve sağlık hizmeti veren kuruluşlar arasında koordinasyon sağlanacak, hizmet bilinci yükseltilecek ve iletişim kayıt sistemlerinde düzenlemelere gidilerek; rehabilite edici hizmetler arttırılacak. Sağlık ekonomisti ve işletmecisi yetiştirilmesine ve dengeli dağılımına önem verilecek; sağlık insan gücünün hizmet içi eğitimine ve pratisyen

hekimliğin özendirilmesine önem verilecek; hastanelerdeki yığılmaların önlenmesi için birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilecek ayrıca evde bakım hizmetleri geliştirilecektir. Evde bakım hizmeti planlara VI. BYKP ile girmiştir. Böylece hastane yatak sayısının dolaylı olarak rahatlatılması hastane sağlık personelinin gereksiz meşgul edilmesinin önlenmesi amaçlanmıştır. Fakat evde bakım hizmeti temenni olmaktan öteye geçebilmiş değildir, ayrıca hastanelerdeki yığılmalar önlenemediği gibi sağlık personeli özellikle son yıllarda yetersiz sayıda kalmıştır.

Önceki plan ile başlayan sağlıkta özel kesimden ve sigortalardan yararlanma düşüncesi bu planda da sürdürülmüştür. “Yönetim, kaynak ve norm birliği sağlanarak sağlık sigortasının kapsamı genişletilecek, sağlık mevzuatı günün koşullarına uydurulacaktır”, “Sağlık hizmetlerinin finansman kaynaklarının çeşitlendirilmesi esas alınacak ve talebin karşılanmasında özel kesimden de yararlanılması için gerekli teşviklere devam edilecektir.”

Gerek bu planda gerekse bundan evvelki planda sağlık sigortasından faydalanılacağından bahsedilmekle birlikte bu sigortanın ne olduğu açık değildir. Bahsedilen genel sağlık sigortası olabileceği gibi özel sağlık sigortaları da kastedilmiş olabilir (Okur, 1992, 54).

VI. BYKP'nın hedeflerine gelince;

- (1) Doğuşta hayatta kalma ümidinin 68 yıla yükseltilmesi hedeflenmiş fakat 65.58 olarak gerçekleşmiştir.
- (2) Bebek ölüm oranının binde 50'nin altına düşürülmesi hedeflenmişken, binde 65.52 düzeyinde kalmıştır.
- (3) Sağlık insan gücü bakımından; 1011 kişiye 1 hekim düşmesi hedeflenmiş; 1080 kişiye 1 hekim oranı yakalanmıştır. 4845 kişiye 1 diş hekimi düşmesi hedeflenmiş; 5472,7 kişiye 1 diş hekimi oranı yakalanmıştır. 3655 kişiye 1 eczacı düşmesi hedeflenmiş; bu sayı 3663,8 kişiye 1 eczacı olarak gerçekleşmiştir. 736 kişiye 1 ebe ve hemşire düşmesi hedeflenmiş; 714,6 kişiye 1 ebe ve hemşire oranı yakalanmıştır (Kolçak, 1995, 36).

VI. BYKP dönemi içinde kalan 1990 yılında Sağlık Bakanlığı bütçesinin devlet bütçesine oranı % 4.12 olmuş, 1991 yılında bu oran % 3.51'e inmiştir. 1992 yılında ise % 4.72 olarak gerçekleşmiştir. 1990 yılında birey başına Sağlık Bakanlığı bütçe ödeneği 17 ABD doları iken, 1992 yılında 12 ABD dolarına gerilemiştir.

### 9.2.2.3.7. Yedinci Beş Yıllık Planı (1996–2000)

Bundan evvelki planlarda bahsedilen sağlık sigortası uygulamaları VII. BYKP’nda yer almıştır.

Sağlık hizmetleri sunumunda kamu kesiminin ağırlığı bu plan döneminde de devam etmekte olup; hasta yataklarının % 94’den fazlası, koruyucu sağlık hizmetlerinin tamamı kamu kesimine aittir.

Planda, hizmet sunumu ile finansmanın bir arada bulunmasının hizmetin planlanması ve uygulanmasında sorun yarattığı ve denetim mekanizmalarının etkili şekilde işletilmesi engellediği belirtilmektedir. Düzenli ve kapsamlı bir sevk sisteminin kurulamadığı tespit edilmekle bu durumun hizmeti ve hizmetin maliyetini olumsuz etkilediği tespit edilmektedir.

Koruyucu sağlık hizmetlerindeki yetersizliklere dikkat çekilmekte fakat bu yetersizliklerin giderilmesi için herhangi çalışma ve plandan bahsedilmemektedir.

Tıp fakülteleri hastanelerinin asli görevleri olan eğitim ve bilimsel araştırma ağırlıklı hizmet yerine genel sağlık hizmeti vermeye devam etmelerinin, eğitim ve öğretim hizmetlerinin aksamasına ve hizmet maliyetlerinin yükselmesine yol açtığı tespiti VII. BYKP’de yer almıştır.

Sağlık hizmetlerinden yararlanan nüfusun tüm ülke çapına yayılması planın başta gelen hedeflerindedir. Bu çerçevede yürürlüğe konulan yeşil kart uygulamasında meydana gelen aksaklıkların giderilmesi düşüncesine planda yer verilmiştir.

VII.BYKP’nda sağlık hizmetlerinde sigorta uygulamasından yararlanılmasına ve özelleştirme uygulaması hayata geçirilerek hizmet kapasitesi uygun sağlık kurumlarından özelleştirmeye başlanılmasına yer verilmiş ve bu yönde hukuki ve kurumsal düzenlemeler yapılması kararlaştırılmıştır. Bu kanuni düzenlemeler arasında Kamu Sağlığı Kanunu, Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu bulunmaktadır.

VII. BYKP’nda sağlık hizmetleri açısından sosyal güvencesi olmayan kesimin sigortalanmasını, uzun vadede sağlık sigortası uygulamalarında norm ve standart birliğinin sağlanmasını ve prim ödeme gücü olmayanlar için devlet desteği öngören sağlık, finansman kurumu kuruluş ve işleyiş kanunu çıkarılacağı ve pilot

uygulanmasına geçileceği yer almıştır. Bu genel sağlık sigortası düşüncesinin artık uygulamaya geçileceğini göstermektedir.

Planda Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılanması sağlık politikaları, standart ve norm belirleyen, sağlık alanı düzenleyen ve denetleyen, koruyucu sağlık hizmeti sunan bir yapıya kavuşturulacağı ve bu amaçla Sağlık Bakanlığı Görev ve Teşkilat Kanunu Tasarısı ile ilgili çalışmaların tamamlanacağı belirtilmiştir.

VII. BYKP'nda özel sağlık ve özel emeklilik sigortasının teşvik edileceği ve sağlık hizmetlerinin satın alma yoluyla temin edileceği hususu yer almıştır. Bu ifade ile açıkça sağlıkta özelleştirme hedefi planda yer bulmuştur. Bundan sonraki düzenlemelerde de hedef sağlık hizmetlerinin mümkün olduğunca özelleştirilmesi olacaktır.

Yine sağlık reformu kapsamında "Sağlık Finansmanı Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanun Tasarı Taslağı", "Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanun Tasarı Taslağı" adıyla yeniden hazırlanarak TBMM'ye sunulmuştur. Yine "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanunu Tasarı Taslağı" ise "Temel Sağlık Hizmetlerinin Tedavi Hizmetlerine Entegrasyonu Kanunu Tasarı Taslağı" adıyla yeniden hazırlanmıştır. Diğer tarafta, sağlık reformu çalışmaları kapsamında yer alan "Kamu Sandığı Kanunu", "Sağlık Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun", "Ebelik ve Ebeler Birliği Kanunu" ile ilgili taslak çalışmalarının 1999 yılı içinde tamamlanması planlanmıştır.

Planda özel sektör sağlık yatırımlarının teşvikine devam edilmesi hususuna da yer verilmiştir.

Planın kapsadığı 1995–2000 döneminde hasta yatağı sayısı 150.565'den 170.000'e, hekim sayısı 69.349'dan 80.900'e ve hemşire sayısının 64.243'ten 71.000'e ulaşacağı tahmin edilmektedir. Aynı dönemde bebek ölüm oranı binde 43,1 düzeyinden binde 53,3'e düşmüştür.

#### **9.2.2.3.8. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001–2005)**

Yeni bin yıla girerken Türkiye önceki planlarında sağlık alanında hedeflediği seviyelere ulaşamamış durumdadır. Son planda bu gerçekleri tespit etmektedir. Sağlık personel sayısı ve niteliğinin geliştirilmesi ve dengeli bir dağılıma ulaşılması

ihtiyacı önemini korumaktadır. Bebek ölüm hızı AB ülkelerine oranla çok yüksek düzeydedir; sağlık altyapısı ve sağlık insan gücünde önemli gelişmeler sağlanmış olmakla birlikte, sağlık insan gücünün ve alt yapısının yurt düzeyine dengesiz dağılımı, kuruluşlar ve hizmet basamakları arasındaki koordinasyon ve iş birliği eksikliği devam etmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerine gerekli öncelik verilmemiş ve bu hizmetlerin temel sağlık hizmetleri ile birlikte yaygın ve sürekli ve etkili kullanılması sağlanamamıştır; hizmet kademeleri arasında etkin bir hasta sevk sistemi kurulamamıştır. VIII. BYKP’nda önceki plan döneminde gerçekleştirilmesi düşünülen aile hekimliği uygulamasına geçilemediği, sigorta kapsamındaki kişilere hekim ve hastane seçme hakkı sağlanamadığı, hastanelerin idari ve mali özerkliğe ve kendi gelirleri ile giderlerini karşılayan bir yapıya kavuşturulamadığı ve işletmecilik anlayışının sağlanamadığı belirtilmektedir.

VIII. BYKP’nda sağlık hizmetlerinin, eşitlik ve hakkaniyet içinde halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun bir yapıya kavuşturulacağı söylenmişken, emeklilik ve sağlık sigortası hesapları ve hizmetlerinin birbirinden ayrıcalığı, sağlık sigortası ve sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine çalışılacağı açıkça belirtilmektedir. Bunun yolunun sağlık sigortası olacağı ve genel sağlık sigortasının da bu yönde hizmet vereceği açıklanmaktadır.

Planda ilke olarak sağlık hizmet sunumu ve finansmanının birbirinden ayrılması herkese sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı sağlanması kabul edilmiştir. Yine kentsel kesim birinci basamak sağlık hizmetleri kapasitesinin geliştirilmesi, semt polikliniği uygulanmasının yeniden yapılandırması, piyasa şartlarında hizmet üreten özel sağlık kuruluşlarının imkânlarından yararlanılması ve aile hekimliği uygulamasına geçilmesi ilke olarak kabul edilerek sosyal bir hak olan sağlık hizmetlerinin piyasa şartlarına terk edileceği anlaşılmaktadır. VIII BYKP’nda kırsal kesime yönelik olarak yerleşik nüfusa hizmet veren sağlık ocaklarının yeniden yapılandırılması, alt yapı ve insan gücü imkânlarının geliştirilmesi ve mobil sağlık hizmeti uygulamasının etkinleştirilmesi ilkeleri yer almaktadır. Gerçekleştirilecek hukuki ve kurumsal düzenlemeler arasında AB normlarına uyum düzenlemelerinin tamamlanacağı yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı’nın görev ve teşkilat yapısının yeniden düzenlenmesi, birinci basamak sağlık hizmet birimleriyle entegre aile hekimliği uygulaması için gerekli

düzenlemelerin gerçekleştirilmesi, sağlık finansmanı ve hizmet sunumunun ayrılması için düzenlemelerin yapılması yapılmak istenen hukuki düzenlemeler arasındadır. Sağlık hizmetlerinin tüm nüfusu kapsamaları için gerekli düzenlemelerin yapılacağı belirtilmekte ve özel sağlık sigortaları ile sistemin desteklenmesi öngörülmektedir.

2001 yılı programında VIII. BYKP'nda bahsedilen ilke ve hedefler yer almaktadır. 2001 yılı programında 1999 yılı sonu itibariyle sağlık sigortası kapsamındaki nüfusun toplam nüfusa oranının % 86,4'e ulaştığı ve yeşil kartlı vatandaş sayısının Ekim 2000 itibariyle 9,7 milyona ulaştığı belirtilmektedir. 2000 yılında özel sektör yatırımlarının teşvikine devam edildiği belirtilerek, 149 yatağın hizmete alındığı ve toplam yatak sayısı içinde özel sektörün payının % 6,7'ye çıktığı tespit edilmektedir. Ayrıca 2000 yılında hastane sayısının 1.220'ye, sağlık ocağı sayısının 5.700'e ulaşması beklenmekte. 807 kişiye 1 hekim, 384 kişiye 1 hasta yatağı düşeceği tahmin edilmektedir. Ülke genelinde yatak kullanım oranı ise % 60'tır. Ayrıca 1999 yılı itibari ile hasta yataklarının % 38'i, hekimlerin % 40'ı nüfusun % 25,6'sının yaşadığı üç büyük ilde bulunmaktadır.

## **10. SAĞLIK HİZMETLERİNDEKİ DÖNÜŞÜM SONUCUNDA SAĞLIK HAKKININ GELECEĞİ**

Araştırmanın bu bölümünde “SAĞLIK HİZMETLERİNDEKİ DÖNÜŞÜM SONUCUNDA SAĞLIK HAKKININ GELECEĞİ” başlığı altında “Dünyadaki Gelişmelerin Yönü “ ve ”Türkiye’deki Gelişmelerin Yönü” incelenmiştir.

### **10.1. Dünyadaki Gelişmelerin Yönü**

1980’li yıllar hepimizin bildiği gibi dünya üzerindeki yapısal değişimlerin hızlandığı bir dönemdir. Bu dönemden itibaren dünya ülkeleri uluslararası ekonomik ve mali örgütlerin daha fazla boyunduruğu altına girmişlerdir. 1990’larda Sovyetler Birliği’nin yıkılışı Yeni Dünya Düzeni denilen devri başlatmıştır. Tek kutuplu dünyada, refah devleti uygulamalarından kurtulmak istenmesinin de etkisiyle Dünya Bankası, IMF gibi örgütler yapısal uyarlama ve sürdürülebilir kalkınma gibi söylemlerle ekonomik finansmanın sağlanmasında en önemli kurumlar olmuşlardır.

Dünya Ticaret Örgütü’nün önderliğinde Hizmet Sözleşmeleri Genel Antlaşması (GATS) çerçevesinde ülkelerin kamu hizmetlerinin dış yatırımlara ve piyasalara açılması öngörülmektedir. Bu çerçevede ülkelerin kamu hizmetlerinin karşılıklı serbestleştirilmesi için bir dizi yapısal reformların gerçekleştirilmesi ve bu yapısal dönüşümlerin temel referans kaynağının da uluslararası ticaret hukukunun olması gerektiği belirtilmektedir. Bu girişim küreselleşme çerçevesinde uluslararası bir aktör olan DTÖ’ nün yukarıdan aşağıya bir yaklaşımla sağlık da dahil olmak üzere tüm sistemleri uluslararası düzeyde özelleştirme girişimidir (Yıldırım,2001, 3).

Şüphesiz bu olanlardan sağlık sektörü de payına düşeni almıştır. Küreselleşme sağlık sistemlerini doğrudan etkilemeye başlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü de buna ayak uydurmuş, devletin rolünü yalnız koruyucu hizmetlerle sınırlayan ve sağlığı tümüyle serbest piyasa/pazara terk eden Dünya Bankası çizgisinde bir rol izlemeye yakın durmuştur. Dünya Bankası birçok ülkeye sağlık hizmetleri alanında inanılmaz krediler sağlamaktadır. Dünya Bankası 80’li yılların sonlarında “reform” olarak nitelediği girişimlerde bulunmuştur. Hatta daha da ileri giderek kredilerini bu reformları gerçekleştirebilecek ülkelere vereceğini duyurmuştur. Reform politikaları gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun çoğu ülkede iç politikalarının temelini oluşturmaktadır. Sağlıkta reformların nedeni her ne kadar



maliyetlerin artışı toplumun sağlık sistemine ilişkin memnuniyetsizlikleri, medyanın etkisi, nüfusun önemli bir kesiminin sağlık sigortasından yoksun olması, teknolojik gelişmeler vb olarak ortaya konuluyorsa da aslında sağlıkta reformun asıl nedeni uluslararası örgütlerin (DB, IMF, DTÖ) etkisidir (Yıldırım, 2004, 2).

GATS Antlaşmasının kamu sağlığı uygulamaları açısından nelere yol açtığını Kenya'da yaşananlar tüm çıplaklığıyla ortaya koymaktadır. Günümüzde GATS Hükümleri doğrultusunda kamu hizmet alanlarını özel sektöre ve uluslararası sermayeye açan Kenya'da sağlık hizmetlerinin görünümü örnek teşkil edecek düzeydedir. 1989 yılına kadar tüm Kenya halkı, bedava sağlık hizmeti alma hakkına sahipti ve bu hak kullanabilen bir hak durumundaydı. Fakat 1989'dan itibaren hükümetin kamu harcamalarını azaltma başlığı altında sağlık hizmetlerini kısımaya başlaması ile birlikte "kullanıcı katkısı" adı altında bir uygulamaya gidildi ve sigortasız hastalar, muayene ve tedavi giderlerinin önemli bölümünü ceplerinden ödemeye başladılar. Kamu sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliğinde ciddi bir gerileme başladı. Pek çok Kenyalı için ticari (özel) hastanelere ulaşmak imkânsızlaşırken, sağlık hizmetleri çok daha zor ulaşılabilen bir alan haline geldi. Yabancı sigorta şirketleri gibi yabancı sağlık şirketlerinin açtıkları hastaneler de şehir merkezlerinde açılıyordu. Hâlbuki Kenya halkının yalnızca %20'si kent merkezlerinde yaşamaktadır. Kullanıcı katkısı uygulaması başladığından beri kırsal kesimde sağlık hizmetleri durma noktasına gelmiştir. Pek çok kamu kliniği ve sağlık bakım hizmetinin verildiği bina kullanımdan çıkarılmış ve bugün her 33.000 kişiye sadece 1 doktorun düştüğü, kent merkezlerinde de her 1700 kişiye 1 doktorun düştüğü bir dönem başlamıştır. Ayrımcılığın en yaygın yaşandığı yerler özel sağlık birimleridir ve örneğin; parası ve sigortası olmayan hastalar, yaşamsal riskin söz konusu olduğu hallerde bile, ilave test ve ilaçların parasını ödeyemiyorlarsa, hastaneden çıkarılmaktadırlar. Hastalığın tedavisinin her aşamasında ayrı ayrı, tedaviye başlamadan önce ödeme yapılması gerekmektedir. Hastane faturasını ödeyemeyen hastalar faturayı ödeyinceye kadar ya hasta yataklarına zincirle bağlanmakta ya da borçları karşılığında hastanede çalışmak zorunda bırakılmaktadır. Kaza kurbanları artık eskiden olduğu gibi kazanın olduğu yere en yakın hastaneye kaldırılmamaktadır (Stoffers, 2003, 2).

Bir özel hastanedeki hizmetin bedeli, Naoribi'deki devlet hastanesi bedellerinin on katına kadar çıkabilmektedir. Naoribi Devlet hastanesinde bile hastalar günde 4 dolar ödemek zorundadırlar ve Kenya halkının %56'sı günde harcayacak 1 doları bile olmayan yoksulluk sınırı altında yaşamak zorunda bırakılmış insan yığınları durumundadır. Kenya hükümeti kamu borçlarının altından kalkabilmek gerekçesiyle ülkede kamusal sağlık birimlerinin yanı sıra özel şirket hastanelerinin de açılmasına göz yummuştur. Bu, ülkede gözle görülür bir çifte standart uygulamasının başlamasına yardım etmiş, kamu hastaneleri desteğin kısılması yüzünden hastaların tek kişilik yataklarda ikişer kişi olarak yatmaya başladıkları, doktorların topluma değil, yalnızca parası olanlara hizmet etmeyi tercih eder hale geldikleri ayrımcı ve eşitsiz bir sistem başlamıştır. GATS Antlaşmasının ikinci turu tamamlandığında Kenya Hükümeti muhtemelen tüm sağlık sektörünü piyasa ekonomisine açmayı taahhüt etmiş olacaktır. Oysa Kenya halkı sağlığın kısmen özelleşmesi durumunda bile doktor, hastaneye ve ilaca hasret kalmış durumdadır. Devam eden GATS müzakerelerinde Kenya Hükümeti finansal hizmetleri liberalize etme taahhüdünde bulunmuş fakat bunu yaparken sigorta işlemlerinin de finansal hizmetlere dahil olduğunu ve sağlık sigortası da sigorta hizmetlerinin parçası olduğu için piyasalaştırılmak zorunda olduğunu fark etmemiştir. GATS Antlaşmasına göre hükümetler bir hizmet dalını liberalize etmeyi taahhüt ettikten sonra, aynı hizmet sektöründe faaliyet gösteren bazı hizmet sağlayıcılarını engelleyebilecek önlemler almaktan men edilmiştir. Kenya Hükümeti özel sağlık şirketleri için lisans alma ya da belli kalite standartlarını sağlama gibi düzenlemelere başvuracak olursa GATS' a göre, bu düzenlemeler ticareti gereğinden daha fazla engellemeyecek türde olmak zorundadır (Stoffers, 2003, 3).

Bugün tüm halkların taşıdığı en büyük kaygı, insan haklarının da GATS Antlaşmasınca ticareti gereğinden fazla engelleyici bir düzenleme olarak addedilmesidir. Bir diğer GATS hükmüne göre hükümetler liberalize etmeyi taahhüt ettikleri hizmet sektörlerinde tam olarak şeffaf olmak zorundadırlar. Fakat şirketler için benzer bir hüküm GATS maddeleri içinde yer almamaktadır. Bu sayede şirketler yatırım yaptıkları ülkelerde büyük bir gizlilik içinde faaliyet gösterebilmekte, hükümetler dahil hiçbir mercii bu şirketlerle ilgili bilgilere ulaşamamakta daha da önemlisi bu haktan mahrum bulunmaktadır. Kamu hizmetlerinin piyasanın ellerine

terk edilmesini resmileştiren GATS Antlaşmasını DTÖ Başkanı Renato Ruggerio şöyle dile getirmektedir: “GATS ile daha önce ticaret politikası içinde tanımladığımız alanları bile piyasa ekonomisine açabiliyorsunuz ve yerli hizmet şirketlerine tanıdığımız ayrıcalıkların aynısını ya da daha fazlasını yabancı şirketlere de tanıyorsunuz. Korkarım şu anda ne hükümetler neyin altına imza attığının, ne de şirketler neler kazandıklarının farkında değiller” (Yılmaz, 2004, 1).

Liberalizmin düşünce ve uygulamada tartışılmaz bir egemenlik sağlayacağını söyleyenlerin aksine dünya ekonomik verileri olumsuz yönde seyretmektedir. Birleşmiş Milletler İnsani Geliştirme Raporu’na göre, Dünyanın en zengin %1’i en yoksul %57’si kadar gelire sahiptir. En yoksul %20 ile en zengin %20 arasındaki gelir uçurumu 1960’ta 30/1’den, 1990’da 60/1’e ve 1999’da 74/1’e yükselmiştir ve bu oranın 2015’te 100/1’e tırmanacağı beklenmektedir. 1999–2000 arasında, 2,8 milyar insan günde 2 doların altında gelire yaşadı, 840 milyon insan yetersiz beslendi, 2,4 milyar insan hiçbir sağlık hizmetinden yararlanamadı, dünyada okul çağındaki her altı çocuktan biri okula gidemedi. Küresel tarım dışı insan gücünün %50 kadarının işsiz ya da gizli işsiz olduğu tahmin ediliyor Yeni liberalizmin savunucuları yeni liberal reformların ya da yapısal uyumun görülmemiş bir ekonomik gelişme ve teknolojik ilerleme, yükselen yaşam standartları ve maddi zenginlik çağı yaratacağını vaat etmişlerdi. Aslında dünya ekonomisi yeni liberal çağda durgunluğa sürüklendi. Dünya GSMH’ sının ortalama yıllık büyüme oranı 1950 ile 1973 arasında %4,9’dan, 1973 ile 1992 arasında %3’a, 2001’de %2,7’ye inmiştir (Minqi Li, 2004, 1).

Sağlığa ilişkin iki temel dünya görüşü ortaya konmaktadır: Birincisi “**sağlığı bir hak**” olarak değerlendiren görüş, ikincisi ise “**sağlığı bir piyasa malı**” olarak gören görüştür. Sağlığı bir hak olarak ele alan görüş sağlığın doğuştan gelen bir insan hakkı olduğunu ve para ile ölçülemeyeceğini ifade eder. Buna karşılık sağlığı bir piyasa malı olarak ele alan görüş ise; sağlığın da diğer mal ve hizmetler gibi piyasa mekanizmasına konu olması ve kişisel ödeme gücüne göre işlem görmesi gerektiğini savunmaktadır. Günümüzde ikinci görüş ağır basmakta ve bu görüş doğrultusunda sağlık politikaları (sağlıkta liberalleşme, ticarileşme ve özelleşme) şekillenmektedir. Kısaca sağlığa ilişkin dünya görüşleri çerçevesinde sağlığa ayrılan kamu kaynakları azalmaktadır (Yıldırım, 2004, 2).

## 10.2. Türkiye’deki Gelişmelerin Yönü

Sağlık hizmetlerinde 1980’lerden bu yana gerçekleştirilen değişiklikler, yeni liberal politikaların da etkisiyle sosyal devleti dışlayan bir yapıdadır. Devletin kamu finansmanındaki azalma ile sosyal harcamalarını azaltması sağlanırken öte yandan sermayeye kaynak aktarılmış ve sosyal hizmetlerin özelleştirilmesi yönünde adımlar atılmıştır. Bu süreç içerisinde birçok mali krizlere uğrayan devletin üzerindeki borç yükü artmış ve ortaya çıkan finansman açığı sağlık hizmetinden yararlanın da katkıda bulunduğu bir şekilde aşılmaya çalışılmıştır. Kamuda ortaya çıkan hizmet açıkları özel sektör tarafından doldurulmaya başlanmıştır. 2003 Mayıs ayında gündeme gelen ve 1 Temmuz 2003 tarihinde yürürlüğe giren basamaklı sevk zinciri uygulaması ilk planda 224 Sayılı Yasanın öngördüklerini uygulama alanına sokmak gibi görünse de giderek aile hekimliği ve benzeri uygulamaların da desteğiyle bir ekip hizmeti olan sağlığı bireyselleştirerek, pazara tam anlamıyla açacaktır. Özel sağlık kuruluşlarından da sağlık hizmeti alınabilmesi bunun ilk örneğidir.

Yeni liberalizmin sağlık sektöründeki temel yaklaşımı, sağlığı devletin sorumluluğundaki bir insan hakkı olmaktan çıkararak ve hizmeti fiyatlandırarak, arz talep mekanizmalarıyla üretilen bir hizmet olarak yeniden konumlandırmaktır. Nitekim son uygulamalarla kamu sağlık sektöründe de toplam kalite yönetimi, performans etkinlik ve verimlilik gibi yeni kamu işletmeciliği kavramları belirlemeye başlamıştır. Daha çok özel sağlık sektörüne ait olan ve onlar tarafından kullanılan bu sözcükler sağlık yöneticileri tarafından da kullanılır olmuştur.

Türkiye’de sağlık alanındaki değişimler reform söylemleriyle başlamıştır. 1961 Anayasası “**sağlığı temel bir hak**” olarak tanımlayarak devleti bu hizmetle görevlendirirken (md. 49); 1982 Anayasası sağlık ve çevre konusunu aynı maddede işleyerek, sağlık hakkını net olarak vurgulamamakta; devlete daha çok “**düzenleme ve denetleme**” görevi yüklemektedir (md. 56). İlk kez sağlıkta özel sektörden söz etmekte, Devlet olarak işlevini, şaşılacak bir cesaretle “denetleme” ve “düzenleme” ye indirgeyebilmektedir. Anayasa Cumhuriyet tarihinde ilk kez özel kesimden ve genel sağlık sigortasından söz etmiştir. Dolayısıyla Türk sağlık sektörünün yapılanmasında iki önemli tarih dilimine karşılık gelen iki önemli sağlık politikasından söz edilebilmektedir. Bu tarihler 1960 ve 1980 yıllarıdır. Türk sağlık sektörü 1980’lere kadar devletçi bir anlayışla yönetilmiştir. 1980’li yıllar ise küreselleşmenin başlangıcı sayılan özelleştirme rüzgârlarının Türkiye’yi etkilemesi

sonucu diğer sektörlerde olduğu gibi sağlıkta da değişim başlamıştır. **Sağlık hizmetlerindeki değişim sosyal güvenlik ve sağlık hakkını sağlamanın devletin sorumluluğundan adım adım uzaklaşması, bu hizmetlerin ticarileştirilmesi ve piyasaya açılması yönündedir.**

1980 darbesinin sonucunda kabul edilen 1982 Anayasası özelleştirmenin kapılarını açmıştır. ANAP Hükümetleri Programlarında ve V. Beş Yıllık Kalkınma Planı bu dönemin sağlıkla ilgili politikasını yansıtmaya açısından önemlidir. İlk kez bu dönemde kamu sağlık hizmetlerine Cumhuriyet tarihinin en az bütçe payı ayrılmış ve sağlık özel sermayenin kar alanı haline getirilmeye çalışılmıştır. Hükümet programında ilaç sektörünün ve özel sağlık kurumlarının teşvik edilmesi gibi maddeler de vardır. Yine ilk defa beş yıllık bir planda kamu sağlık kurumlarında rasyonellik ve verimliliğin sağlanması, sağlık kurumlarına işletmecilik anlayışının getirilmesi, özel sağlık kurumlarının ücretlerini kendilerinin belirlemesi, kamu sağlık kuruluşlarının özel sağlık kurumları ve özel hekimlerden hizmet almaları gibi maddeler vardır. Bu dönemde özellikle DPT uzmanlarının yazdıkları metinler IMF ve Dünya Bankası uzmanlarının hazırladığı çalışmaların kötü bir çevirisi niteliğindedir (Soyer, 2001, 52). Yine bu dönemde sosyal devletin yerine geçen “Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Yasası” çıkarılmıştır. 80 sonrası uygulanan istikrar programlarının toplumsal bölüşümde oluşturduğu dengesizlik sonucu oluşan tepkilerin giderilmesi amacıyla bu yasa hazırlanmıştır. **1987 tarih ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Yasasının dikkat çeken bazı temel özellikleri; kamu sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi ve piyasaya açılması, devletin bu alanlardan çekilmeye başlamasıdır.** Kamu sağlık kuruluşları işletme haline getirilmiş, kamu ve özel sağlık kuruluşlarının hizmetleri fiyatlandırılmıştır. Ancak bazı girişimlerle Anayasa Mahkemesi yasanın bazı maddelerini iptal etmiş, bu yasanın uygulama olanağı önemli ölçüde yitirilmiştir.

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı bünyesinde sağlık reformu çalışmaları 1990 yılında başlatılmıştır. Bu tarihte Price-Waterhouse adlı özel bir firmaya Sağlık Sektörü Master Planı Çalışması yaptırılmış ve çalışmalar projeler çerçevesinde ilerlemiştir. O yılki fiyatlarla bu planın ederi 1,2 milyar liradır. Planın sonuçları arasında başta gelenler kaynak dağılımındaki yetersizlik ve personel dağılımındaki dengesizliktir. 1992 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından I. Ulusal Sağlık Kongresi düzenlenmiştir. 1993 yılında Sağlık Reformu Yasa Tasarısı hazırlanmıştır. Sağlık Bakanlığının reformla sağlığı tüm vatandaşlar için etkili ve eşit kılmak istemektedir.

Sağlık sistemindeki yeniden yapılanma birincil ve koruyucu sağlık hizmetlerini yeniden düzenleyecek, ikincil ve üçüncül hizmetler için bir işletme pazarı yaratmak olacaktır. Reformların temel amaçları maliyetleri sınırlama, hizmet kalitesini arttırmak, sosyal güvenlik şemsiyesini toplumun büyük kesimlerine yayma, eşitliği sağlama, verimlilik, mevcut kaynakların etkin kullanımı, emek gücünde artış, finansmanın karma biçimde uygulanması, desantralizasyon, piyasada pazar ekonomisinin geçerli olması, sağlık hizmetini sunan ve finansmanını sağlayan kurumların birbirinden ayrılması olarak belirtilmektedir. Sağlık Bakanlığı, reform çalışmalarını yöneltmek amacıyla Sağlık Bakanlığı bürokrasinden nispeten bağımsız bir kuruluş olan, bugünkü üst kurullara benzetebileceğimiz “Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü” nü kurmuştur. VII: Beş Yıllık Kalkınma Planı sağlığın piyasalaştırılması sürecini daha net ifade eder biçimde kaleme alınmıştır. Aynı dönemde 5 Nisan 1994 kararları kamusal alanlarda olduğu gibi sağlık sektöründe de etkisini göstermiş ve kamu sağlık kuruluşları kendi yağıyla kavrulur hale getirilmiştir. Devletin kamu sağlık kurumlarına katkısı sadece maaş ödemekten ibaret kalmıştır. Çarpıcı bir örnek olarak Yüksek İhtisas ve Koşuyolu Hastaneleri 3359 sayılı yasaya dayanılarak 1995 tarihinde işletme haline getirilmiştir.

1990’lardan beri süregelen başka bir konu Genel Sağlık Sigortasıdır (GSS). Reformun sağlık alanının finansman yapısını belirleyen GSS aynı zamanda AKP’nin “**Sağlıkta Dönüşüm Programının**” en temel ayağıdır. GSS, **hizmet sunumu ile finansmanın ayrılmasını** temel bir politika olarak ortaya koymaktadır. Bunun anlamı, sağlığın kamusal niteliklerinin ortadan kalkması, kendi kaderlerine terk edilmesidir. Hizmetin finansmandan ayrılması, sağlık hizmetleri sunumunun işletmeleşmesi, sağlık hizmeti talep edenlerin müşteri konumuna gelmeleri ve toplumsal ihtiyaçların değil, karlılığın esas alındığı, buna uygun olarak her bir hizmetin parça başı ücretlendirildiği, ek prim, katkı ve payların devreye girmesi anlamına gelir. GSS modeli ile sağlığın finansmanından elinden geldiğince çekilen kamu, sağlık hizmeti verme görevini de terk ederek sağlık alanında sadece “düzenleyici” bir pozisyona yerleşiyor (Atalay, 2005,37).

Türkiye’de bir “Genel Sağlık Sigortası” oluşturulması çok önemli bir sosyal reform olacaktır. Bilindiği gibi Hükümet ve Sağlık Bakanlığı, Türkiye’deki sağlık hizmetlerinin birleştirilmesi ve tüm nüfusun kapsanacağı bir genel sağlık sigortası sisteminin kurulması için çalışmalar yapıyor ve bu amaçla bir kanun taslağı da

hazırlandı. 17 Haziran 2006 Tarihinde Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasa Tasarısı TBMM Sağlık ve Sosyal İşler Komisyonunda kabul edildi (www.alo.maliye.com, 2006). Bu aşamada yapılacak bir sağlık reformunun esas amacı, tüm nüfusu bir genel sağlık sigortası (GSS) kapsamı altına almak olmalı ve **“sağlık, bir yurttaşlık hakkı olarak görülmeli”**, GSS de mümkün olan en kapsamlı sağlık hizmetini nüfusun tamamına eşit olarak vermeyi amaçlamalıdır. Tasarı bu haliyle hayata geçecek ve başta kayıt dışı çalışanlar olmak üzere, yoksul ve dar gelirli pek çok vatandaşın sistem dışında kalacağı, **Anayasal bir hak olan sağlık hakkının tamamen kişilerin ödeme gücüyle orantılı bir hizmete dönüşeceği görülmüyor.**

Türkiye'nin çok parçalı finansman yapısının bütünleştirilmesi ve tüm vatandaşların ulaşabileceği kapsamlı bir temel hizmet paketinin tanımlanması gerekmekte; ancak GSS finansmanının çalışanlardan alınacak primlerle karşılanmasını öngörüyor. Yoksulluğunu kanıtlayanlar için ise (bugünkü Yeşil Kart uygulamasına benzer şekilde) prim katkısını devletin yapması öngörüyor. Yani, herhangi bir nedenle yoksul kategorisine girmeyen fakat prim de ödemiş olan yurttaşlar, sağlık hizmetlerinden yoksun kalabilecekler. Oysa amaç sağlığın bir **vatandaşlık hakkı** olarak tanımlandığı bir modeli gerçekleştirmektir. Bu, ancak finansmanın ve hizmetin tamamen birbirinden ayrılması ve temel hizmet paketinin genel vergilerden ayrılan bir bütçe ile finanse edilmesi yoluyla olabilir. Diğer bir deyişle, aynen eğitim gibi, sağlık hizmetleri de devletin vatandaşa karşı asli görevi olarak görülmeli, bu hizmetin sunumu ödenen primlerle sağlık hizmetinin satın alındığı bir müşteri-satıcı ilişkisi görünümünden uzaklaştırılmalıdır. Aksi takdirde, uygulanacak modeller tüm vatandaşlara sağlık açısından güvenli ve kaliteli bir yaşam sunma vaadini gerçekleştiremeyecek ve prime dayalı bir sistem bugün olduğu gibi gelecekte de nüfusun önemli bir bölümünü sistem dışı bırakacaktır. Sağlık harcamalarını karşılamaya yönelik olarak ücretler veya kazançlardan kesilen primler ancak ücret ve kazancın kayıtlı olduğu ve tutarının bilindiği durumlarda doğru bir şekilde toplanabilir. Türkiye'de olduğu gibi, işgücünün sadece küçük bir kısmının kayıtlı olarak çalıştığı, birçoğunun aldığı ücret veya maaşın doğru olarak beyan edilmediği bir durumda kesinti olarak prim almanın ne kadar zor olacağı açıktır. Böyle bir durumda, kayıt dışı ekonominin içinde olan kişilerin kendi istekleriyle,

gönüllü olarak, prim katkısında bulunmaları bekleniyor. Prim katkısında bulunmayanların sağlık sigortası kapsamının dışında bırakılacağı durumda bu sigortanın "genel"liği gerçekleşmeyecek ki Türkiye'de en az 10 milyon kişinin hiçbir sağlık güvencesi bulunmuyor. Yani, Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur veya Yeşil Kart sistemlerinden hiçbirine dahil değiller. Türkiye'de prime dayalı şekilde oluşturulacak bir sağlık sisteminin ne mevcut finansman sorununu çözmek ne de arzu edilen düzeyde kapsayıcılık sağlamak açısından yeterli olamayacağı açık. Tam tersine, böyle bir sistem hem gerekli fonları toplayamayacak hem de sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığı açısından sağlık ve sağlık sigortasının finansmanında primli sistemden uzaklaşarak, sağlık hizmetlerini genel bütçeden karşılamaya yönelik bir eğilim gözlemleniyor. Bunun nedeni dünyanın her yerinde ekonominin ve de emek piyasasının giderek enformelleşmesidir. Gelir kaynaklarının çeşitlendiği, ücretlerin ve kazançların daha az oranda kayıtlı olduğu durumlarda devletin prim toplamaya nazaran vergi toplaması daha kolay olacaktır. **Sağlık hizmetlerinin bir sosyal hak olarak görüldüğü durumlarda sağlık harcamalarını vergi gelirlerinden karşılamak daha gerçekçi bir yöntemdir.** Bu nedenle, özellikle Güney Avrupa ülkelerinde prime dayalı sosyal sigorta sistemlerini merkezi bütçeden finanse edilen ve tüm vatandaşlarına kapsamlı bir temel hizmet paketi sunan Genel Sağlık Sigortası'na dönüştürmeyi amaçlayan bir dizi reform girişimi gözlemliyoruz. Bu bağlamda ilk reform girişiminde bulunan İtalya'yı (1978), sırasıyla Portekiz (1979), Yunanistan (1983) ve İspanya(1986) takip etti. AB içinde istihdam yapısı açısından Türkiye'yle benzeşen ülkelerde primli sistemin iyi işlemediği ortaya çıktı, GSS' nin finansmanını vergilerden sağlamanın daha etkin olduğu anlaşıldı. Türkiye'de bu şekilde bir GSS oluşturulması şüphesiz çok önemli bir sosyal reform olacaktır (Radikal İki, 10.10.2004).

Yasalaşan şimdiki GSS ile topluma bugün sunulan kadar bile sağlık hizmeti sunulmayacaktır. Hükümetin **piyasacı-özelleştirmeci sağlık politikaları, sağlığın devletin sağlamakla yükümlü olduğu temel bir insan hakkı olduğu görüşünün karşısındadır.** GSS ile yapılmak istenen, sağlık hizmetlerini ve sosyal güvenliği tek çatı altında toplamak ve herkese eşit bir biçimde sunmak değil, bu günü kadar çalışan kesimlerin kazanımlarını, sağlık ve sosyal güvenlik haklarını



**daraltmak, bu hizmetlere ulaşmak için ek vergiler getirmek, nihai olarak da bu hizmetleri özel sektörün karlılık alanı haline dönüştürmektir** (Atalay, 2005, 40).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunulmuş koşulları giderek daha fazla gündem konusu olmaktadır. Uluslararası Para Fonu (IMF) sağlık harcamalarında tasarrufa gidilmesi gerektiğini 2006 yılının ilk yarısında önermiştir. Sosyal Sigortalar Hastanelerinin Sağlık Bakanlığı’na devri ile daha önce SSK eczanelerinden karşılanan ilaçların serbest eczanelere verilmesi ilaç harcamalarını büyük oranda arttırmıştır. 2005 yılı verilerine göre ilaç harcamaları 6 katrilyondan 9 katrilyona çıkarak %50 bir artış göstermiştir (Ayeri, 2006). Oysaki geçmişte SSK’ya indirimli hak tanıyan ilaç alım modeli birleşmeyle diğer kurumlara da tanınmalıydı. Bunun yerine “Kamu İlaç Alım Protokolü” ile bir yıl içinde 3 katrilyonluk bir artış olmuştur. İlaç endüstrisi daha çok ithalata yönelik olduğundan bu işten karlı çıkan uluslar arası ilaç endüstrileri olmuştur. Sağlık harcamalarının artışının bir diğer nedeni de çalışanların ve emeklilerin anlaşmalı özel kuruluşlardan aldıkları sağlık hizmetleri için emeklilik kurumlarının ödedikleri faturaların yüksekliğidir. Artık sosyal güvenlik kurumlarına bağlı kişiler isterlerse bu kurumlarla sözleşme yapan özel sağlık kuruluşlarından da muayene, inceleme, tedavi ve ameliyat hizmeti alabilir hale geldiler. Bu değişiklikler “**sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması**”nın adımlarıdır.

2006 yılı Tıp Bayramında Başbakan Erdoğan sağlık konusunda farklı projeleri uygulama isteklerini dile getirerek “Nasıl dünyada her şeyin serbest piyasası varsa sağlıkta da serbest piyasa oluşmalıdır” diyerek atılan adımların sağlık hizmetlerini nereye götüreceğini açıklamış “piyasalaştırma”nın da ötesinde “serbest piyasalaştırma”nın hedeflendiği belirtilmiştir (Turan, 2006, 1).

Serbest piyasanın temel özellikleri hangi mal ve hizmetlerin üretilip üretilmeyeceği, üretilecekse hangi miktarda üretileceği ve üretilenlerin hangi fiyattan satılacağı kararlarının arz ve taleple piyasada belirlenmesidir. Nihai tüketim malları piyasasında arz edenler firmalar, talep edenler tüketicilerdir. Firmaların amacı karlarını mümkün olan en yüksek düzeye çıkarmaktır. Tüketicilerin amacı da elde ettikleri yararı en yüksek düzeye çıkarmaktır. Dünyada her şeyin serbest piyasası yoktur. Bir üretici ürettiği ürünü serbestçe ABD’deki bir mağazada, ABD’nin Türkiye’ye ayırdığı kota dışında satamaz. Yani ABD’deki tekstil piyasası serbest piyasa değildir. Amerikan Devleti kota koyarak piyasaya müdahale etmektedir. Demek ki serbest piyasanın bayraktarlığını yapan ABD’de bile her şey

tamamıyla serbest piyasaya bırakılmamıştır. Yine okul servis hizmetleri, enerji ve tarım sektörleri de özel girişim tarafından işletilemez (Turan, 2006,2). Dünyanın değişik yerlerinde değişik sektörlerdeki uygulamalar bir yana; bazı mal ve hizmetler doğaları gereği, değişik açılardan serbest piyasaya bırakılamazlar. Bazı mal ve hizmetler yaşam için kaçınılmazdır. Bazıları ise olsa da olur olmasa da. Bir hastalık ya da yaralanma durumunda sağlık hizmetleri ve ilaç kaçınılmazdır. Örneğin bir kalp ilacının üretilmesi hasta açısından zorunludur, üretici açısından karlı ise üretilir. Fakat bu ilaç bir şekilde üretilmek zorundadır, dolayısıyla ilaç ve sağlık hizmetleri tümüyle serbest piyasaya bırakılamaz. Diğer taraftan bir insanın hasta olarak yaşamını sürdürmesinin ona bireysel zararı olduğu gibi, topluma da zararı vardır. Söz konusu bulaşıcı hastalıklar olduğunda topluma zarar en üst seviyede olur.

1990'ların başından itibaren Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü Türkiye'de sosyal güvenlik ve sağlık sektörünü yeniden yapılandıracak bir reform programının uygulanması için politikalar üretmekte ve hükümetlere destek vermektedir. Reform paketi ile sağlık harcamalarının sınırlandırılması, kamu sağlık harcamalarının azaltılması, kamu dışında yeni kaynak alanlarının yaratılması, yabancı kaynak desteğinin artırılması, sağlık sektörünün piyasalaştırılması, özelleştirme, desantralizasyon, hastanelerin işletmeleştirilmesi, kamu hizmetlerinde sözleşme uygulanması, özel sağlık sigortaları, toplum finansmanı tekniklerinin geliştirilmesi uygulamaları gündeme gelmiştir (Saçaklıoğlu, 2003, 133).

Sağlık reformu yalnız Türkiye'de değil, diğer ülkelerde de hükümetlerin programları arasında öncelikli bir konum kazanmıştır. Ancak, Türkiye'nin kendine özgü sosyal güvenlik sorunları Türkiye'nin sağlık sektöründeki sorunlarını daha da görünür kılmıştır. Cumhuriyetten bu yana sağlık hizmetleri çok çeşitli değişikliklerden geçmiştir. Ancak bu değişiklikler dönemin ihtiyaçları doğrultusunda parçalı olarak uygulanmış ve ortaya karmaşık bir sistem çıkmıştır. Türkiye sağlık sektöründe 1990'lı yılların başından bu yana köklü bir reform sürecinin uygulanması yönünde yapılan çalışmalar, son hükümet dönemiyle büyük bir hız kazanmıştır. Reformlar ile birlikte devletin sağlık alanındaki toplumsal sorumluluğunun planlama ve standart belirlemeye indirgenmek istendiği, bunun da köylülere yoksullara emekçilere sağlık hizmeti sunma ödevinden kaçınması anlamına geldiği savunulmaktadır. Ayrıca Hükümetin reform paketiyle sağlık hizmeti finansmanında genel bütçenin kullanımının azalacağı ve çok sayıda insanın sosyal güvenlik kapsamının dışında kalacağı gözlemlenmektedir (Soyer, 2003,1).

Türkiye, uluslararası işbölümünde yüksek borçlu bir ülke olarak gözükmemekte ve öncelikle borçlarının çevrilmesi görevi yükümlülüğüyle, IMF, ulusal ve uluslararası finans sermayesi tarafından denetim altında tutulmaktadır. Kasım 2002’de toplam 217 milyar dolar olan stok 2005 sonunda 347 milyar dolara tırmanmış, Mayıs 2006 devalüasyonu ile 28 milyar dolar daha büyüyerek 380 milyar dolara yaklaşmıştır. 72 milyon ülke nüfusuna bölündüğünde, 5200 doları aşan bir rakama erişilmektedir. Ulusal gelir bu devalüasyonla gerilemiş, kişi başına gelir 4200 dolara düşmüştür. Kamu harcamalarındaki kesintilerin ve vergi gelirlerinin de sınırına gelinmiş olduğu izlenmektedir. Dolayısıyla, Sağlıkta Dönüşüm Programı özünde, gerek IMF’ye gerekse ulusal ve uluslararası sermaye çevrelerine aktarılacak yeni kaynak arayışı olmamalıdır (Saltık, 2005, 2).

Hastalıklar, toplumlar ve ekonomik kalkınma için büyük bir sorun oluşturmakta ve birçok insanın acı çekmesine neden olmaktadır. Bulaşıcı hastalıklar (SARS, kuş gribi, AIDS) insanla birlikte toplumun devamlılığını tehlikeye düşürürler. Bu nedenle, sağlık stratejik bir konudur.

Yapılan araştırmalar sağlık hizmetlerindeki maliyet kontrolü konusunda kamusal ağırlıklı sistemlerin daha başarılı olduğunu göstermektedir. Özel sektörün hakkaniyet amacını istenilen seviyede yerine getiremeyeceği, ABD sağlık sistemi ve İngiltere sağlık sistemini karşılaştıran ve kamu ağırlıklı İngiltere ve Kanada sağlık sistemlerinin daha hakkaniyetli ve memnuniyet verici olduğu çalışmalarla ortaya çıkmaktadır (Yıldırım, 2001, 4).

Türkiye’de sağlık sisteminde hızlı dönüşümler olmaktadır. Önemli olan sağlık hizmetlerini dünyadaki refah devleti ve sağlık sistemleri dönüşümleri üzerinden yeniden yapılandırmak sağlık hizmetlerini “**bedeli ödenen hizmet**” değil “**hak**” olarak düzenlemektir.



### 11.1. Bulgular

Araştırmanın sonucunda elde edilen bulgular şunlardır:

**Bulgu 1:** İkinci Dünya Savaşından sonra kapitalist ekonominin yaşadığı büyüme ve genişleme eğilimi tıkanma sürecine girmiş ve kar oranlarında düşüş yaşanmıştır. Kapitalist genişlemenin sınırına ulaşılması ile sosyal devlet anlayışının o zamana kadar yüceltilen devlet müdahaleciliğinin yerine, dönemin yeni sloganı “devleti küçültmek” geçmiştir. 1970’lerde krizle karşı karşıya kalan dünya ekonomisi, küreselleşme ideolojisinin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu dönemlerde refah politikaları terk edilerek, serbest piyasa temelli politikalar benimsenmiştir. Kamu sektörü dünyada yaşanan bu gelişmelerden etkilenmiş ve kamu sektörünün nasıl daha iyi yönetilebileceği ve küçültülmüş kamu sektörüyle oluşacak verimli yönetimin gerçekleşmesi için piyasa koşullarına uygun, bürokrasinin olmadığı, **Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının** oluşmasını sağlamıştır

1980’li yıllar hepimizin bildiği gibi dünya üzerindeki yapısal değişimlerin hızlandığı bir dönemdir. Bu dönemden itibaren dünya ülkeleri uluslararası ekonomik ve mali örgütlerin daha fazla boyunduruğu altına girmişlerdir. 1990’larda Sovyetler Birliği’nin yıkılışı Yeni Dünya Düzeni denilen devri başlatmıştır. Tek kutuplu dünyada, refah devleti uygulamalarından kurtulmak istenmesinin de etkisiyle **Dünya Bankası, IMF** gibi örgütler yapısal uyarlama ve sürdürülebilir kalkınma gibi söylemlerle ekonomik finansmanın sağlanmasında en önemli kurumlar olmuşlardır. Uluslararası sermayenin kurumsal sözcüleri alan Dünya Bankası ve IMF gibi örgütler gelişmekte olan ülkelerde sermayenin yeni kar alanı olacak kamu hizmetlerini serbest piyasaya açma yönünde politikalarını ulusal hükümetlere, krediler vererek (borçlandırarak) uygulamaya başlamışlardır. Uluslararası Hizmet Ticareti Antlaşması (GATS)’la kamu hizmetlerini piyasalaştırmanın hukuksal zeminini hazırladılar. Ülkeler GATS’la sağlık sektörünün de içinde bulunduğu kamu hizmetlerini desantralizasyon, özelleştirme gibi yöntemlerle serbest piyasaya açtılar.

**Bulgu 2:** Türkiye’de yeni liberal politikalar 1980 yılında askeri iktidar döneminde başlatılmış ve Özal iktidarları döneminde ekonomik ve toplumsal yapının dönüştürülmesinde temel alınmıştır. Yeni liberal refah modelinde, piyasa-devlet ilişkilerinde serbest piyasa sisteminin temel alınması, devletin küçültülmesi, kamu harcamalarının azaltılması ve böylece devlet müdahaleciliğinin ortadan kaldırılması

amaçlanmıştır. Yeni kamu yönetimi anlayışının Türkiye'ye yansımaları; kamu hizmetlerinin özelleştirilmesi, devleti küçültme, devlet mekanizmasının işleyişine piyasa kurallarını egemen kılma şeklinde olmuştur.

Özelleştirme, 1990'larda küreselleşme eğilimlerinin artmasıyla birlikte, özellikle uluslararası mali kuruluşların (IMF ve Dünya Bankası) gelişmekte olan ülkelere dayattığı istikrar ve yapısal uyarılama politikalarının ana unsurlarından birini oluşturarak sermayenin dünya ölçeğinde hareketini kolaylaştıran güçlü bir ideolojik araca dönüşmüştür. 1980'lerden sonra dünyada yaşanan ekonomik kriz ve uygulanan Dünya Bankası-IMF kaynaklı istikrar programları var olan eşitsizlikleri daha da ağırlaştırmıştır, adına "Yapısal Uyum" denilen programlar ekonomik krizin yükünü az gelişmiş ülkelere yüklemiştir. Dünya Bankası ve IMF gibi örgütlerin politikaları sosyal harcamaların kesilmesi, devletin küçültülmesi, özelleştirme ve ticaretin liberalizasyonu yönündedir.

**Bulgu 3:** Kamu yönetimini yeniden yapılandırma çalışmaları yönetime idari reformlar şeklinde yansımıştır. 1945 sonrasındaki idari reformlarda "devletin büyütülmesi, genişletilmesi" hedeflenirken ve devlete ulusal kalkınmada öncülük görevi yüklenirken, 1980'lerde amaç, "devleti küçültmek-daraltmak" olmuştur. 1980 sonrasında, kamu yönetiminde ve idari reform çalışmalarında ortaya çıkan değişimin temelinde, yeni biçimlenen bu yeni dünya düzeninin gereksinimi yatar. Bunu küresel dönüşüm olarak gören ulusal hükümetler temel kamusal hizmetleri özel sektöre açmışlardır

**Bulgu 4:** Cumhuriyet döneminde sağlık hizmetlerinde öncelik sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve bulaşıcı hastalıkların önlenmesine verilmiştir. O dönemde sağlık hizmetleri yerel yönetimler tarafından yürütülmekte idi. 1950'li yıllarda, özel idare hastanelerinin devletleştirilmesi ve hasta tedavisinin bir devlet hizmeti olarak kabul edilmesi ile sağlık politikalarında dönüşüm başlamıştır. Bu karar tedavi edici sağlık hizmetlerinde standartların yükselmesine her ilde göreceli olarak eşit olanak sağlamasına tedavi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin bir arada yürütülmesine fırsat vermesi bakımından yerinde bir karardır.

1960'ta başlayan dönüşümle, "Sosyal Devlet" anlayışı Türkiye'ye de yansımış ve devletin temel insan haklarının korunup geliştirilmesi görevi, Anayasa güvencesine alınmıştır. Böylece dönüşüm çabalarının, sağlık alanına yansımaları, üç

noktada özetlenebilir: **“Sağlık hakkının Anayasa güvencesine alınması” ,”Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi”, “Sağlık politikalarının da BYKP kapsamında değerlendirilmesi”.**

1980 yılında sağlık politikalarındaki dönüşüm, dünyada yeni bir yapılanmaya denk düşmektedir ve bu yeniden yapılanma süreci, ekonomiden sosyal ve siyasal alana kadar, bütün toplumsal alanları derinden etkilemiştir. 1970’lerin ikinci yarısında, dünya ekonomisinde ortaya çıkan gelişmeler, o güne kadar olduğu gibi Keynesyen iktisat yaklaşımı içinde açıklanamamış ve gelişmiş ülke ekonomileri, bir bocalama dönemine girmiştir. Bu bocalama dönemine ABD ve İngiltere’de liberal/muhafazakâr yönetimlerin işbaşına gelmesi izlemiştir. İdeolojik ve felsefi yaklaşım anlamında “sosyal devlet” görüşü önemini yitirmeye başlamıştır

Bu çerçevede, giderek “Devletin sağlık alanında üstlendiği yükümlüklerin azaltılması” ilkesine uygun politikalara yönelmek istenmiştir. . 1982 Anayasası’nda sağlık hakkı kabul edilmiş ancak, 1961 Anayasası’nda yer alan “Devlet herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesi ve tıbbi bakım görebilmesini sağlamakla görevlidir” ifadesi yerine; ”Devlet herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak(...) amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler” ifadesine yer verilmiştir. Böylece **devletin bu alandaki görevleri sağlık kuruluşlarını planlayıp düzenlemeye indirgenmiştir.**

**1980 sonrasında Türkiye sağlık sektöründe uygulanan politikalarda genel eğilim, sektörde piyasa koşulları ve kurallarının egemen kılınmasını sağlamaya yönelik olmuştur.**

**Bulgu 5:** Hızlı küreselleşme ortamında sermaye, teknoloji, mal ve hizmet sektörlerinde olduğu gibi sağlık sektöründe de bir değişim söz konusudur. Sağlıkta küreselleşmenin fırsatlara da neden olduğu yolunda görüşler vardır. Bunlar küresel pazarda insanlar arasındaki ilişkilerde artma, iyi bilinmeyen hastalıklar üzerinde araştırma ve geliştirme çalışmaları ve hastalıkların küresel yönetimlerle sınır ötesi kontrolünün sağlanmasıdır. Küreselleşmenin sağlık sistemleri üzerinde çok önemli etkileri söz konusudur. Bu etkiler fırsatlar ve tehditler şeklinde değerlendirilebilir. Kamu finansmanının azaltılması ve yeni teknolojiler yoluyla fırsatlar yaratabileceği gibi sağlığın belirleyicilerini de etkilemek suretiyle sağlık sistemlerini ve politikalarını belirleyebilir. Artan demokrasi yoluyla kaliteli hizmet sunumunu

sağlaması, tüketici tercihlerine duyarlılığın artması, sosyal güvenlik kapsamının genişlemesi ve hakkaniyetin sağlanmasını yaratabilir, finansal istikrarsızlık yoluyla da sisteme zarar verebilir.

**Bulgu 6:** 1980'lerden beri bilgi ve iletişim teknolojisinde yaşanan gelişmelerin uluslararası hizmet ticaretine de yansıdığını ve hizmet ticaretinde hızlı artışlara yol açtığını söyleyebiliriz. Uluslararası Hizmet Ticareti Antlaşması (GATS)'na göre eğitim, sağlık, ulaşım, haberleşme gibi toplumsal nitelikli hizmetler kamu hizmeti olmaktan çıkıp ticari hizmet olarak değerlendirilmektedir. Kamu eliyle verilseler de piyasadaki rekabet koşullarına uyarak yerine getirilmesi ticarileştirilmesi antlaşma ile güvence altına alınmaktadır. GATS Antlaşmasının kamu sağlığı uygulamaları açısından nelere yol açtığını Kenya'da yaşananlar tüm çıplaklığıyla ortaya koymaktadır. Günümüzde GATS Hükümleri doğrultusunda kamu hizmet alanlarını özel sektöre ve uluslararası sermayeye açan Kenya'da sağlık hizmetlerinin görünümü örnek teşkil edecek düzeydedir. 1989 yılına kadar tüm Kenya halkı, bedava sağlık hizmeti alma hakkına sahipti ve bu hak kullanabilen bir hak durumundaydı. Fakat 1989'dan itibaren hükümetin kamu harcamalarını azaltma başlığı altında sağlık hizmetlerini kısımaya başlaması ile birlikte "kullanıcı katkısı" adı altında bir uygulamaya gidildi ve sigortasız hastalar, muayene ve tedavi giderlerinin önemli bölümünü ceplerinden ödemeye başladılar. Kamu sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliğinde ciddi bir gerileme başladı. Pek çok Kenyalı için ticari (özel) hastanelere ulaşmak imkânsızlaşırken, sağlık hizmetleri çok daha zor ulaşılabilen bir alan haline geldi.

**Bulgu 7:** Liberalizmin düşünce ve uygulamada tartışılmaz bir egemenlik sağlayacağını söyleyenlerin aksine dünya ekonomik verileri olumsuz yönde seyretmektedir. Birleşmiş Milletler İnsani Geliştirme Raporu'na göre, Dünyanın en zengin %1'i en yoksul %57'si kadar gelire sahiptir. En yoksul %20 ile en zengin %20 arasındaki gelir uçurumu 1960'ta 30/1'den, 1990'da 60/1'e ve 1999'da 74/1'e yükselmiştir ve bu oranın 2015'te 100/1'e tırmanacağı beklenmektedir. 1999–2000 arasında, 2,8 milyar insan günde 2 doların altında gelire yaşadı, 840 milyon insan yetersiz beslendi, 2,4 milyar insan hiçbir sağlık hizmetinden yararlanamadı, dünyada okul çağındaki her altı çocuktan biri okula gidemedi. Küresel tarım dışı insan gücünün %50 kadarının işsiz ya da gizli işsiz olduğu tahmin ediliyor Yeni



liberalizmin savunucuları yeni liberal reformların ya da yapısal uyumun görülmemiş bir ekonomik gelişme ve teknolojik ilerleme, yükselen yaşam standartları ve maddi zenginlik çağı yaratacağını vaat etmişlerdi. Aslında dünya ekonomisi yeni liberal çağda durgunluğa sürüklendi. Dünya GSMH' sının ortalama yıllık büyüme oranı 1950 ile 1973 arasında %4,9'dan, 1973 ile 1992 arasında %3'a, 2001'de %2,7'ye inmiştir (Minqi Li, 2004, 1). Türkiye, uluslararası işbölümünde yüksek borçlu bir ülke olarak gözükmekte ve öncelikle borçlarının çevrilmesi görevi yükümlülüğüyle, IMF, ulusal ve uluslararası finans sermayesi tarafından denetim altında tutulmaktadır. Kasım 2002'de toplam 217 milyar dolar olan stok 2005 sonunda 347 milyar dolara tırmanmış, Mayıs 2006 devalüasyonu ile 28 milyar dolar daha büyüyerek 380 milyar dolara yaklaşmıştır. 72 milyon ülke nüfusuna bölündüğünde, 5200 doları aşan bir rakama erişilmektedir. Ulusal gelir bu devalüasyonla gerilemiş, kişi başına gelir 4200 dolara düşmüştür. Kamu harcamalarındaki kesintilerin ve vergi gelirlerinin de sınırına gelmiş olduğu izlenmektedir. Dolayısıyla, Sağlıkta Dönüşüm Programı özünde, gerek IMF'ye gerekse ulusal ve uluslararası sermaye çevrelerine aktarılacak yeni kaynak arayışı olacaktır.

**Bulgu 8:** Kamu Yönetimi Temel Kanunu ile **sağlık alanında merkezi idareye, ulusal düzeyde koruyucu sağlık, aile planlaması ve ana çocuk sağlığı hizmetleri konusunda görev verilmektedir. Yasada sağlık alanı parçalara ayrılmış bir kısmı merkezi idareye bırakılırken, diğer sağlık hizmetleri yerel yönetimlere bırakılmıştır.** Sağlık Bakanlığının görevi hizmetlere ilişkin ulusal politikaları ve standartları belirlemek, kalkınma planları ile ulusal ve bölgesel planları hazırlamak ve uygulamak, bu konularda bilgi toplamak, inceleme ve araştırma yapmak, yenilikleri incelemek ve hizmetler arasında koordinasyon sağlamaktır. Yasa **“mahalli idare hizmetlerinden yararlananların, hizmetin bedelini ödemeleri”** esasını getirmiştir. Bu yurttaşları müşteri olarak gören anlayışın bir ürünü olarak görünmektedir. Bu anlayış çizgisinde kamu hizmeti kavramının içeriği değişmekte, **kamu hizmeti ticarileşmektedir.** Yasa sağlığa ait görev, yetki, araç, gereç taşınır ve taşınmaz malların il özel idarelerine verileceği hükmünü getirmektedir. Yasa Türkiye'de şu anki iktidarın seçimini **düzenleyici devletten** yana yaptığını göstermektedir. Bu tercih **sosyal devleti tasfiye eden** bir tercihtir. Çünkü **sosyal devlet, toplumsal eşitsizlikleri ortadan kaldırmak amaçlı iken,**

**düzenleyici devlet ise piyasa mekanizmasına dayanan bir sistemi piyasanın gereklerine göre yönetme** odaklıdır. Yasa, bütünsel bir sağlık hizmeti, bütünsel bir sağlık planlamasının yerine, **parçalı ve bölgesel bir sağlık hizmetinin** tercihidir. Bu bölgeler arası eşitsizliğin artacağını, doğuyla batı, kırla kent arasındaki farkın artacağını, sağlık hizmetlerine hem ulaşım, hem sağlık hizmetlerinin niteliği açısından ciddi farklılıkların ortaya çıkacağını en önemli ifadelerinden bir tanesidir. Her bir yerelin kendi eğitim ve sağlık modelini oluşturabilmesine olanak vermesidir. Bugün bu yasa ile İstanbul'da almış olduğumuz sağlık hizmeti ya da tıp eğitimi, Malatya'da çok farklı bir görünümde size sunulabilir. Doğal olarak **ülkede pek çok farklı sağlık modeli ve hizmeti ortaya çıkacaktır, sağlık hizmetlerinde bölgeler arasında ciddi, niteliksel ve niceliksel farklılıklar olacaktır.**

**Bulgu 9:** Türkiye'de de, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı açılarından oldukça karmaşık bir yapı mevcuttur. 19 Şubat 2005 tarihinden itibaren SSK'nın sağlık kurumları TBMM'de 06.01.2005 tarihinde kabul edilen ve 19 Ocak 2005 tarih ve 25705 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 5283 sayılı "**Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun**" ile Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. Böylece SSK'nın sağlık hizmeti sunumu sona ermiş ve sadece sağlık sisteminin finansmanını sağlayan kurumlarından biri olmuştur. Burada amaç **hizmet sunumu ile finansmanı** birbirinden ayırmaktır.

**Bulgu 10:** Temel yaklaşım, koruyucu sağlık hizmetlerinin devlet, tedavi edici sağlık hizmetlerinin ise özel sektör tarafından üstlenilmesi gerektiğidir. Bu işbölümüne varmak üzere üç araç uygulamaya konulmaktadır: **Desantralizasyon, fiyatlandırma ve özelleştirme. Koruyucu sağlık hizmetleri küresel olarak tasfiye edilmektedir.** Kar marjı olmayan alanlar tasfiye ediliyor. Koruyucu hekimlik insanların hasta olmasını önler. Özel sektör hasta olunmasını ister ki karlılık devam etsin. Bu nedenle kamu sağlık kuruluşları bütün dünyada tasfiye edilmekte ve koruyucu hekimliğe gereken önem verilmemektedir.

**Sağlıkta özelleştirme; özel hastanelerin yaygınlaşması, özel sağlık kuruluşlarının genişlemesi şeklinde bir görüntü sergilese de aslında öz olarak sağlıktaki hizmet alanının olabildiğince kar amaçlı kılınması, ticarileşmesidir. Yani toplumun sosyal güvenlik şemsiyesinin daraltılmasıdır.** Sağlık kurumlarının

özelleşmesi, bu kurumların kar ve verimlilik ilkesine göre çalışmalarını zorunlu kılmaktadır. Bunun anlamı ise sağlık kurumlarında daha çok tetkik ve ilaç tüketimidir. **Özelleştirme ilaç ve tıbbi teknoloji üretip pazarlayan sermaye çevrelerine ve pazardan pay kapabilen sağlık işletmelerine yaramıştır.** Ayrıca ilaçta devlet denetimi kaldırılmış ve ilaç fiyatları serbest bırakılmıştır. Böylece Türkiye’de ilaç piyasası birkaç yabancı ilaç tekelinin denetimine geçmiştir. Vergi muafiyeti yolu ile henüz devlet ve üniversite hastanelerinde bulunmayan, pahalı ve gelişmiş tıbbi teknolojinin ülkemize girişi özendirilerek, özel hastane ve muayenehanelerde yoğunlaşmaları sağlanmıştır. Bu şekilde, pahalı teknolojiyi satın almaya gücü yetebilen özel sektör, sağlık alanına çok büyük yatırımlar yapmıştır **Özel sağlık sektörünün yapısı, önemli ölçüde ithalata bağımlıdır ve bu sektöre akan paranın büyük bölümü yurtdışına akmaktadır. Özelleştirmeden esas kazançlı çıkanlar ise yabancı ilaç ve teknoloji şirketleridir**

Kamu hastanelerinin özelleştirilmesi ve daha çok özel hastanenin açılmasıyla birlikte **sağlık kuruluşları hizmetlerini giderek karsız sağlık alanlarından, koruyucu hekimlik hizmetlerinden en çok kar getiren alanlara kaydıracaktır.** Örneğin, estetik cerrahi, akupunktur, zayıflama tedavileri vb. önem kazanacaktır. Tüm bunlarda sağlık harcamalarını arttıracaktır

**Bulgu 11:** Desantralizasyon uygulamaları küreselleşme akımıyla birlikte güncelleşmiş ve Sağlık Bakanlığı da bu çabanın içerisine girmiştir. Desantralizasyon uygulamalarının her zaman başarılı olduğunu söylemek aslında mümkün değildir. Uygulanacağı ülkenin şartlarına göre olumlu ve olumsuz yönleri mutlaka olacaktır. Demokratik anlayışın tam yerleşmemiş olduğu ülkelerde de desantralizasyon istenmeyen sonuçlara yol açabilmektedir. Yeterli sağlık insan gücü, yeterli finansman düzenlemeleri gibi alt düzey yönetsel kapasiteleri güçlendirmeden yapılan desantralizasyon sağlık hizmetlerinin daha kötü verilmesine yol açmaktadır. Merkezi kaynaklar da çevredeki bölgelere yapılacak kaynak aktarımı gereksinmelere göre olmamakta, politikacıların gücüne göre olmaktadır; merkezi hükümetler, bu sefer çevreye taşınmakta aynı yapıyı orada devam ettirmektedir. Bu nedenle yukarıda sayılan sakıncalara karşı önlemler almak son derece önemlidir. Bütünüyle santralize ya da bütünüyle desantralize bir yönetim modeli hiçbir ülkede bulunmamaktadır. Genellikle bunlardan birinin ağırlıkta olduğu karma yönetim modeli benimsenmiştir

**Bulgu 12: Genel bütçeden Sağlık Bakanlığı'na ayrılan pay %3 oranındadır. Dünya Sağlık Örgütü ise Türkiye gibi ülkeler için %10 önermektedir.** Bu şu demektir: Türkiye Hükümetleri genel bütçeden insan sağlığına ayrılması gereken paydan %7 oranında tasarrufta bulunmuşlardır. Almanya sağlığa %17, Avusturya %14, Çek Cumhuriyeti %17, Hollanda %15 ve Portekiz %9 genel bütçeden pay ayırmaktadır Türkiye'de sağlığa ayrılan pay bu ülkeler ile kıyaslandığında çok düşük kalmaktadır. Siyasi iktidarlar kamu sağlık sisteminin çökmesine göz yummuşlar ve bu alana yatırımlar sıfır noktasına çekilmiş, sağlık alanında eşitsizlikler artmıştır. Halk sağlığını serbest piyasa koşullarına bırakmak ülkenin güvenliği kadar önemli ve stratejik bir konudur. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumunda dolaşan para 15 Milyar dolardır Bu miktar ulusal ve uluslar arası sermayenin ilgisini çekmeye yetecek büyüklüktedir.

Türkiye'de artık sağlığa şimdiye kadar ayrılmakta olan miktar kadar bile pay ayırmanın olanağının kalmadığı savunulmaktadır. Kaynakların başka alanlara aktarılmasında ve özellikle askeri gereksinimlerin karşılanmasında zorunluluk bulunduğundan dolayı Sağlık Bakanlığı bütçesini bugünkünden daha fazla oranda arttırmanın olanağının kalmadığı ileri sürülmektedir

**Bulgu 13:** 1990'lardan beri süregelen Genel Sağlık Sigortası (GSS) sağlık alanının finansman yapısını belirleyen aynı zamanda AKP'nin "**Sağlıkta Dönüşüm Programının**" en temel ayağıdır. GSS, **hizmet sunumu ile finansmanın ayrılmasını** temel bir politika olarak ortaya koymaktadır. Bunun anlamı, sağlığın kamusal niteliklerinin ortadan kalkması, kendi kaderlerine terk edilmesidir. Hizmetin finansmandan ayrılması, sağlık hizmetleri sunumunun işletmeleşmesi, sağlık hizmeti talep edenlerin müşteri konumuna gelmeleri ve toplumsal ihtiyaçların değil, karlılığın esas alındığı, buna uygun olarak her bir hizmetin parça başı ücretlendirildiği, ek prim, katkı ve payların devreye girmesi anlamına gelir. GSS modeli ile sağlığın finansmanından elinden geldiğince çekilen kamu, sağlık hizmeti verme görevini de terk ederek sağlık alanında sadece "düzenleyici" bir pozisyona yerleşiyor.

**Bulgu 14:** Sağlığa ilişkin iki temel dünya görüşü ortaya konmaktadır: Birincisi "**sağlığı bir hak**" olarak değerlendiren görüş, ikincisi ise "**sağlığı bir piyasa malı**" olarak gören görüştür. Sağlığı bir hak olarak ele alan görüş sağlığın doğuştan gelen bir insan hakkı olduğunu ve para ile ölçülemeyeceğini ifade eder.

Buna karşılık sağığı bir piyasa malı olarak ele alan görüş ise; sağığın da diğeri mal ve hizmetler gibi piyasa mekanizmasına konu olması ve kişisel ödeme gücüne göre işlem görmesi gerektiğini savunmaktadır. Günümüzde ikinci görüş ağır basmakta ve bu görüş doğrultusunda sağık politikaları (sağıkta liberalleşme, ticarileşme ve özelleşme) şekillenmektedir. Kısaca sağığa ilişkin dünya görüşleri çerçevesinde sağığı ayrılan kamu kaynakları azalmaktadır

**Bulgu 15:** Aile hekimliğı uygulamasında, hekimler rekabet içinde çalışacaklar ve bu çerçevede halka seçme olanağının tanınacaktır. Ancak Avrupa ülkelerindeki deneyimler bize göstermiştir ki bu durum ilacı ve tıbbi malzeme tüketimini artırıcı, yanlış, gereksiz tıbbi uygulamaları uyarıcı, hekimi yanlış ve tıbbi gerekçesi olmayan raporlar vermeye zorlayıcı nitelikler taşımaktadır. Bir üst düzeyde ne kadar sıkı ve iyi işleyen bir denetim mekanizması kurulursa kurulsun pazar koşullarına göre işleyen bir ekonomide, hasta kaybetmemek kaygısının belirleyeceği böylesi gelişmeleri engellemek olanaklı görülmemektedir. Elindeki hastaları kendisiyle rekabet eden diğeri hekimlere kaptırmamak kaygısına düşecek olan aile hekimi olabildiğince teknoloji ve ilaç yoğun bir hizmet sunumu anlayışına yönelecektir. Her birinde bir ya da en fazlasından birkaç hekimin çalıştığı muayenehaneler ufak çaplı “teknoloji çöplükleri” durumuna geleceklerdir. Böyle aksaklıkları olacak olan bir sisteme geçmek yerine olanı doğru şekilde uygulamaya çalışmak daha akıllıca gözükmemektedir

Yaşanan önemli bir sorunda özel sağık kuruluşlarının açılmasıyla sağıkta etik anlayışının yok olmaya başlamasıdır. Kar amaçlı çalışan bu özel hastaneler daha fazla kazanmak amacıyla hastaya yapılan (gerekli-gereksiz) tıbbi işlemlerin sayısını arttırmaktadırlar. Çünkü hekim baktığı hasta başına ve yaptığı tıbbi işlemlere göre prim almaktadır. Buda genel olarak hekimlere karşı bir güvensizlik yaratmaktadır. Sağık alanında özel sektöre büyük olanak tanıyan Amerika Birleşik Devletleri’nde ise son derece yaygın ve sağık bir kamu denetim mekanizması kurulmuştur. Amerika’da doktorlar, yaptıkları her tıbbi girişim için güncel ve geriye yönelik kontroller ve gerektiğinde yargı denetimi altındadırlar. Bu bakımdan doktora kendini emanet eden hastanın içi de rahattır.

**Bulgu 16:** 3359 Sayılı Sağık Hizmetleri Temel Kanununun getirdiğı en temel değışiklik hastanelerin “sağık işletmesi” haline dönüştürülmesidir.

Günümüzde kamu sektöründe her hastanenin bir işletme olması anlayışı sonucu ücretsiz tedavi olanakları giderek kısıtlanmaktadır. Başka bir deyişle ülkemizde **sağlık alanında fiilen özelleşme** yaşanmaktadır. Çok uluslu sağlık şirketlerinin asıl kaygısı ise sağlığı tedavi edici hekimlik temeline oturtarak ilaç, teknoloji vb. tüketimi körüklemek, yatırım yaptığı ülkelerde sağlık sisteminin belirlenmesinde ekonomik, politik bir güç haline gelmektedir

**Bulgu 17:** Sağlık hizmetleri birçok gelişmekte olan ülkede çoğunlukla kamu tarafından yürütülmekte ve özel sektör bunun çok az bir bölümünü üstlenmektedir. Bir hizmet olarak sağlığın, ticari olmayan yararları daha fazladır. Sağlık sektörünün birincil girdisi olan sağlık statüsünü parasal olarak değerlendirmek zordur. Çoğu ülkede sağlık kamu hizmeti olmaya devam etmektedir.

Hastalıklar, toplumlar ve ekonomik kalkınma için büyük bir sorun oluşturmakta ve birçok insanın acı çekmesine neden olmaktadırlar. Bulaşıcı hastalıklar (SARS, kuş gribi, AIDS) insanla birlikte toplumun devamlılığını tehlikeye düşürürler. Bu nedenle, sağlık stratejik bir konudur ve devletin devamlılığını etkiler.

**Bulgu 18:** Sonuç olarak, sayısal büyüklükte kesinlikle küçümsenmemesi gereken düzeylere ulaşmasına rağmen, Türkiye sağlık sektörü; kaynakların etkin kullanıldığı, toplum sağlık düzeyinin gerektiği gibi yükseltilebildiği, halkın hizmete rahatça ulaşabildiği, hizmete ulaşmada bölgesel farklılıkların ortadan kaldırıldığı, etkin bir yapıya ulaştırılmamıştır.

## 10.2. Öneriler

Araştırma sonucunda bulgulara karşılık olarak getirilen öneriler şunlardır:

**Öneri 1:** Dünyanın değişik yerlerinde değişik sektörlerdeki uygulamalar bir yana; bazı mal ve hizmetler doğaları gereği, değişik açılardan serbest piyasaya bırakılamazlar. Bazı mal ve hizmetler yaşam için kaçınılmazdır. Bazıları ise olsa da olur olmasa da. Bir hastalık ya da yaralanma durumunda sağlık hizmetleri ve ilaç kaçınılmazdır. Örneğin bir kalp ilacının üretilmesi hasta açısından zorunludur, üretici açısından karlı ise üretilir. Fakat bu ilaç bir şekilde üretilmek zorundadır, dolayısıyla ilaç ve sağlık hizmetleri tümüyle serbest piyasaya bırakılamaz. Diğer taraftan bir insanın hasta olarak yaşamını sürdürmesinin ona bireysel zararı olduğu gibi, topluma da zararı vardır. Söz konusu bulaşıcı hastalıklar olduğunda topluma zarar en üst seviyede olur. Bu yüzden sağlık hizmetleri serbest piyasaya bırakılmamalıdır.

**Öneri 2:** Özelleştirme sağlık sektörü için can simidi olarak görülmemelidir. Çünkü sağlık hizmetini ve bu hizmetin büyük bir bölümünü üreten hastanelerin diğer sektör ve işletmelerden farklılıkları vardır. Unutulmaması gereken bir nokta da sağlık hizmeti üretiminin ekonomik ve sosyal yönünün yanında, psikolojik ve ahlaki bir yönünün de olduğudur. Bu çerçevede sağlık sistemi sosyo-ekonomik bir sistemdir. Bu sistem içinde hastaneler ise, her türlü sağlık hizmetinin ekonomik olarak kesintisiz üretildiği kar gözetmeyen hizmet kurumları olmalıdır.

**Öneri 3:** Küresel dönüşüm bu olsa gerektir. Devlet, halkından adaletsiz ve ağır vergiler alan ama bu kaynakları halka temel kamusal hizmetler olarak geri döndüren bir düzenek değildir artık. Halkın vergileri ile kamunun yapmış olduğu hastanelerin mali ve yönetsel açıdan zayıflatılarak bilinçli bir politika ile özel şirketlere satılması önlenmelidir. Özel şirketler alt yapısını kamunun oluşturduğu hastaneleri devralarak bir yerde hazır konmuş olacaklardır

**Öneri 4:** 1950’li yıllarda, sağlık politikalarında dönüşüm başlamıştır. Özel idare hastanelerinin devletleştirilmesi ve hasta tedavisinin bir devlet hizmeti olarak kabul edilmesi bu dönüşümlerden en önemlisidir. Bu karar tedavi edici sağlık hizmetlerinde standartların yükselmesine her ilde göreceli olarak eşit olanak sağlamasına tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin bir arada yürütülmesine fırsat vermesi bakımından yerinde bir karardır.

**Öneri 5:** Sosyalleştirme Yasasının öngörülerinden “sağlık hizmetlerinin tek elden yönetimi” hayata geçirilememiştir. Bugün koruyucu sağlık hizmetleri çoğunlukla Sağlık Bakanlığı örgütü tarafından yerine getirilmektedir. Sosyalleştirme Yasası, tüm sağlık hizmetlerinin bir devlet görevi olduğunu, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin bir arada yürütülmesini ve kamu sektöründe sağlık hizmetlerinin tek elden yönetimini öngörüyordu. Bu Kanuna göre ülkedeki kamuya ait tüm sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı’nın bünyesinde tek elden yürütülecekti. Bu kanundaki ilkeler günün koşullarına göre yenilenerek uygulama alanına sunulmalıdır.

**Öneri 6:** Yapılan araştırmalar sağlık hizmetlerindeki maliyet kontrolü konusunda kamusal ağırlıklı sistemlerin daha başarılı olduğunu göstermektedir. Özel sektörün hakkaniyet amacını istenilen seviyede yerine getiremeyeceği, ABD sağlık sistemi ve İngiltere sağlık sistemini karşılaştıran ve kamu ağırlıklı İngiltere ve Kanada sağlık sistemlerinin daha hakkaniyetli ve memnuniyet verici olduğu

çalışmalarla ortaya çıkmaktadır. En az GSMH'nin %10'nunun ayrıldığı kamusal sağlık sistemi oluşturulmalıdır.

**Öneri 7:** Küreselleşmenin sağlık sistemleri üzerinde fırsatlar ve tehditler şeklindeki etkileri değerlendirilerek, küreselleşmenin yarattığı fırsatlardan yararlanılmalıdır. Kamu finansmanının azaltılması ve yeni teknolojiler yoluyla fırsatlar yaratabileceği gibi sağlığın belirleyicilerini de etkilemek suretiyle sağlık sistemlerini ve politikalarını belirleyebilir. Artan demokrasi yoluyla kaliteli hizmet sunumunu sağlaması, tüketici tercihlerine duyarlılığın artması, sosyal güvenlik kapsamının genişlemesi ve hakkaniyetin sağlanmasını yaratabilir.

Küreselleşmenin olumlu yönleri alınmalıdır.

**Öneri 8:** Türkiye GATS Anlaşmasına 1994'te DTÖ kurucu üyesi olarak imza attı ve anlaşma 1995'te TBMM tarafından onaylanarak yürürlüğe girdi. OECD ülkeleri taahhüt listesinin %18'ini kabul ederken, Türkiye %46,6'sını kabul etti (TMMOB, 2006). Taahhütlerdeki hizmet alanlarının piyasalaştırılması amacıyla bir dizi yasa çıkarılmış halende sırada bekleyen çok sayıda yasa tasarısı bulunmaktadır. Son hükümet "Kamu Yönetimi Reformu" başlığı altında toplanan bir dizi yasal düzenleme ile kamu hizmet alanlarının tam liberalizasyonu ve piyasalaştırılması büyük ölçüde tamamlanmış olacaktır.

Kenya deneyimi dikkate alınarak GATS'a yaklaşılmalıdır. Kenya halkı sağlık hizmetlerinden yararlanamaz konuma gelmiştir. Bu bağlamda Türkiye, sağlık alanını özelleştirme ve piyasalaştırma kapsamına sokan GATS yükümlülüğünden vazgeçmelidir.

**Öner 9:** Uluslararası sermaye, IMF ve DB aracılığıyla kredi verdiği ve borçlandığı ülkelere "özelleştirmeleri hızlandırma ve uyum yasalarını çıkartma" yönünde baskı yapmaktadır. Bu nedenle IMF ve Türkiye arasında stand-by anlaşmaları imzalanmıştır. Uluslararası kuruluşlar tarafından kamusal alanda dönüşüm şartıyla verilen krediler, ülkeleri yüksek borçlarla karşı karşıya bırakmakta ve bütçelerin büyük bölümleri yatırım yerine borç faizlerini ödemeye ayrılmaktadır. Bunun sonucu olarak ta sağlığa %3 pay ayrılmaktadır.

Finansman ve sağlık hizmeti sunumunu birbirinden ayıran yeni düzenlemeler ve Genel Sağlık Sigortası ile sağlık hizmetlerinin özel sektöre devrinin özünü



oluşturduğu “Sağlıkta Dönüşüm Programı” kamusal sağlık hizmetine daha fazla payın ayrıldığı etkin verimli bir sağlık sistemi oluşturacak şekilde dönüştürülmelidir.

**Öneri 10:** Türkiye’de sağlık sisteminde hızlı dönüşümler olmaktadır. Kamu Yönetimi Temel Kanunu, her bir yerelin kendi eğitim ve sağlık modelini oluşturmasına olanak verecektir. Bütünsel bir sağlık hizmeti, bütünsel bir sağlık planlamasının yerini **parçalı ve bölgesel bir sağlık hizmetinin** alması bölgeler arası eşitsizliği arttıracak, sağlık hizmetlerinin niteliği açısından ciddi farklılıklar ortaya çıkacaktır. Sağlık Bakanlığı Sağlık **hizmetlerinin bütünlüğü** açısından desantralizasyon ve santralizasyonu birlikte uygulayarak hizmetlerde nitelikte eşitlik, kaynak dağılımında eşitlik gibi ilkeleri gözeterek ve taşra örgütüne yeterli sayıda nitelikli personel sağlayarak planlama, araştırma, geliştirme görevini yürütmelidir. Sağlık hizmetlerinde bölgeler arası standartlarda eşitliği sağlamak önemlidir.

Yasa “**mahalli idare hizmetlerinden yararlananların, hizmetin bedelini ödemeleri**” esasını getirmiştir. Bu yurttaşları müşteri olarak gören anlayışın bir ürünü olarak görünmektedir. Bu anlayış çizgisinde kamu hizmeti kavramının içeriği değişmekte, **kamu hizmeti ticarileşmektedir** Önemli olan sağlık hizmetlerini dünyadaki refah devleti ve sağlık sistemleri dönüşümleri üzerinden yeniden yapılandırmak sağlık hizmetlerini “**bedeli ödenen hizmet**” değil “**hak**” olarak düzenlemektir.

**Öneri 11:** SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı’nın sunduğu çeşitli sağlık sigortaları ile Devlet memurlarına sunulan hizmetler ve Yeşil Kart gibi refah programları birleştirilerek tek bir zorunlu sağlık sigortası sistemi ya da Sağlık Fonu haline getirilmelidir. Sağlık Fonu yüksek oranda özerk olmalı ve profesyonelce yönetilmelidir. Yaşama hakkının korunması sosyal güvenliğin sağlanması ile gerçekleşecektir. Sosyal güvenliği sağlayacak kuruluşların yasal düzenlemeleri “yaşama hakkı ile maddi ve manevi varlığı koruma ve geliştirme haklarını” zedeleyecek veya ortadan kaldıracak hükümler içermemelidir.

**Öneri 12:** Devlet, halk sağlığı için sağlık hizmetlerini gerçekleştirmektedir. Sağlık koşullarının iyileştirilmesi, sağlığı bozacak faktörlerin yok edilmesine yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde verilmesi ve sürdürülmesinde devlet daha önemli bir rol üstlenmelidir. Sağlık hizmetlerinin miktar ve kalitesinin artması için daha fazla harcama yapmak

gerekmektedir. Özellikle sağlık hizmeti veren kurumların harcamalarını düzenli bir şekilde karşılanabilmesi için finansmanın hangi kaynaklardan ve nasıl karşılanacağı önemli bir konudur.

**Öneri 13:** Sağlık alanında desantralizasyonun derecesi ve türü konusunda alınacak karar güç bir karardır. Neyin ne dereceye kadar desantralize edileceği tamamen politik bir karardır. Temel sağlık hizmetlerinde desantralizasyon ve santralizasyon birlikte uygulanmalıdır. Yerel kurumlarda yeterli sayıda istenilen niteliğe sahip personelin bulunması, Sağlık Bakanlığı merkez örgütünde de değişimlerin yapılması, sağlık reformlarının tüm örgüt tarafından benimsenip uygulanması desantralizasyonu başarılı kılacaktır. Sağlık Bakanlığı bölgesel kaynak dağılımında eşitliği sağlamak açısından kontrol görevini üstlenerek, politika belirleme, sağlık hizmetinde standart belirleme, insan kaynakları yetiştirme ve araştırma ile görevli olup hizmetler taşra örgütüne devredilmelidir.

**Öneri 14:** Bir ülkenin gelişmişlik düzeyinin ölçülmesinde sağlık ve eğitimin önemli bir yeri vardır. Ölümden beklenen yaşam süresi, çocuk ölüm oranı, kişi başına düşen hekim, sağlık personeli, yatak sayısı vb ölçütler ülkenin gelişmişlik düzeyinde baz alınır. GSMH'den %3 oranında bir pay alan sağlık hizmetlerinin gelişmesinden söz edilemez. Dünya Sağlık Örgütü en az genel bütçeden %10 sağlık hizmetine ayrılmasını önermektedir. Borç ve askeri harcamalar yerine sağlık ve eğitime yeterince kaynak ayrılmalıdır.

**Öneri 15:** Türkiye'de bir "Genel Sağlık Sigortası" oluşturulması çok önemli bir sosyal reform olacaktır. Bilindiği gibi Hükümet ve Sağlık Bakanlığı, Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin birleştirilmesi ve tüm nüfusun kapsanacağı bir genel sağlık sigortası sisteminin kurulması için çalışmalar yapıyor ve bu amaçla bir kanun taslağı da hazırlandı. 17 Haziran 2006 Tarihinde Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasa Tasarısı TBMM Sağlık ve Sosyal İşler Komisyonunda kabul edildi. Bu aşamada yapılacak bir sağlık reformunun esas amacı, tüm nüfusu bir genel sağlık sigortası (GSS) kapsamı altına almak olmalı ve "**sağlık, bir yurttaşlık hakkı olarak görülmeli**", GSS de mümkün olan en kapsamlı sağlık hizmetini nüfusun tamamına eşit olarak vermeyi amaçlamalıdır. Tasarı bu haliyle hayata geçecek ve başta kayıt dışı çalışanlar olmak üzere, yoksul ve dar gelirli pek çok vatandaşın sistem dışında kalacağı, **Anayasal bir hak olan sağlık hakkının tamamen kişilerin ödeme**

**gücüyle orantılı bir hizmete dönüşeceği görülüyor.** Türkiye'nin çok parçalı finansman yapısının bütünleştirilmesi ve tüm vatandaşların ulaşabileceği kapsamlı bir temel hizmet paketinin tanımlanması gerekmektedir; ancak GSS finansmanının çalışanlardan alınacak primlerle karşılanmasını öngörülüyor. Yoksulluğunu kanıtlayanlar için ise (bugünkü Yeşil Kart uygulamasına benzer şekilde) prim katkısını devletin yapması öngörülüyor. Yani, herhangi bir nedenle yoksul kategorisine girmeyen fakat prim de ödemiş olan yurttaşlar, sağlık hizmetlerinden yoksun kalabilecekler. Oysa amaç sağlığın bir **vatandaşlık hakkı** olarak tanımlandığı bir modeli gerçekleştirmektir. Bu, ancak finansmanın ve hizmetin tamamen birbirinden ayrılması ve **temel hizmet paketinin genel vergilerden ayrılan bir bütçe ile finanse edilmesi** yoluyla olabilir. Diğer bir deyişle, aynen **eğitim gibi, sağlık hizmetleri de devletin vatandaşa karşı asli görevi olarak görülmeli**, bu hizmetin sunumu ödenen primlerle sağlık hizmetinin satın alındığı bir müşteri-satıcı ilişkisi görünümünden uzaklaştırılmalıdır. Aksi takdirde, uygulanacak modeller tüm vatandaşlara sağlık açısından güvenli ve kaliteli bir yaşam sunma vaadini gerçekleştiremeyecek ve prime dayalı bir sistem bugün olduğu gibi gelecekte de nüfusun önemli bir bölümünü sistem dışı bırakacaktır. Sağlık harcamalarını karşılamaya yönelik olarak ücretler veya kazançlardan kesilen primler ancak ücret ve kazancın kayıtlı olduğu ve tutarının bilindiği durumlarda doğru bir şekilde toplanabilir. Türkiye'de olduğu gibi, işgücünün sadece küçük bir kısmının kayıtlı olarak çalıştığı, birçoğunun aldığı ücret veya maaşın doğru olarak beyan edilmediği bir durumda kesinti olarak prim almanın ne kadar zor olacağı açıktır. Böyle bir durumda, kayıt dışı ekonominin içinde olan kişilerin kendi istekleriyle, gönüllü olarak, prim katkısında bulunmaları bekleniyor. Prim katkısında bulunmayanların sağlık sigortası kapsamının dışında bırakılacağı durumda bu sigortanın "genel"liği gerçekleşmeyecektir. Türkiye'de en az 10 milyon kişinin hiçbir sağlık güvencesi bulunmuyor. Yani, Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur veya Yeşil Kart sistemlerinden hiçbirine dahil değiller. Türkiye'de prime dayalı şekilde oluşturulacak bir sağlık sisteminin ne mevcut finansman sorununu çözmek ne de arzu edilen düzeyde kapsayıcılık sağlamak açısından yeterli olamayacağı açık. Tam tersine, böyle bir sistem hem gerekli fonları toplayamayacak hem de sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığı açısından sağlık ve sağlık sigortasının finansmanında primli sistemden uzaklaşarak,

sağlık hizmetlerini genel bütçeden karşılamaya yönelen bir eğilim gözlemleniyor. Bunun nedeni dünyanın her yerinde ekonominin ve de emek piyasasının giderek farklılaşmasıdır. Gelir kaynaklarının çeşitlendiği, ücretlerin ve kazançların daha az oranda kayıtlı olduğu durumlarda devletin prim toplamaya nazaran vergi toplaması daha kolay olacaktır. **Sağlık hizmetlerinin bir sosyal hak olarak görüldüğü durumlarda sağlık harcamalarını vergi gelirlerinden karşılamak daha gerçekçi bir yöntemdir.** Bu nedenle, özellikle Güney Avrupa ülkelerinde prime dayalı sosyal sigorta sistemlerini merkezi bütçeden finanse edilen ve tüm vatandaşlarına kapsamlı bir temel hizmet paketi sunan Genel Sağlık Sigortası'na dönüştürmeyi amaçlayan bir dizi reform girişimi gözlemliyoruz. Bu bağlamda ilk reform girişiminde bulunan İtalya'yı (1978), sırasıyla Portekiz (1979), Yunanistan (1983) ve İspanya(1986) takip etti. AB içinde istihdam yapısı açısından Türkiye'yle benzeşen ülkelerde primli sistemin iyi işlemediği ortaya çıktı, GSS' nin finansmanını vergilerden sağlamanın daha etkin olduğu anlaşıldı. Türkiye'de bu şekilde bir GSS oluşturulması şüphesiz çok önemli bir sosyal reform olacaktır.

Yasalaşan şimdiki GSS ile topluma bugün sunulan kadar bile sağlık hizmeti sunulmayacaktır. Hükümetin **piyasacı-özelleştirmeci sağlık politikaları, sağlığın devletin sağlamakla yükümlü olduğu temel bir insan hakkı olduğu görüşünün karşısındadır.** GSS ile yapılmak istenen, sağlık hizmetlerini ve sosyal güvenliği tek çatı altında toplamak ve herkese eşit bir biçimde sunmak değil, bu güne kadar çalışan kesimlerin kazanımlarını, sağlık ve sosyal güvenlik haklarını daraltmak, bu hizmetlere ulaşmak için ek vergiler getirmek, nihai olarak da bu hizmetleri özel sektörün karlılık alanı haline dönüştürmektir. Toplumun genelinin karşısında yer aldığı bu yasa yeniden düzenlenmelidir.

**Öneri 16:** Sağlık; doğuştan kazanılmış bir insan hakkıdır. Sağlıkta eşitlik ilkesine göre ise sağlık potansiyeline ulaşmak açısından kimse dezavantajlı olmamalıdır. İşte bu anlayış doğrultusunda yapılması gerekende sağlık hizmetlerinin bir kar kaynağı olarak görülmesinden vazgeçilmelidir. Hastane kapılarında birikmenin nedeni sağlık kurumlarının verimsiz çalışması değil, sağlık hizmetlerinin çevreden merkeze doğru kademelenmemesi ve iyi örgütlenmemesidir. Sektörler arasında insanı doğrudan ilgilendiren onun mutluluğu kadar üretim gücünü de etkileyen en önemli sektörlerden birisi sağlık sektörüdür.

**Öneri 17:** hastaları diğer hekimlere kaptırmamak kaygısına düşecek olan aile hekimi olabildiğince teknoloji ve ilaç yoğun bir hizmet sunumu anlayışına yönelecektir. Muayenehaneler ufak çaplı “teknoloji çöplükleri” durumuna geleceklerdir. Böyle aksaklıkları olacak olan bir sisteme geçmek yerine olanı doğru şekilde uygulamaya çalışmak daha akıllıca gözükmektedir

Özel sağlık kuruluşlarının açılmasıyla sağlıkta etik anlayışı yok olmaya başlamıştır ve özel hastaneler daha fazla kazanmak amacıyla hastaya yapılan (gerekli-gereksiz) tıbbi işlemlerin sayısını arttırmaktadırlar. Sağlık alanında özel sektöre büyük olanak tanıyan Amerika Birleşik Devletleri’nde ise son derece yaygın ve sağlam bir kamu denetim mekanizması kurulmuştur. Amerika’da doktorlar, yaptıkları her tıbbi girişim için güncel ve geriye yönelik kontroller ve gerektiğinde yargı denetimi altındadırlar. Bu bakımdan doktora kendini emanet eden hastanın içi de rahattır. Türkiye’de ABD’deki sistemin uygulanabilmesi her şeyden önce meslek etiğine saygılı sağlık personeli ve bilinçli eğitim seviyesi yüksek hasta ile sağlanır. Fakat sağlık hizmetleri uzmanlık gerektiren alanlar olduğundan hastalar genellikle yapılan sağlık hizmetinin niteliğini ve niceliğini bilmez sağlık kuruluşuna ve hizmeti sunana güvenmek zorundadır. Bu nedenle iyi bir denetim sistemi gereklidir.

**Öneri 18:** Sağlık işletmesi haline dönüştürülen kamu sektöründe her hastanenin bir işletme olması anlayışı sonucu ücretsiz tedavi olanakları giderek kısıtlanmaktadır. Uluslararası sağlık şirketleri hastalığı engelleyici koruyucu sağlık hizmetleri yerine, ilaç, teknoloji vb. kullanımının yüksek olduğu tedavi edici sağlık hizmetlerine yatırım yaparlar. Bu anlamda koruyucu sağlık hizmetlerinde asıl görevi kamu yüklenerek tedavi edici sağlık hizmetlerinin kullanımını azaltılabilir.

Yapılan araştırmalar özel sağlık kuruluşlarının kamudan daha yüksek maliyetle çalıştığını göstermiştir. Özel hastanelerin teknoloji yoğun ve tedavi hizmetlerine ağırlık veren hizmet sunumlarının maliyeti hastaya ve devlete çıkmaktadır.

**Öneri 19:** Bir ülkenin en değerli serveti olan insanın, iktisadi faaliyetlere verimli bir şekilde katılması için önce sağlık şartlarının iyileştirilmesi sonra eğitim seviyesinin yükseltilmesi gerekmektedir. Özellikle kalkınma çabası içinde bulunan ülkeler kalkınma çabasının gerektirdiği ve insan unsuru ile ilgili bulunan sağlık hizmetlerini iyileştirmek zorundadırlar. Üstelik sağlık düzeyi ile ilgili veriler, ülkenin

kalkınmışlık derecesini ortaya koyan en önemli verilerdir. Sağlık hizmetleri insanların yaşam sürelerine, kuvvet ve dirençlerine, enerji ve canlılıklarına etki eden bütün faaliyetleri kapsamaktadır

**Öneri 20:** Türkiye’de ilaç piyasası birkaç yabancı ilaç tekelinin denetimine geçmiştir. Vergi muafiyeti yolu ile henüz devlet ve üniversite hastanelerinde bulunmayan, pahalı ve gelişmiş tıbbi teknolojinin ülkemize girişi özendirilerek, özel hastane ve muayenehanelerde yoğunlaşmaları sağlanmıştır. Bu şekilde, pahalı teknolojiyi satın almaya gücü yetebilen özel sektör, sağlık alanına çok büyük yatırımlar yapmıştır. Özel sağlık sektörünün yapısı, önemli ölçüde ithalata bağımlıdır ve bu sektöre akan paranın büyük bölümü yurtdışına akmaktadır. Özelleştirmeden esas kazançlı çıkanlar ise yabancı ilaç ve teknoloji şirketleridir

Kamu hastanelerinin özelleştirilmesi ve daha çok özel hastanelerin açılmasıyla birlikte sağlık kuruluşları hizmetlerini giderek karsız sağlık alanlarından, koruyucu hekimlik hizmetlerinden en çok kar getiren alanlara kaydıracaktır. Örneğin, estetik cerrahi, akupunktur, zayıflama tedavileri vb. önem kazanacaktır. Tüm bunlarda sağlık harcamalarını arttıracaktır

Sonuç olarak Türkiye sağlık sektörü; özelleşme yolunda hızla ilerlerken, kaynakların etkin kullanıldığı, toplum sağlık düzeyinin gerektiği gibi yükseltilebildiği, halkın hizmete rahatça ulaşabildiği, hizmete ulaşmada bölgesel farklılıkların ortadan kaldırıldığı, etkin bir yapıya ulaştırılmamıştır.

### 11.3. Genel Sonuç

Son yirmi beş yıllık süreçte dünyanın düzeni tamamen değişmiş, soğuk savaşın bitmesi ve iki kutupluluğun ortadan kalkmasıyla ekonomik ve politik arenada eski kuruluşlar yerlerini yeni dünya düzeninin aktörlerine bırakmıştır. Sektörler arası ilişkiler ulus aşırılaşmakta, şimdiye kadar egemen olan mal ticareti yerini hizmet ticaretine bırakmaktadır. Sosyal devletin tasfiye süreci diğer sektörlerin yanında, sağlık hizmetlerinin de bir kar aracı haline getirilmesi süreci ile birlikte seyretmekte, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, dünyada hizmetlerin özelleştirilmesi sürecinin bir parçası haline gelmektedir. Yakın gelecekte sosyal devletin temel bileşeni olan ulusal sağlık hizmetlerinin tasfiye edileceğini söylemek abartı olmayacaktır. Devletin sağlık hizmetlerindeki rolünün azalması koruyucu sağlık hizmetlerini tamamen sahipsiz bırakacak, özel sektöre bırakılan tedavi hizmetlerinde maliyet artacak ve

toplumda yoksullaşma giderek artacaktır. Sonuç sağlıksız bir toplum ve paran kadar sağlık ortamıdır. Sağlık piyasaya açılmaması gereken doğuştan kazanılmış bir haktır.

Bir ülkenin en değerli serveti olan insanın, iktisadi faaliyetlere verimli bir şekilde katılması için önce sağlık şartlarının iyileştirilmesi sonra eğitim seviyesinin yükseltilmesi gerekmektedir. Özellikle kalkınma çabası içinde bulunan ülkeler kalkınma çabasının gerektirdiği ve insan unsuru ile ilgili bulunan sağlık hizmetlerini iyileştirmek zorundadırlar. Üstelik sağlık düzeyi ile ilgili veriler, ülkenin kalkınmışlık derecesini ortaya koyan en önemli verilerdir. Sağlık hizmetleri insanların yaşam sürelerine, kuvvet ve dirençlerine, enerji ve canlılıklarına etki eden bütün faaliyetleri kapsamaktadır. Ekonomik gelişme bir bakıma üretici güçlerin gelişmesiyle gerçekleşen bir süreçtir. Bu sürecin temel bileşenlerinden biri de insan ve insan emeğidir. Emeğin niteliğinin ve veriminin artırılmasında önemli parametrelerden biri de sağlık hizmetleridir. Sağlık hizmetlerine verilen önemin tek göstergesi ise ayrılan kaynakların büyüklüğüdür. Sağlık hizmeti yapısı gereği diğer hizmetler gibi değerlendirilememektedir. Sağlık herkes için doğuştan kazanılmış ve vazgeçilmez bir haktır. Dünyadaki birçok devlet sağlık hizmetlerinin sunumunu kamu aracılığı ile yapmaktadır Sağlık hizmetlerinde özelleştirme, küreselleşme vb. adını ne koyarsak koyalım bu bir mülkiyet tartışması değildir. Kamu sağlık hizmetleri ve bu hizmetleri sunan kamu sağlık kuruluşları toplumsal kazanımlardır. Kamu mülkiyetinin özel mülkiyete dönüştürülmesi sağlık hakkının gaspından başka bir şey değildir. Sonuçta halk kendi cebinden çıkacak paralarla, kendi denetleyemediği sağlık kuruluşlarından hizmet alacaktır. Doğuştan bir hak olan sağlık hakkını mülkiyet tartışmasına indirgemekten kurtarıp, hizmeti alanlarla sunanların yan yana gelerek ve hizmetin sunumunda doğrudan söz sahibi etmek gerekmektedir. Sonuç sağlıksız bir toplum ve paran kadar sağlık ortamıdır. Sağlık piyasaya açılmaması gereken doğuştan kazanılmış bir haktır.

Bu araştırma sonucunda elde edilen bilgiler ışığında sonuç değerlendirmesi şöyledir: “ Neoliberal politikalarla sağlık hizmetinin piyasalaştırılması sağlık hizmetinden bir insan hakkı olarak yararlanma olanaklarını ortadan kaldırmıştır. ”, “Minimum devlet minimum sağlık demektir.”, “Türkiye’de ulusal bir sağlık siyaseti (politikası) yoktur. Bu nedenle sağlık siyasetinin rüzgârına emanettir.” denencelerinin doğrulandığı görülmüştür.

Atatürk Milli Mücadeleden sonra sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde devletin önemini vurgulayan şu sözleri söylemiştir: “ Ulusun tüm bireylerinin sağlıklı olmaları için sağlık koşullarını gerçekleştirmek, devlet durumunda bulunan siyasal kuruluşların en birinci görevidir “.

**“YENİ KAMU YÖNETİMİ ANLAYIŞI VE SAĞLIK HİZMETİ”** başlığını taşıyan bu yüksek lisans araştırması sonunda yeni araştırmacılara şu konuların çalışılması önerilebilir:

(1) “Dünyadaki Çeşitli Sağlık Sistemlerinin Dönüşümü, Sosyal Devlet Krizi Ve Reform Çabaları” .

(2) “Türkiye’nin Sosyo-Ekonomik Yapısı Ve Sağlık: Genel Sağlık Sigortası Açısından İncelenmesi” .



### KAYNAKÇA

- AK, Bilal, (2001), Kavramlar ve Sağlık Sistemi, **Yeni Türkiye 2001 Sağlık- I**, S.39, s.299–311.
- AKSAKOĞLU, Gazanfer,(1994), “Denenmeyen Model: Sosyalleştirme”, **Toplum ve Hekim**, Nisan 1994, s.52.
- AKSOY, Şinasi, (1995), “ Yeni Sağ ve Kamu Yönetimi”, **Kamu Yönetimi Sempozyum Bildirileri**, Cilt:2, Ankara: TODAİE, s.159–173.
- AKTAN, Coşkun Can, (1995), “Klasik Liberalizm, Neo-Liberalizm Libertarianizm”, **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt:38, Sayı:1, s. 3–32.
- AKTAN, Coşkun Can, (1999), “Globalleşme, Bölgeselleşme ve Yerelleşme”, **Müdahaleci Devletten Sınırlı Devlete**, Ankara: Yeni Türkiye Yayınları, s.119–122.
- AKTAN, Coşkun Can, (1992), **Türkiye’de Özelleştirme Uygulamaları**, İstanbul: TÜSİAD Yayını.
- Ana Britannica**, (1989a), Cilt:14, İstanbul: Ana Yayıncılık A.Ş.
- Ana Britannica**, (1989b), Cilt:12, İstanbul: Ana Yayıncılık A.Ş.
- ARDIÇ, Fatma, Muharrem Baytemur, İlker Belek, Eriş Bilaloğlu, Bülent Kılıç, Erhan Nalçacı, Hamza Onurhanoğulları, Ata Soyer, (1992), **Sağlık Reform Paketi Neyin Peşinde?** , İstanbul: Sorun Yayınları.
- ATALAY, Selçuk, (2005), “Sağlığın Piyasalaştırılması ve Sağlıkta Eşitsizliğin Artması İçin Bir Model: Genel Sağlık Sigortası”, **Kamu Yönetimi Dünyası**, Temmuz-Eylül 2005, S. 23, s.37–40.
- ATUN, Rıfat A, (2001), “Kamu Sağlık Sektöründe Değişim”, **Yeni Türkiye**, Sayı: 40, s.1148–1162.
- AYERİ, Burhan, (2006), **”İlaç Alımları Alarm Veriyor”** , **Güneş**, 06.02.2006.
- Barikat, (2003, Haziran), **“ Kamu Emekçilerini Neler Bekliyor?”**,  
İndirilme Tarihi: 3 Şubat 2006.  
<http://www.barikat-lar.de/gorusler>
- BAŞARAN, Ali Kemal, (2001), “Sağlık Politikaları”, **Yeni Türkiye 2001 Sağlık- I**, S.39, s.241–242.
- BAŞKAYA, Fikret, (1992), **Kalkınma İktisadının Yükselişi ve Düşüşü**, Ankara: İmge Yayınları.

- BAŞKAYA, Fikret, (2004), **Çığırından Çıkmış Bir Dünya**, Ankara: Özgür Üniversite Kitaplığı.
- BELEK, İlker, Ata Soyer, (1995), **Sağlıkta Özelleştirme**, İstanbul: Sorun Yayınları.
- BELEK, İlker, (1995), “Sağlıkta Yeni Yönelimler”, **Sağlıkta Özelleştirme**, İstanbul: Sorun Yayınları.
- BELEK, İlker, (1998), “Hastane Mülkiyet Durumu İle Kaba Ölüm Hızının İlişkisi: Hangisi Daha Başarılı? Kamu Hastaneleri mi? Özel Hastaneler mi?”, **Toplum ve Hekim**, C:13, S:1, Ocak-Şubat 1998.
- BELEK, İlker, Hamza Onurhanogulları, Erhan Nalçacı, Fatma Ardıç, (1998), **Sınıfsız Toplum Yolunda Sağlık Tezi**, İstanbul: Sorun Yayınları.
- BELEK, İlker, (2001a), “Sağlık Reformları Kriz ve Sağlık Paradigmasında Liberal Yeniden Yapılanma”, **Toplum ve Hekim**, C.16, S.6, Kasım-Aralık 2001, s.432.
- BELEK, İlker, (1997), “Sağlıkta İç Piyasa ve Yönetilen Rekabet: Özelleştirmenin Genişleyen Etki Alanı”, **Toplum ve Hekim**, Eylül-Ekim1997, C.12, S.81, s.27.
- BELEK, Hülya, İlker Belek, (1997), “Sağlık Hizmetlerinin Desantralizasyonu”, **Toplum ve Hekim**, C: 12, S:78, Mart-Nisan 1997.
- BELEK; İlker, (2001b), **Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlıkın Ekonomi Politikası**, İstanbul: Sorun Yayınları.
- BİLALOĞLU, Eriş, Bülent Kılıç, (1995), “Hastanelerde Reform”, **Toplum ve Hekim**, C:10, S:69–70, Eylül-Aralık 1995.
- BOZKURT, Ömer vd., (1998), **Kamu Yönetimi Sözlüğü**, Ankara: TODAİE Yayını.
- “Bu kez de Bush’un Sağlıkını Bozacak”, (2006), 2006, 12 Temmuz, Milliyet.
- Bursa Tabip Odası, (1995), “Yeni Sağlık Reformu Ne Getiriyor? Ne Götürüyor?”, **Toplum ve Hekim**, C:10, S:69–70, Eylül-Aralık 1995.
- CAN, Nejla, (2001), “AB İle Entegrasyon Sürecinde Türk Sağlık Sektörünün Durumu”, **Yeni Türkiye**, Temmuz Ağustos, S:40, s.1387.
- CENTEL, Tankut,(1997), **Sosyal Güvenlikte Yapısal Değişim**, İstanbul: MESS Yayınları.
- ÇAM; Esat, (1995), **Siyaset Bilimine Giriş**, İstanbul: Der Yayınları.
- DİRİCAN, Rahmi, (1990), **Toplum Hekimliği**, Ankara.

- DOĞRU, Osman, (1998), **İnsan Hakları Uluslararası Mevzuatı**, İstanbul: Beta Yayınları.
- DPT, **2006 Yılı Programı**, Ankara 2005.
- DPT; **Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963–1967)**, Ankara: DPT Yayın
- DPT; **İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968–1972)**, Ankara: DPT Yayın
- DPT; **Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973–1977)**, Ankara: DPT Yayın
- DPT; **Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1978–1984)**, Ankara: DPT Yayın
- DPT; **Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985–1989)**, Ankara: DPT Yayın
- DPT; **Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990–1994)**, Ankara: DPT Yayın
- DPT; **Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996–2000)**, Ankara: DPT Yayını.
- DPT; **Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001–2005)**, Ankara: DPT Yayını.
- Dünya Sağlık Örgütü**, (2006, Mayıs 21), İndirilme Tarihi:21 Mayıs 2006,  
[http://tr.wikipedia.org/wiki/D%C3%BCnya\\_Sa%C4](http://tr.wikipedia.org/wiki/D%C3%BCnya_Sa%C4).
- “Emeklilikte ‘Standart’ Devrimi”**, 15 Nisan 2006, Milliyet.
- EMRE, Cahit,(1998), “Yönetim Bilimi”, **Cumhuriyet Döneminde Türkiye’de Bilim, Sosyal Bilimler II**, Ankara: TÜBA, 35- 55.
- EROĞLU, Nadir, (2002), **Finansal Küreselleşme Devletin Düzenleyici Rolü Üzerine Etkileri, Küreselleşme. İktisadi Yönelimler ve Sosyopolitik Karşıtlıklar**, Om Yayınevi, İstanbul.
- ESER, Turan, (2005), **AKP’den Sağlık Vergisi: Vatandaş Sağlık Kaskosu**,  
 İndirilme Tarihi: 4 Şubat 2006,  
<http://www.alevi.com>.
- FİŞEK, Nusret, (1985), **Halk Sağlığına Giriş**, Ankara:Hacettepe Üniversitesi Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını.
- FİŞEK, Nusret, (1991), Türkiye Cumhuriyeti Hükümetleri Sağlık Politikaları,  
**Toplum ve Hekim**, Aralık 1991.
- Genel Sağlık Sigortası**, Radikal İki, 10.10.2004.
- GÖNLÜBOL, Mehmet,(1993), **Uluslararası Politika**, Ankara: Atilla Kitabevi.
- GÜLER, Birgül Ayman, (2005), **Yeni Sağ ve Devletin Değişimi**, Ankara: İmge Yayınları.
- GÜLER, Birgül Ayman, (2005), **Devlette Reform Yazıları**, Ankara: Paragraf Yayınları.

- GÜLER, Birgül Ayman, (2003), “İkinci Dalga: Siyasal ve Yönetimsel Liberizasyon Kamu Yönetimi Temel Kanunu”, **Kamu Yönetimi ve Yerel Yönetimler Sempozyumu**,10–11 Ekim 2003, s.21.
- GÜRSOY. Gencay, (1989), Sağlık, **Cumhuriyet Dönemi Türkiye Ansiklopedisi**, C,6.
- HABERMAS, Jurgen,(2000), **Kamusalığın Yapısal Dönüşümü**, İstanbul: İletişim Yayınları.
- HANÇERLİOĞLU, Orhan,(1993), **Ekonomi Sözlüğü**, İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Hasta Hakları Yönetmeliği**, (1998), Resmi Gazete, Tarih: 01.08.1998, Sayı:23420. İndirilme Tarihi: 1 Mart 2006, <http://www.saglik.gov.tr>.
- Health Sector Reforms İn Turkey 1997, Ankara: Barok Yayıncılık.
- İçişleri Bakanlığı Mahalli İdareler Genel Müdürlüğü, **Mahalli İdareler Reformu Kanun Tasarıları**, Ankara 1997, s.15–16.
- KAHVECİ, Mehmet, (2001), Sosyalleştirme Mümkün mü? , **Sol** Haftalık Bilim, Siyaset, Kültür ve Sanat Dergisi, S:136, Haziran 2001.
- Kamu Kurum Ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ile Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik**, Tarih: 11.1.1995, Madde–8.
- Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı**, (2006), İndirilme Tarihi:5 Şubat 2006. <http://www.belgenet.com/yasa/kamu-05.html>
- KARA, Uğur, (2004), **Sosyal Devletin Yükselişi ve Düşüşü**, Ankara: Cantekin Yayınları.
- KARAMAN Toprak, Zerrin (1995), “Küreselleşmede Yönetimin Etkisi”, **Türk İdare Dergisi**, Sayı:409, Aralık, s.43.
- KAZGAN, Gülten, (2000), **Küreselleşme ve Ulus-Devlet, Yeni Ekonomik Düzen**, İstanbul:İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları..
- KILIÇ, Bülent, Çiğdem Bumin, (1993), “Sağlık Sistemleri”, **Toplum ve Hekim**, Şubat 1993, S.53, s.41–47.
- KILIÇ, Bülent, Gazanfer Aksakoğlu, (1994), “Sağlık Sistemlerini Sınıflandırılmasına İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar”, **Toplum ve Hekim**, Kasım 1994- Şubat 95, C 9, S 64–65, s.8.

- KILIÇ, Bülent, (1998), “Uluslararası verileriyle Sağlıkta Eşitsizlikler”, **Toplum ve Hekim**, C:13, S:2, Mart-Nisan 1998.
- KILIÇ, Bülent, (2002), ”DSÖ ile Geçen Yarıym Yüzyıllık Süreçte Dünyada Sağlık Durumu (1950–2000)”, **Toplum ve Hekim**, Mart-Nisan 2002,C. 17, S. 2,s.126.
- KIŞLALI, Ahmet Taner, (2006), **Siyasal Sistemler- Siyasal Çatışma ve Uzlaşma**, İndirilme Tarihi 24 Mart 2006.  
[http://www.1001kitap.com/Ahmet\\_Taner\\_Kislali/siyasal\\_sistemler/ss1](http://www.1001kitap.com/Ahmet_Taner_Kislali/siyasal_sistemler/ss1)
- KOÇ, Mustafa, (2003),” Küreselleşmenin Sosyolojik Boyutları”, **Küreselleşme ve Psikiyatri**, Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları, s.52.
- KOLÇAK, Mahmut, (1995), **Planlı Dönemlerde Sağlık Politikalarının Analizi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi**, Ankara.
- KONUK, Mahmut, (1997), **Özelleştirmede Pilot Hastane: Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesinde Neler Oluyor?**, Ankara: Sağlık ve Sosyal Hizmetler Emekçileri Sendikası Yayını.
- KUTAL, Metin, (1989), Avrupa Sosyal Şartı ve Türkiye’nin Onayı, **İktisat ve Maliye Dergisi**, C:36, S:12, Aralık 1989, s 493–494.
- KUTBAY, Recai Ekrem, (2003), **Sağlık Sektöründe Küresel Boyut**, Ankara: Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- KUTBAY, Recai Ekrem, (2002), Panel, “GATS ve Kamu Hizmetleri”, **Mülkiye Dergisi**, Cilt:25, Sayı 235 (Temmuz-Ağustos), s. 25–95.
- KUZU, Burhan,(1993), **Türk Anayasa Metinleri ve İlgili Mevzuat**, İstanbul: Filiz Kitabevi.
- KÜÇÜK; Aziz, (2006), **“İdarenin Tıbbi Hizmetlerden Doğan Sorumluluğu”**, İndirilme Tarihi: 10 Ocak 2006,  
<http://www.hukuki.net/www.saglikhukuku.net/bilgi/a048.asp>.
- MARAL, Işıl, (1995), “Yeşil Kart”, **Toplum ve Hekim**, C:10, S:69–70, Eylül-Aralık 1995, s. 125–128.
- MAZGİT, İsmail, (1998), **Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması**, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.

- MİNQİ Lİ, Monthly Review, (2004), **Yeni Liberalizmden Sonra: İmparatorluk mu,? Sosyal Demokrasi mi, Sosyalizm mi?**, İndirilme Tarihi:24.02.2006  
<http://www.antimai.org/bs/minqili0204.htm>
- “Neoliberalizm”, (2002), Barikat, Sayı:4,İndirilme Tarihi:2 Ocak 2006,  
<http://www.turksolu.com/55/aksit55.htm>.
- OECD Health Data 2004, İndirilme Tarihi:15.08.2006.  
[http:// www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/ytkiy2004/T13.xls](http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/ytkiy2004/T13.xls).
- OKUR, Ali Rıza,(1992), **Sağlık Hakkı ve Sağlık Sigortaları**, Yayınlanmamış Profesörlük Takdim Tezi.
- ORHANER, Emine,(2006), Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası, **Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi**, Yıl:2006, Sayı:1
- ÖZALP, Ahmet,(2006),Kapitalizm, İndirilme Tarihi 3 Nisan 2006.  
[http://www.sevde.de/islam\\_Ans/K/kapitalizm.htm](http://www.sevde.de/islam_Ans/K/kapitalizm.htm).
- ÖZBUDUN, Ergün,(1993), **Türk Anayasa Hukuku**, Ankara: Yetkin Yayıncılık.
- ÖZDEK, Yasemin, (1999), “Globalizmin İdeolojik Hegemonyası”, **Amme İdaresi Dergisi**, 32,3:25–47.
- ÖZDEMİR, Yusuf Ekrem, (2001), “Sağlık Reformları 1980 ve 90’lı Yılların Sağlık Politikaları”, **Yeni Türkiye**, Sayı:39,s.276–293.
- ÖZDOĞAN, Mehmet, (2000), “Dünden Bugüne İdeoloji, Sağlık ve Alma-Ata, Sağlıkta Sınıf Tavrı”, **Sendikal Araştırma Dergisi**, S:20, Nisan 2000, s.27-29.
- Özel Hastaneler** (2005, 12 Mayıs), İndirilme Tarihi: 15.8.2006  
<http://www.sabah.com.tr/2005/12/05/sag122.html>.
- ÖZTEK, Zafer, (2001), “Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri” **Yeni Türkiye 2001 Sağlık- I**, S.39, s.295–298.
- ÖZTÜRK, Azim, (1993), “Sağlık Sektöründe Özelleştirme: Devlet Hastaneleri Açısından Bir Değerlendirme”, **Verimlilik Dergisi**, Milli Prodüktive Merkezi Yayını.

**“Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart**

**Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun**“, RG:

18.6.1992/22314.

SAÇAKLIOĞLU, Feride, (2003), ”Küreselleşme ve Toplumsal Sağlık Durumu”,

**Küreselleşme ve Psikiyatri**, Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayını, s.132–

138.

“**Sağlık**”, (2006), İndirilme Tarihi: 4 Şubat 2006, <http://www.tmmob.org.tr>.

Sağlık Bakanlığı, (2004) **Sağlık İstatistikleri**.

“**Sağlıkta Dönüşüm Projesi**”, (2006a), İndirilme Tarihi: 5 Şubat 2006,

<http://www.worldbank.org.tr>.

“**Sağlıkta Dönüşüm Projesi**”, (2006b), Sağlık Bakanlığı İzleme ve Değerlendirme

Birimi, İndirilme Tarih: 5 Eylül 2006,

<http://www.izleme.saglik.gov.tr/08.htm>.

“**Sağlık Bakanlığı’nı Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde**

**Kararname**” Tarih:13.12.1983, Sayı:181, Madde:48, RG: 14.12.1983/18251

Mükerrer.

**Sağlık Çalışma Grubu Dönem Raporu**, İndirilme Tarihi:40.02.2006,

<http://www.antalyakentkonseyi.org.tr>.

“**Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu**”, (2005), **Sağlık Mevzuatı**, Ankara: Seçkin

Yayıncılık.

“**Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun**”, Tarih:12.01.1961,

İndirilme Tarihi:10.2.2006,

<http://www.saglik.gov.tr>.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (SSYB), (1973), **Sağlık Hizmetlerinde 50. Yıl**,

SSYB Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü, Ankara:

Yayın no:422.

SALLAN GÜL, Songül, (2004), **Sosyal Devlet Bitti Yaşamın Piyasa**, İstanbul: Etik

Yayınları.

SALTIK, Ahmet, (2002), “Yeni Dünya Düzeni ve Cumhuriyetin Sağlığı”, **Teori**,

Sayı:151, s.22–39.

- SALTIK, Ahmet,(2005), “**Sağlık Politikaları Artık Stratejik Önemde**”, İndirilme Tarihi:30.08.2006,  
[http://add.org.tr/index.php?option=com\\_](http://add.org.tr/index.php?option=com_)
- SARGUTAN, Erdal, (1993), **Türk Sağlık Hizmetleri Yapı ve Ürünlerinin İyileştirilmesi**, Ankara: Türk-İş Yayınları.
- SAVAŞ, B. Serdar, (2001), “Türkiye Sağlık Sistemine ‘Kısa Bir Genel Bakış’”, **Yeni Türkiye 2001 Sağlık- I**, S.39, s. 87–128.
- SAVRAN, Sungur, (1998), ”Yeni Dünya Düzen(sizliği)i, Küreselleşme Özelleştirme”,**Yeni Dünya Düzeni ve Özelleştirmeler**”, İstanbul: s.7–10.
- SAYEK, Fusun, (1995), “Devlet Hastaneleri ve İyi Hekimlik”, **Toplum ve Hekim**, C:10, S:69–70, Eylül- Aralık 1995.
- SEMİH, Şemin, Gazanfer, Aksakoğlu, (1995), “**Sağlık Alanında Artan Sorunlar ve DSÖ’ nün Azalan Etkinliği**”, Toplum ve Hekim, C.10, S.68, Temmuz-Ağustos 1995, s.46
- SEZER, Birkan Uysal, (1992), “**Büyük Devlet-Küçük Devlet Tartışması**”, Amme İdaresi Dergisi, cilt:25, sayı:4, s.3- 29.
- SOYER, Ata,(1997), ”Türkiye’de Sağlık Hizmetleri: 1980–1995”, **Cumhuriyet Dönemi Türkiye Ansiklopedisi**, C.14. s.1114.
- SOYER, Ata, (2001), “1980 Sonrası Sağlıkta Neler oldu?”, **6. Pratisyen Hekimlik Kongresi Özel Kitabı**, Ekim 2001.
- SOYER, Ata,(2003), “Türkiye’de Sermayenin Sağlık sektörü Hayali Gerçekleş(ebil)ecek mi?” **Tabipler Odası Değerlendirme Raporu**, İndirilme Tarihi:30.08.2006,  
<http://www.ttb.org.tr>.
- SÖNMEZOĞLU, Faruk, (1996), **Değişen Dünya ve Türkiye**, İstanbul: Bağlam Yayınları.
- SÜTLAŞ, Mustafa, (2006), **Hasta Hakları Uygulamalarında Hasta, Hasta Yakını ve Sağlıkçı, Sağlık kuruluşu İlişkisi, Sağlık Açısından ve Hizmet Alanın Gözüyle**, İndirilme Tarihi: 2 Şubat 2006,  
<http://www.sutlas.com>.



- STOFFERS, Marjan, (2003), **Kenya’da Kamu Sağlığı ve GATS**, İndirilme Tarihi:3 Nisan2006,  
<http://www.antimai.org/gybia061.htm>.
- ŞAKAR, Müjdat,(1998), **Sosyal Sigortalar Uygulaması**, İstanbul: Beta yayınları.
- ŞAYLAN, Gencay, (2003), **Değişim Küreselleşme ve Devletin Yeni İşlevi**, Ankara: İmge Yayınları.
- ŞENATALAR, Burhan, (1991), **“Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi: Finansman ve Örgütlenme”**, Ankara: Freidrich Ebert Vakfı Yayını.
- www.alo.maliye.com, (2006), **“Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasa Tasarısı, TBMM Sağlık ve Sosyal İşler Komisyon'unda Kabul Edildi”**, İndirilme Tarihi: 1 Eylül 2006,  
[http://www.alomaliye.com/genel\\_saglik.htm](http://www.alomaliye.com/genel_saglik.htm)
- TAN, Turgut, (1988), Kamu Hizmeti, Özelleştirme ve Bürokrasinin Azaltılması Üzerine, **Türk İdare Dergisi**, Yıl:60, Sayı:378, S.73.
- TATAR, Mehtap, (1993), “Desantralizasyon ve Sağlık Reformları: Tüm Sağlık Sisteminde Yeniden Yapılanma Modeline Teorik Bir Bakış” **Amme İdaresi Dergisi**, C:26, S:4, Aralık 1993, s.137–151.
- TATAR, Fahrettin, Mehtap Tatar,(1996),” Sağlık Hizmetlerinde Özel Sektör/Kamu Sektörü Tartışmasının İdeolojik Boyutları”, **Toplum ve Hekim**, C.11, S.72, Mart-Nisan 1996, s.32–41.
- TATAR, Fahrettin, Mehtap Tatar, İsmail Şahin, (1997), “Hastane Hizmet İhaleleri: Teori ve Türkiye’de ki uygulamaları”, **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt:30, Sayı:3, Eylül 1997, s.79.
- “ Tasarruf İçin Taneyle İlaç”**, 6 Mayıs 2001, Milliyet.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, (1988), **Avrupa Sağlık Reformu, Mevcut Stratejilerin Analizi**, Ankara: Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayınları.
- T.C.Sağlık Bakanlığı, **I.Ulusal Sağlık Kongresi-Çalışma Raporları**,(1992), Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını.
- T.C.Sağlık Bakanlığı, **Ulusal Sağlık Politikası**,(1993), Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını.

- T.C.Sağlık Bakanlığı, **Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu Tasarı Taslağı ve Gerekçeleri**, (1997), Ankara.
- TEKİN, Fazıl, (1987), **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı**, Anadolu Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, Cilt V,s.263.
- TMMOB, (2006), İnsan Hakları, İndirilme Tarihi:4 Şubat 2006,  
<http://www.tmmob.org.tr>.
- TODAİE (Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü), (1991), **Kamu Yönetimi Araştırması Genel Raporu**, Ankara: TODAİE Yayınları.
- TOKAT, Mehmet,(1998), **Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992–1996**, Ankara.
- TOKATLIOĞLU, Yıldız, Mircan, (2005 ), **Küreselleşme ve Kamu Hizmetleri**, İstanbul: Alfa Akademi Yayınları.
- TTB, (1995a), “Sağlık Hizmetlerinde Genel Değerlendirme”, **Toplum ve Hekim**, C:10, S:69–70, Eylül-Aralık 1995.
- TTB (1995b), “Türk Tabipleri Birliği Örgütsel Öncelikleri Raporu”, **Toplum ve Hekim**, C:10, S: 69–70, Eylül-Aralık 1995.
- TTB, (2005), **Genel Sağlık Sigortası Türk Tabipler Birliği Görüşleri**, Ankara: TTB Yayını.
- TTB, (2006), **“10 Soruda 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”**, İndirilme Tarihi: 13 Ağustos 2006,  
<http://www.ttb.org.tr/eweb/224.html>
- TTB KOCAELİ TABİP ODASI, (2005), **“SSK Hastanelerinin Ardından”**, Kocaeli: TTB Kocaeli Tabip Odası Yayını.
- TUNCEL, Nur, (1992), **Halk Sağlığı Hemşireliği**, A.Ü.AÖF. Yayını: Eskişehir.
- TURAN, Ali Eşref (2006), **“Sağlıkta Serbest Piyasa Mümkün mü?”**, İndirilme Tarihi: 2 Haziran 2006,  
<http://www.radikal.com.tr>
- TUTAR, Hasan,(2000), **Küreselleşme Sürecinde İşletme Yönetimi**, İstanbul: Hayat Yayınları.
- TUTUM, Cahit,(1994), **Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma**, Ankara: TESEV Yayınları, Yayın No:3.

- TÜRK-İŞ 97 YILLIĞI, Cilt: 1, “**96’den 97’ye Değişimin Dinamikleri**”, Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu Türk-İş Araştırma Merkezi, Ankara.
- TÜRKAY, Figen, (1997), Sağlık İnsan gücü Mevcut Durum Raporu, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Doküman No: TSH/İGG/I-05/001, Ankara.
- Umumi Hıfzıssıhha Kanunu**, (1930), Kabul Tarihi: 24.4.1930, Kanun No:1593, İndirilme Tarihi: 12 Mayıs 2006, <http://www.hukuki.net/kanun/1593.13text.asp>
- UZ, Hulki, (1999), “Sağlık Reformu ve Mahalli İdareler Reformunda Sağlık Hizmetlerinin Yerinden Yönetimi”, **Amme İdaresi Dergisi**, C:32, S: 1, Mart 1999.
- UZ, Hulki, (2001), “Sağlığı Tanımlamak, Dünya Sağlık Örgütü’nün Tanımı Üzerine Düşünceler”, **Yeni Türkiye 2001 Sağlık- I**, S.39, s.321–322.
- VARLIK, Muharrem, (2001), Sağlık sektöründe Öncelik Belirleme ve Stratejiler, **Yeni Dünya**, S:40, Temmuz-Ağustos 2001.
- VAROL, Nezih, (2006), Sağlık Hukuku mu? Tıp Hukuku mu?, İndirilme Tarihi: 2 Şubat 2006, <http://www.hukuki.net/www.saglikhukuku.net/bilgi/a040.asp>
- YENER, Ergün, (1999), **Daha İyi Devlet Yönetiminin Anahtarı Özelleştirme**, Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları.
- Yerel Yönetimler Yasa Tasarısı** (2006), İndirilme Tarihi: 3 Eylül 2006. <http://www.belgenet.com/belge/yerelyonetim3.html>
- YILDIRIM, H. Hüseyin, (1999), “Piyasa, Sağlık Bakımı ve Piyasa Başarısızlıkları” **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt.32, Sayı 1, Mart 1999,s.127.
- YILDIRIM, H. Hüseyin, (2001), “Küreselleşme ve Uluslararası Ticaret: Uluslararası Sağlık Politikasında Değişen Dinamikler”, **IV. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Kongre Kitabı**, s. 544–560
- YILDIRIM, Hasan Hüseyin, Türkan Yıldırım, (2001), “En Değerli Sermayem Ticarileşiyor: Sağlık, Sağlık Reformları ve Sağlıkta Özelleştirme”, İndirilme Tarihi:30 Ağustos 2006, <http://www.saglikyonetimi.org>

- YILDIRIM, Hasan Hüseyin, (2004), “Kamunun Sağlıkta Rolü Neden Azalıyor?”,  
İndirilme Tarihi: 30 Ağustos 2006,  
<http://www.absaglik.com>.
- YILDIRIM, Nuran, (1985), “Tanzimat’tan Cumhuriyete Koruyucu Sağlık Uygulamaları”, **Tanzimat’tan Cumhuriyete Türkiye Ansiklopedisi**, C:5, İstanbul: İletişim Yayınları, s.1320–1338.
- YILMAZ, Gaye, (2006), “ Hizmetlerin Piyasalaştırılması: Olayın Teknik ve Teorik Boyutları”, **Hukuk ve Adalet Dergisi**, Sayı 1 (Temmuz),  
İndirilme Tarihi: 24 Şubat 2006,  
<http://www.antimai.org/mkl/gy0704hukad.htm>.
- YILMAZ, Selim, (2006), ”**GATS Anlaşması Kapsamında Bulunan Hizmet Sektörleri Sınıflandırılmış Listesi**” İndirilme tarihi: 24 Şubat 2006,  
<http://www.antimai.org/bn/gatslistsy.htm>.

