

1980 SONRASI SAĞLIK POLİTİKALARINDA NEOLİBERAL FİİL ÇEKİMLERİ: PIYASALAŞMA VE DESANTRALİZASYON

Hakan TÜZÜN*

Öz: 1970'li yıllardan itibaren egemen paradigma haline dönüşen küreselleşme ve neoliberalizmin Türkiye'deki yansımaları 1980'li yıllarda görülmeye başlamıştır. Bu gelişmelerin sağlık alanındaki sonuçları sağlık reformları olmuştur. 1990'lı yıllarda tasarımı yapılan reformlar 2000'li yıllarda dünya bankasının finansal ve teknik destek ve yönlendirmeleriyle "Sağlıkta Dönüşüm Programı" çerçevesi içinde uygulanmaya başlamıştır. Reformlar sağlık finansmanının tek çatı altında toplanması ile finansman sağlayan ve hizmet sunan kuruluşların ayrıştırılması perspektifi üzerinde yola çıkmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği uygulama modeline geçilmiştir. Hastanelerin ise özerk işletmeler olarak işlev gören yapılara dönüştürülmesi hedeflenmiştir. Sağlık finansmanında, sosyal güvenlik ağırlıklı olmakla birlikte, özel sağlık sigortalalarının ve cepten sağlık harcamalarının artma eğiliminde olduğu bir yapı ortaya çıkmıştır. Reform sonrasında hizmet sunumu bakımından ise, birinci basamak aile hekimliği birimleri; ikinci ve üçüncü basamakta, tıbbi hizmetler de dahil olmak üzere, hizmetleri giderek artan oranda yüklenici şirketlerle yürüten kamu hastaneleri; bunlarla birlikte sosyal güvenlik sistemi tarafından finanse edilen özel hastaneler, fiilen kamu sağlık hizmet sunumunun taşeron üniteleri olarak fonksiyon görmektedirler. Sağlık reform süreci çok sayıda düzenleme içermekle birlikte, düzenlemelerin tümünün sağlık hizmet sunumu alanını piyasalaştırması ve desantralizasyonu hedefine yönelik olduğu görülmektedir.

Anahtar sözcükler: Sağlıkta dönüşüm programı, piyasalaştırma, desantralizasyon, sağlık reformu, Türkiye

Neoliberal verb conjugations in post-1980 health policies: Marketization and decentralization

Abstract: Globalization and neoliberalism, which have become the dominant paradigm since the 1970s, started to be reflected in Turkey in the 1980s. The results of these developments in the field of health have been health reforms. The reforms designed in the 1990s started to be implemented in the 2000s within the framework of the "Health Transition Program" with the financial and technical support and guidance of the World Bank. The reforms started from the perspective of unifying health financing under a single roof and separating financing and service delivery organizations. Family medicine was introduced in primary health care services. Hospitals, on the other hand, were targeted to be transformed into structures that function as autonomous organizations. Although social security is predominant in health financing, private health insurance and out-of-pocket health expenditures are on the rise. In terms of service delivery after the reform, family medicine units in primary care; public hospitals in secondary and tertiary care, which increasingly outsource services, including medical services, to contractors; and private hospitals financed by the social security system, function de facto as subcontracting units of public health service delivery. While the health reform process includes a large number of regulations, all of them seem to be aimed at the capitalization and decentralization of health service delivery.

Key words: health transformation program, marketization, decentralization, health reform, Turkey

Türkiye sağlık politikaları tarihinde, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile başlayacak ve Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında aile hekimliğine geçişle sonlanacak biçimde, 1960'lı yılların başarılarıyla, 2000'li yılların başarıları arasında bir bütün olarak ele alınması, sıklıkla kullanılan dönem tanımlama yaklaşımları arasındadır. Bununla birlikte, 1980 yılında Türkiye genel siyasi tarihinde meydana gelen derin kırılma, her alanda olduğu gibi, sağlık politikaları alanında da yeni bir sürecin milat noktası olarak işlev görmüştür. 1980 yılına temellendirilebilecek makro-politik değişimlerin, günümüzde de sağlık politikalarına genel karakteristiğini vermeye devam etmesi bakımından, bu tarihsel dilim halen devam eden bir süreç olarak da okunabilir. Bu yazıda 1980

sonrasında cumhuriyetin yüzüncü yılına kadar olan bir dönem için Türkiye'deki sağlık politikalarının ana başlıklarıyla ele alınması amaçlanmıştır.

"Seksen sonrası" Türkiye tarihinde sadece siyasi tarihle ilgili değerlendirmelerde değil, politikadan kültüre, gündelik yaşamdan uluslararası ilişkilere değin hemen hemen her başlık altında bir kırılma noktası olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye'de 1980 yılının keskin bir ayırım noktası olarak işlev görmesinin temel nedeni elbette 12 Eylül asker darbesi olmakla birlikte, 1980 sonrasında gelişecek ekonomi politikalarına yön verecek gelişmeler, dünya genelinde 1970'li yıllardan itibaren yaşanmaya başlanmıştır. Bu gelişmeler, seksenlerden sonra, hem

*Doç. Dr. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD (ORCID No:0000-0002-6376-8979)

Geliş Tarihi / Received : 05.01.2024

Kabul Tarihi / Accepted : 10.02.2024

dünya genelinde neredeyse bir salgın halini alacak sağlık reformlarının, hem de Türkiye’de uygulanan sağlık reformlarının temel güdüleyicisi oldu ve sağlık reformlarının da ideolojik arka planını oluşturdu. Bu nedenle, söz konusu gelişmelere yakından bakılması, 1980 sonrası sağlık reformlarının daha iyi anlaşılmasına yardımcı olabilir.

1. Pandora’nın Kutusu Açılırken: Neoliberal Hegemonyanın Tesisi

İktisadi anlamda yapısal kriz, “birikim, büyüme, istihdam ile makro-iktisadi ve finansal istikrara ilişkin uzun süren dengesizlik dönemlerini” adlandırmak üzere kullanılmaktadır. Bu tanımdan hareketle, 1930’lardaki büyük buhran, 1970’lerdeki iktisadi kriz ve yirmi birinci yüzyılın başında görülen kriz, en büyük yapısal krizler olarak karşımıza çıkmaktadır (**Dumenil ve Levy, 2015**). İkinci dünya savaşı sonrasında 1970’li yıllara kadar devam eden ve refah devletleri dönemi olarak da bilinen dönemde etkin olan temel politikalar arasında sosyal korumaya ilişkin önlemler, sosyal refah hizmetleri, sosyal riskleri önlemede kullanılan artan oranlı vergi uygulamaları, müdahaleci devlet anlayışı yer alıyordu. Bu yaklaşım, zaman içinde uluslararası ticaretin artması, rekabetin sertleşmesi, finansal sürdürülebilirlik problemleri nedeniyle oluşan sorunlara cevap veremediği söylenerek eleştiriliyordu (**Gümüş, 2018**). 1973’de yaşanan petrol krizinin tetiklediği yeni bir yapısal kriz dönemi ile birlikte bu dönemde yaşam bulan uygulamalar zamanla geçerliliklerini kaybetti (**wikipedia web sayfası, 2023**).

Neoliberalizm, 1970’li yıllarda başlayan yeni yapısal krize cevap olarak, ikinci dünya savaşı sonrasındaki dönemde hüküm süren ve kamu müdahalelerine olanak tanıyan Keynesyen iktisat uygulamalarına karşı, neo-klasik iktisadın “bırakınız yapsınlar, bırakınız geçsinler” (laissez-faire, laissez-passer) anlayışına geri dönülmesini, tam istihdam yerine fiyat istikrarının öncelenmesini, dış ticaretteki sınırlamaların kaldırılmasını öneren bir iktisat politikası çerçevesi olarak ortaya çıktı. Neoliberalizm kapitalizmin bir aşaması olarak tarif edilmekte, nihai olarak iktisadi ve siyasi mekanizmaları ulusal ve uluslararası düzeyde birbirine bağlı olan sınıfsal bir olgu olarak anlaşılmaması gerektiği vurgulanmaktadır. Neoliberalizmin üst sınıfların gelirlerinin yeniden tesisini amaçlayan bir toplumsal düzenleme oluşuna dair tipik bir örnek olarak ABD verilmektedir. ABD’de toplam gelirden en yüksek gelire sahip olan yüzde birlik kesimin aldığı pay, ikinci dünya savaşı öncesi %17 iken, 1970’lerde %8’lere kadar gerilemiş; neoliberal on yıllarda ise %18’lere erişmiştir (**Dumenil ve Levy, 2015**).

Dünya genelinde ekonomi politikalarında 1970’li yıllarda başlayan yeni yönelimlerin Türkiye’de karşılık bulması çok uzun sürmedi. Türkiye’de 1980 sonrası dönemi şekillendirecek sürecin ilk adımı, o yılın hemen başında, Ocak ayında atıldı. Sonraki yıllar için genel olarak politik çerçevesinin özel olarak iktisat politikaları çerçevesinin şekillenmesinde başat ve başlatıcı rolü olan 24 Ocak 1980 kararları deklare edildi. Kamu harcamalarının sınırlandırılması, ücretlerin düşürülmesi, serbest döviz kuruna geçilmesi, ithal ikameci ekonomi anlayışının terk edilerek, dışa açık ekonomiye geçilmesi, devletin ekonomideki payının küçültülmesi, kamu sübvansiyonlarının kaldırılması, dış ticaretin serbestleştirilmesine yönelik bir dizi karar alındı. (**wikipedia web sayfası, 2023b**).

24 Ocak ve 12 Eylül 1980 tarihleri arasındaki politik neden sonuç ilişkisi Türkiye siyasi tarihinde tartışmalı bir konu olmakla birlikte, 12 Eylül darbesinin, 24 Ocak kararlarının uygulanabilmesini mümkün kıldığına dair yorumlar, bizzat darbenin müellifleri de dahil olmak üzere yapılageldi (**youtube web sayfası, 2023**).

2. Sağlıkta Reforma Giriş: 1982 Anayasası

Anayasalar yurttaşların temel haklarının yer aldığı hukuksal metinlerdir. Devletin yurttaşların sağlık hakkı ile ilgili olarak kendini nasıl konumlandığı, bu konunun 1980 sonrasında nasıl değiştiğini görmek için, 1961 ve 1982 Anayasaları’nın ilgili maddelerinin karşılaştırılması yapılabilir.

1961 Anayasa’sında “VII. Sağlık hakkı” başlığı altında madde 49’da şu ifadeler yer almaktadır (**Anayasa Mahkemesi web sayfası, 2023a**):

“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 tedbirleri alır”

1982 Anayasası’nda “VIII. Sağlık, çevre ve konut” başlığı altında 56. madde’de ise şu ifadeler yer almaktadır (**mevzuat bilgi sistemi web sayfası, 2023**):

“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 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. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.”

Aynı başlık altındaki 57. maddede ise:

“Devlet, şehirlerin özelliklerini ve çevre şartlarını gözeterek bir planlama çerçevesinde, konut ihtiyacını karşılayacak tedbirleri alır, ayrıca toplu konut teşebbüslerini destekler.” denilmektedir.

Her iki anayasanın sağlıkla ilgili maddeleri karşılaştırıldığında ilk dikkati çeken, 1961 Anayasa’sında devlete sağlık ile ilgili doğrudan sorumluluk yüklenirken, 1982 Anayasa’sında devletin sadece planlama ve düzenleme ile yükümlendirilmesidir. Cümlelere daha yakından bakıldığında farklılığın bu saptamanın ötesine geçen derinlikleri olduğu görülmektedir. 1982 Anayasa’sında ilgili maddenin cümleciklerine dikkat edildiğinde, “Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak;” denildikten sonra “amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler” denilerek cümle tamamlanmak suretiyle; “sağlıklı” olma, sağlık hizmet sunumunun bir fonksiyonuna indirgenmiş olmaktadır. 1961’e kıyaslandığında, sağlık ayrı bir olgu olarak hiç ele alınmaksızın, bir hizmet çıktısı olarak öngörülmüş, hizmetlerin sunumu içinde doğrudan kamusal sorumluluk öngörülmemiştir. Böylelikle, kavramsal olarak, Alma Ata Deklarasyonu ile ortaya konan, temel sağlık hizmetleri anlayışının da gerisine düşülecek biçimde, sağlık hizmetleri sunumuna daraltılmış bir sağlık anlayışıyla, kamunun yurttaşların sağlıklı olma ile ilgili sorumluluğu ortadan kaldırılmıştır. Türkiye 1982’de, 1978’de kabul edilen sağlıkla ilgili evrensel ilkelerin gerisine düşürülmüştür.

Diğer yandan 1961 Anayasası’nda sağlıkla ilgili maddede “Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır” ifadesine yer verildiği görülmektedir. Bu cümleden barınmanın bir sağlık belirleyicisi olarak ele alındığı anlaşılmakta ve kamuya önlem alma sorumluluğu getirilmektedir. 1982 Anayasa’sının ise konut ihtiyacını aynı başlık altında farklı bir maddede ele aldığı, kamuya yine önlem alma sorumluluğu getirmekle birlikte, sağlıkla ilişkilendirmediği görülmektedir. Bu hükümlerin karşılaştırılması da, önecekilere benzer biçimde, 1982 Anayasa’sının sağlığın anlamını daraltan bir yaklaşım içinde olduğunu göstermektedir.

Anayasal düzeydeki bu bakış açısı, 1980 sonrasında Türkiye’de sağlık alanının nasıl şekilleneceğine dair,

1982 yılında ortaya çıkan önemli bir ipucu olarak okunabilir. 1982 Anayasa’sı genel hukuksal karakteri itibarıyla oldukça otoriter bir zihniyete sahip iken, söz konusu sağlık olduğunda liberal denebilecek bir yaklaşımla, kamunun bu alandaki sorumlularını sınırlandırmıştır.

3. Sağlıkta Reform Hazırlıkları: 1982 ve 2002 Dönemi

Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından yurt dışı kuruluşlara yaptırılan durum tespiti amacına yönelik araştırmalar, Türkiye’deki sağlık reformu çabalarının resmi başlangıç noktaları olarak değerlendirilebilir. Mart 1986’da Dünya Bankası’ndan alınan kredi ile yine o bankanın Nüfus Sağlık ve Beslenme Bölümü’ne yaptırılan “Türkiye Sağlık Sektörü Araştırması” ile, Ocak 1990’da “Price Waterhouse” adlı İngiltere orijinli bir şirkete yaptırılan “Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü Mevcut Durumu Raporu” bu kapsamdaki çalışmalardır (TTB, 2022).

Dünya Bankası ile Sağlık Bakanlığı arasında imzalanan anlaşmaların başlangıcı 1990 yılında olmuş, takip eden yıllarda bir dizi anlaşma imzalanmaya devam etmiştir. Bu tarihten başlayacak, tüm SDP sürecini içerecek ve bugün de devam edecek biçimde Dünya Bankası’nın Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanın bir bileşenini oluşturduğu söylenebilir. Sağlık Bakanlığı ile Dünya Bankası arasında sağlıkta reform amacıyla ilk ikraz anlaşması 7 Ekim 1990’da yürürlüğe girmiştir. Bütçesinin yaklaşık yarısı Dünya Bankası yarısı Türkiye hükümeti tarafından karşılanan 147 milyon dolardan oluşan Birinci Sağlık Projesi 1991-1996 arasını kapsamak üzere imzalanmış, 1998’e kadar sürmüştür (TTB, 2022). Projenin belirtilen amacı birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek olmakla birlikte, bütçenin üçte birinden fazlasının inşaat ve malzeme alımında kullanıldığı, bir bölümüyle araç alındığı, sadece 5 milyon dolarlık bölümün eğitim için kullanıldığı belirtilmektedir (Belek, 2020).

Diğer yandan, anlaşma hükümleri uyarınca Birinci Sağlık Projesini gerçekleştirmek üzere Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı içinde Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü (SPGK) isimli bir birim oluşturulmuştur. Bu birim Dünya Bankası uzmanları ile birlikte söz konusu projenin uygulanmasından sorumlu tutulmuştur. Böylelikle Sağlık Bakanlığı içinde doğrudan Dünya Bankası ile temas halinde olan bir kurumsal kapasite ilk kez oluşturulmuştur. SPGK zaman içinde çeşitli yapısal değişiklikler geçirmiş, Mart 2004’te, Proje Yönetimi Destek Birimi (PYDB) adını almış, Eylül 2009’da da İzleme Değerlendirme

Koordinatörlüğü de buraya bağlanmıştır (**PYDB web sayfası, 2023**). Bu birimin varlığını kimi format değişiklikleri ile birlikte halen sürdürüyor olması, Dünya Bankası işbirliğinin ve sağlık reformu sürecinin kurumsal devamlılığı bakımından dikkat çekicidir. İlk oluşturulduğu günden bu yana geçen 33 yıllık sürede hükümet değişiklikleri, çok sayıda bakan değişiklikleri olmuş, Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatında çok büyük değişimler olmuş, ama bu birim varlığını korumuştur. 2023 yılı sonu itibarıyla, doğrudan Sağlık Bakanına bağlı birim olarak halen çalışmalarını sürdürmektedir (**Sağlık Bakanlığı web sayfası, 2023**).

214 milyon dolarlık bütçesinin %63'ünün Dünya Bankası, kalanı Türkiye hükümeti tarafından karşılanan İkinci Sağlık Projesi 1995-2001 yılları arasında, bütçesinin tamamı Dünya Bankası tarafından finanse edilen 14,5 milyon dolarlık Üçüncü Sağlık Projesi 1997-2000 yıllarını kapsayacak şekilde imzalanmıştır (**TTB, 2022**).

Doksanlı yılların ilk yarısı aynı zamanda Sağlık Bakanlığının sağlık sistemini revize etme arayışlarının ve sağlık reformunu planlama çalışmalarının sürdüğü bir dönem olmuştur. 1992'de ve 1993'de Sağlık Bakanlığı Ulusal Sağlık Kongreleri yapıldı. İlgili kurum ve kuruluşların katılımıyla yapılan kongrede, katılımcılara önceden Sağlık Bakanlığının çözüm önerilerini anlatan "Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı" ve tartışmaların sistemli yapabilmesi için hazırlanmış olan sorulardan oluşan bir doküman gönderilmiş, çalışma gruplarının hazırladıkları raporlar üzerinden "Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dokümanı" geliştirilmesi amaçlanmıştır. Daha sonra Sağlık Bakanlığı tarafından taslak üzerinde yeniden çalışılarak Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne sunulmak üzere 1993'te "Ulusal Sağlık Politikası" dokümanı hazırlanmıştır. Politika dokümanının başlıkları, sağlığın gelişmesine destek, çevre sağlığı, yaşam biçimi, sağlık hizmetlerinin sunumu ve hedefler olarak sıralanmaktadır (**Sağlık Bakanlığı, 1993**).

Ulusal Sağlık Politikası metninin "Sağlık hizmetlerinin sunumu" başlığı altında yer alan hedef, tanımlama, ilke ve stratejiler başlıkları altında yer alan maddeler nasıl bir sağlık sistemi tahayyül edildiğini ortaya koymaktadır. Bu başlık altındaki ilk hedef olan Hedef 15'te "2000 yılına kadar desantralize bir sağlık yönetimi sistemi kurulmuş olacaktır" denilerek ana bağlama dair açık bir politik tercihte bulunmaktadır. Buna bağlı olarak "Sağlık Bakanlığı, sektörü tek elden planlayan politikalar üreten ve denetleyen bir kurum haline" getirilecektir. Bunun

için "Bakanlık merkezi, operasyonel sorumluluklarını oluşturulacak bölge yönetimlerine devredecek, kendi asli görevlerine dönecektir." ve "Oluşturulacak bölgesel idareler sağlıkla ilgili tüm kaynakları kendi bölgesi içinde sevk ve idare edecektir." Politika dokümanında aile hekimliği de karşımıza çıkmaktadır. "Kırsal alanda sağlık-evi, sağlık ocağı yapıları sürerken kentlerde küçük nüfus esasına dayalı genel pratisyen/aile hekimi sistemi oluşturulacaktır." denilerek kırsal ve kentsel alanlar için iki ayrı birinci basamak sağlık sistemi öngörülmektedir. Dokümanın hastaneler başlığı altında "2000 yılında uygun maliyette ve kalitede hizmet sunan, otonom, temel sağlık hizmetlerine entegre bir ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sistemi kurulmuş olacaktır." denilerek ise desantralizasyonun tedavi edici sağlık hizmetleri ayağı tanımlanmaktadır. Hastane çalışanlarının katkıları oranında ücretlendirilmesi ve hastanelerin özertleştirilmesi belirtilen diğer hedeflerdir. Dokümandaki şu hedef, dokümana hakim olan neoliberal anlayış tarafından sağlık politikaları alanında, 'atlarla arabaların' nasıl sıralandığına dair belki de en iyi örneklerden biridir. "Çok özel ihtiyaç gösteren durumlar dışında işletmesi verimsiz olan hastanelerin faaliyeti durdurulmalıdır". Politika dokümanında bir genel sağlık sigortası sistemi kurulacağı, hizmet alanların belirli oranlarda maliyetlerin karşılanmasına iştirak edecekleri belirtilmektedir. Ayrıca sağlık hizmet sunucuları arasında, sağlık finansmanından yararlanmak üzere rekabet ortamının yaratılması öngörülmektedir: "Sigorta kuruluşu (veya kuruluşları) hizmeti daha kaliteli ve ucuz verenden alarak hizmet sunumunda yarışma ortamı yaratılacaktır" (**Sağlık Bakanlığı, 1993**). Görüldüğü gibi politika metninde sağlık sistemini desantralize etmenin ve piyasa mekanizması içinde diğer herhangi bir sektör gibi konumlandırmanın hemen bütün bileşenleri yer almaktadır.

Sağlık politikaları bakımından 1990'lı yıllar, ulusal sağlık politikası metninde meram edilen amaçları gerçekleştirmeye yönelik çok sayıda yasa tasarısı ya da taslağı ile geçmiştir. Siyasal yelpazenin farklı yerlerinde yer alan ana akım siyasal partilerin farklı kombinasyonlarını içeren koalisyon hükümetlerinin tamamı sağlık hizmetlerini reforme etmeye yönelik çeşitli düzenleme girişimlerinde bulunmuşlardır. DYP-SHP koalisyonu dönemi için "Bölge Sağlık İdareleri Kanun Tasarı Taslağı", "Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarı Taslağı"; RP-DYP koalisyonu dönemi için "Sağlık Finansman Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarı Taslağı", "Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu Tasarı Taslağı"; ANAP-DSP

Tablo 1. Acil eylem planında ve SDP’de politika hedefleri (2002, 2003)

Acil eylem planı hedefleri (2002)	Sağlıkta dönüşüm programı hedefleri (2003)
1. Sağlık Bakanlığının idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması.	1. Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı.
2. Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması.	2. Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası.
3. İdari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması.	3. Yaygın erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi.
4. Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi.	a. Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği.
5. Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi.	b. Etkili kademeli sevk zinciri.
6. Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması.	c. İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri.
7. Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi.	4. Bilgi ve beceri ile donanmış yüksek motivasyonla çalışan sağlık, insan gücü.
8. Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri.	5. Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları.
9. Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi.	6. Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon.
10. Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi.	7. Akılcı, ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma.
	8. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık bilgi sistemi.

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2007, *Nereden Nereye: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Kasım 2002- Haziran 2007*.

koalisyon hükümeti dönemi için “Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarı Taslağı”, DSP-M-HP-ANAP koalisyon hükümeti dönemi için “Sağlık Sandığı Kurumu Kanunu Tasarı Taslağı” örnekler arasında yer almaktadır (TTB, 2022).

1987’de çıkarılan 3359 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu”, sağlık hizmetlerini liberalleştirme yolunda atılan ilk önemli adımlardan birisi olmuştur. Daha sonra bu yasanın önemli bazı maddeleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edildiği için amacına tam olarak ulaşamamıştır (Atalay, 2015). Bu dönemde yaşanan bir diğer önemli gelişme de, 1992’de çıkarılan “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun” ile, sağlık güvence kapsamında olmayan kişilerin sağlık hizmetlerine erişiminin amaçlanmasıdır.

1990’lı yıllar boyunca yürütülen tasarım çalışmaları bu dönemde uygulamaya geçme imkanı bulamasa da, 2000’li yıllar boyunca yapılan değişikliklerin ilk kez dile getirildikleri metinler olarak sağlık politikaları tarihinde yerlerini alacaklardır.

4. 2002 Sonrası: “Katı Olan Her Şey Buharlaştırırken”

Türkiye, 2002 seçimleri sonrasında her alanda olduğu gibi sağlık alanında da yeni bir döneme girmiş oldu. Yeni hükümetin eylem planına bakıldığında, sağlık hizmet kuruluşlarının özerkleştirilmesi, özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmaya teşvik edilmesinin de acilen yapılması gerekenler arasında yerini aldığı görülmüyordu (Tablo 1). 2003 yılı başında Sağlık Bakanlığı tarafından deklare edilen SDP’de ise 8 ana hedef yer alıyordu (Tablo 1). Sosyal güvenlik sistemi reformu, Sağlık Bakanlığının planlama ve denetlemeden sorumlu olması, sağlık hizmet sunumunun idari ve mali özerkliğe sahip işletmeler tarafından verilmesi hedeflerden bazılarıydı (Sağlık Bakanlığı, 2007). 2004 yılında Çalışma ve Sağlık Bakanlığı tarafından Dünya Bankası başkanına yazılan mektupta birinci ve ikinci sağlık projelerinin önemli katkılar sağladığı belirtilerek, bankanın SDP’ye yapacağı mali ve teknik desteğinin, programın hedeflerine ulaşmasının sağlayacağı belirtiliyordu (TTB, 2022). 21 Nisan 2004’te “Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın İlk Evresine Destek Olarak Türkiye Cumhuriyeti’ne Sağlıkta Geçiş Projesi İçin 49.40 Milyon Avro Miktarında Önerilen Kredi Hakkında Proje Değerlendirme Belgesi”nin yayımlanması ile birlikte, dönüşüm süreci ilerlemeye başladı (Hamzaoğlu, 2013).

4.1. Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık harcamaları

SDP gerekçelendirilirken; sağlık hizmetleri sunumundaki maliyet artışlarını, kamunun ödeme kapasitesinin sınırlı olmasını, vatandaşın beklentilerinin artması sıralanmakta bununla birlikte, sağlık harcamalarının GSYİH'deki (gayrisafi yurtiçi hasıla) oranı ya da sağlık hizmetleri için ayrılan bütçenin kamu harcamaları içindeki payının artırılmasına yönelik herhangi bir tespit ya da hedef bulunmamaktadır. "Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu"nda (2003-2011) belirtildiği biçimiyle **(Sağlık Bakanlığı, 2012):** "Ekonomik büyüme, sağlık hizmetleri için daha fazla finansmanın temin edileceği anlamına gelse de genellikle sağlık sektöründeki maliyetler ve talep daha da hızlı bir şekilde büyümektedir. Aynı zamanda, sağlık hizmetleri sisteminin içindeki hizmet sağlayıcıları gelirlerini muhafaza etmek için mücadele etmektedir. Sonuçta ekonomik süreçler, siyasi baskılarla kesişmekte ve bir ülkenin sağlığa tahsis etmeye karar verdiği para miktarını etkilemektedir." Söz konusu raporda da dile getirildiği gibi, ülkenin sağlık hizmetlerine ayırdığı pay nihai olarak siyasi tercihlerle ilgilidir, bu konuda SDP'de ifade edilen siyasi tercih ise mevcut düzeyi korumaktan ibaret gözükmemektedir.

Oysa ki sağlık harcamalarına ilişkin istatistikler Türkiye'de sağlık hizmetleri için ayrılan kaynakların kıstıtlı olduğunu göstermektedir. Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı son iki dekad içinde %4 ile 5 civarında seyretmektedir. 2002'de %5,2 iken 2021 de %4,9'dur. Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı bakımından ise bu yakın bir seyir izlendiği görülmektedir. 2002'de %5,1 iken, 2021'de %4,6'dır. Toplam kamu sağlık harcamasının GSYİH'ye oranı ise % 3-4 aralığında seyretmektedir. 2002'de %3,7 iken, 2021'de %3,9'dur. Cari sağlık harcamasının GSYİH içindeki payının uluslararası karşılaştırılmasına bakıldığında ise Türkiye'nin OECD ülkeleri içinde en sonda yer aldığı görülmektedir. OECD ortalaması %9,4, Avrupa Birliği ortalaması ise %9,1 dir. Satın alma paritesine göre düzeltilmiş kişi başı cari sağlık harcaması yıllar içinde artmaktadır. 2002'de 520 \$ iken, 2010'da 844 \$, 2015'te 1040 \$, 2021'de ise 1560 \$ olmuştur. Buna karşın bu parametrenin uluslararası karşılaştırılmasına bakıldığında ise Türkiye'nin OECD ülkeleri içinde sondan üçüncü sırada yer aldığı görülmektedir. OECD ortalaması 4278 \$, Avrupa Birliği ortalaması ise 3909 \$ dır **(Sağlık Bakanlığı, 2023)**.

Faiz dışı harcamalar ve kamu sağlık harcamalarındaki artış oranlarının zaman içindeki değişimine bakıldığında, 2004 ve 2009 arasında bu iki parametrenin birbirine oldukça yakın seyrettiği görülmektedir. 2010'dan itibaren iki parametre arasında makas açılmaya başlamış, kamu sağlık harcamaları artış oranları faiz dışı harcama artış oranlarının hep gerisinde kalmıştır. Örneğin, 2018 için faiz dışı harcamalarda artış oranı %189 ve kamu sağlık harcamalarındaki artış oranı ise %102'dir. Aynı parametreler, 2021 için sırası ile %235 ve %186 olarak gerçekleşmektedir. Bu tablo da kamu sağlık harcamaları içinde sağlık harcamalarının önceliklendirilmediğine işaret etmektedir **(Sağlık Bakanlığı, 2023)**.

SDP'nin amaçları arasında emekli sandığı, SSK, Bağ-Kur, yeşil kart ve çeşitli kurum sandıkları üzerinden parçalı yapıda olan sosyal güvenlik sistemini tek çatı altında birleştirmek yer alıyordu. SSK örneğinde olduğu gibi, sosyal güvenlik kuruluşunun aynı zamanda sağlık hizmet sunucusu olarak da hizmet verdiği örnekler de mevcuttu. SDP temel olarak sağlık hizmet sunucusu kuruluşlarla, sağlık finansmanı sağlayan kuruluşların birbirlerinden ayrıştırılmasını, kamuya ait farklı bakanlıklara ya da kurumlara ait sağlık hizmet sunucusu kuruluşlarında Sağlık Bakanlığı çatısı altında toplanmasını öngörü-yordu. Böylelikle, doksanlı yıllar boyunca hazırlanan yasa tasarıları ile amaçlandığı gibi, farklı hizmet sunucu kuruluşlarla farklı finansman sağlayıcı kuruluşlar arasındaki standardizasyon farklılıkları da ortadan kaldırılmış olacaktı. Diğer yandan, SDP'nin sosyal güvenlik sistemi üzerinden özel sağlık kuruluşlarının finansmanını öngörmesinin bir boyutu kamusal kaynakların sermaye birikim süreçlerini beslemeye kanalize edilmesi iken bir diğer boyutu, kamu ve özel farklı hizmet sunucusu kuruluşlar arasında rekabetin ortaya çıkarılmasıdır.

2006'da 5502 sayılı "Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu" ve 5510 sayılı "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" çıkarıldı. Böylece sosyal sigortaya dayalı, sunulan sağlık hizmetlerinin temel teminat paketi ile sınırlandırıldığı bir yapı oluşturulmuş oldu. Gelir testi sonucu aile içindeki geliri kişi başına düşen aylık tutarı net asgari ücretin üçte birinden az olan vatandaşların primi genel bütçe tarafından karşılanması öngörüldü. Temel teminat paketi ile sosyal güvenlik kapsamında yer alan, sağlık sigortası kapsamındaki üyeleri için sağlanacak sağlık hizmetlerinin sınırları belirlendi. Bu sınırların dışında kalabilecek sağlık hizmetleri için ise özel sağlık sigorta şirketlerinin ürettiği "tamamlayıcı sağlık sigortaları" işlev görecekti **(Pala, 2017; Kılıç ve Ergün, 2023)**.

Tablo 2. Türkiye’de sosyal güvenlik kapsamındaki nüfus, 2022

	Sayı	%
Aktif sigortalı	26.344.234	30,9
Pasif sigortalı (aylık ya da gelir alan)	13.933.020	16,3
Bağımlılar (sigortalının bakmakla yükümlü olduğu nüfus)	34.813.357	40,8
Özel sandıklar	438.989	0,5
Genel sağlık sigortası primleri kendileri tarafından ödenenler	2.143.602	2,5
Genel sağlık sigortası primi devlet tarafından ödenenler	6.944.441	8,1
Tescil dışı	661.910	0,8

Kaynak: Sosyal Güvenlik Kurumu, 2023, SGK İstatistik Yıllığı 2022

Sosyal güvence sisteminde, birinci basamak başvurusu dışındaki ayaktan sağlık hizmeti başvuruları için muayene katılım bedeli, on gün içinde aynı branş başvurusu olursa ödenen muayene katılım bedeli, ilaçta katılım bedeli, tıbbi malzeme katılım bedeli, yardımcı üreme yöntemleri katılım bedeli, özel hastane başvurularında ek ödeme, istisnai sağlık hizmetleri için ek ödeme, bazı testler için ek ödeme, eşdeğer ilaçlar ile kişinin talep ettiği ilaç arasında oluşacak fark ücreti, optisyenlik müesseselerinde kişinin talep ettiği malzeme nedeniyle oluşacak fark ücreti vb. gibi çok çeşitli katılım payı kalemleri mevcuttur (**Tükel, 2023**). Katılım payları yüzünden sağlık primi ödemenin hizmet almak için yeterli olmaması, sigorta prim miktarının gelire orantılı olmaması nedenleriyle, uygulanmakta olan sosyal güvenlik sistemi “neoliberal kamu sağlık sigortası modeli” olarak nitelendirilmektedir (**Hamzaoğlu, 2023**).

Sağlık hizmetlerinin farklı finansman modelleri içinde, söz konusu sağlıkta eşitliği sağlamak olduğunda, en işlevsel modelin sağlık hizmetlerinin genel bütçeden finansmanının olduğu bilinmektedir. Diğer yandan, sağlık hizmetini finanse eden ve sunan kuruluşların aynı çatı altında olmasına kıyasla, bunların ayrı kurumlar üzerinden örgütlenmesine dayalı bir sağlık sisteminin – sağlık hizmetlerini finanse eden ayrı kuruluşların kendi finansman zorunluluğunun da maliyetlere eklenmek zorunda oluşu nedeniyle - görece daha pahalı oldukları da bilinmektedir. SDP ile sosyal güvenliğin başat finansman modeli olarak tercih edilmekle birlikte, özel sağlık sigortalılarıyla ve cepten sağlık harcamaları ile finansmana da yer açılmak istendiği anlaşılmaktadır. SDP’de bu yolun izlenmiş olması, ana amacın piyasa ekonomisi işleyişi içinde standardize edilmiş ve böylelikle piyasanın diğer dinamiklerine eklenme imkanı olan bir yapı oluşturmak oluşuna bağlanabilir.

Türkiye’de 2022 için aktif sigortalılar, pasif sigortalılar, bağımlılar ve özel sandıkların toplamı olarak adlandırılan biçimde sigortalı nüfus oranı % 89’dur. Toplam nüfusun %2,5’inin primleri kendisi tarafından, %8,1’inin primleri devlet tarafından ödenmektedir (Tablo 2) (**Sosyal Güvenlik Kurumu, 2023**). SGK istatistiklerinde ya da kamuoyuna yapılan açıklamalarda yer verilmeyen bir parametre ise GSS kapsamında oldukları halde primlerini zamanında ödeyemedikleri için borçlu konumuna düşen kişilerin sayısıdır. Prim borcu olan bu kişilerin sağlık hizmetlerine erişim engeli ile karşılaşmalarını için bir süredir yıl sonunda ya da takip eden yılın ilk ayında Cumhurbaşkanlığı Kararı çıkarılmaktadır. Bu konumdaki kişilerin 2020 yılı itibarıyla yaklaşık 6 milyon kişi civarında oldukları tahminleri yapılmaktadır ki bu azımsanmayacak boyutta bir nüfusun bu durumda olduğunu düşündürmektedir (**Kılıç ve Demir, 2021**). Nitekim Aralık 2023’de GSS’li olup prim borcu nedeniyle sağlık hizmeti alamayacakların Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık tesisleri ile devlet üniversitesi hastanelerinde sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanabilmelerine ilişkin düzenleme 31 Aralık 2024’e kadar cumhurbaşkanlığı kararı ile uzatılmıştır (**Anadolu Ajansı web sayfası, 2023**). Sosyal güvenlik sisteminin ancak bunun gibi palayatif uygulamalarla sürdürebiliyor olması, sistemin kırılganlığına işaret etmektedir. Çok sayıda kişi sağlık hizmetlerine erişme riskinin sınırında yaşamını sürdürmeye devam etmektedir. Sosyal güvenlik sistemlerine dayalı sağlık finansman sistemlerinin sürdürülebilirliği, başka faktörlerin yanı sıra, ekonomik büyümeye, ekonomik aktivitelerin kayıt altında olmasına ve düşük işsizlik oranlarına da bağlıdır. Serbest piyasa ekonomisinin doğası gereği, periyodik denebilecek ekonomik krizleri bünyesinde barındırması, sosyal güvenlik sisteminin ekonomik sürdürülebilirliği için yapısal bir risk oluşturmaktadır.

Veriler, kamu sosyal güvence sisteminin sermaye birikim süreçlerinin önemli bir taşıyıcısı olarak işlev gördüğüne işaret etmektedir. Özel hastaneler kamu hastanelerine kıyasla SGK'den birim hizmet başına daha çok fon almaktadır. Örneğin başvuru başına SGK'ye ortalama hasta maliyeti 2021 rakamlarıyla ikinci basamak kamu hastanelerine 79,4 TL iken özel hastanelere 202,6 TL'dir. Öte yandan özel hastaneler SGK'nin giderek daha çok hizmet aldığı kurumlar olmaktadır. Öyle ki SGK tedavi harcama giderlerinin 2004 te %12,6'sı özel hastanelere ait iken bu rakam 2022'ye gelindiğinde %17,9'a erişmiştir (**Hamzaoğlu, 2023**).

SDP'nin sağlık hizmetlerinin finansmanı bakımından ülkeyi konumlandığı nokta TÜİK sağlık harcamaları 2022 istatistiklerinde görülmektedir. Toplam sağlık harcamalarının %31,6'sı merkezi devlet (genel bütçe) harcamalarına, %44,2'si SGK harcamalarına, %18,5'i cepten sağlık harcamalarına, %2,7'si sigorta şirketlerinin harcamalarına aittir. 2021 yılıyla karşılaştırıldığında cepten sağlık harcamalarındaki artış (2021'de %15,9) ve SGK harcamalarında azalış (2021'de %47,2) dikkatleri çekmektedir. 2021'den 2022'ye toplam sağlık harcamasının GSYİH'ye oranı %4,9 dan %4,0'a, cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı %4,6 dan %3,7 ye, genel devlet sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı %79,2 den %76,4 e düşmüştür, özel sektör sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı ise %20,8 den %23,6 ya yükselmiştir (**TÜİK, 2023a**). Sağlık hizmetlerinin başta sosyal güvenlik olmak üzere ağırlıklı olarak sosyal güvenlik ve genel kamu bütçesi üzerinden finanse edildiği, koruyucu sağlık hizmetleri yerine tedavi edici sağlık hizmetleri yönelimli, sağlığa ayrılan toplam kaynakların azalma eğiliminde olduğu, buna karşın cepten sağlık harcamalarının ve özel sektör sağlık harcamalarının artış eğiliminde olduğu bir tablo karşımıza çıkmaktadır.

Sıralanan tüm bu verilerin, hane halkı bütçelerine nasıl yansıdığı ise TÜİK'in sağlık modülü 2022 verilerinde görülmektedir. Hanelerin %7,3'üne doktor muayene ve tedavi harcamalarının çok yük getirmiş, %36,1'ine biraz yük getirmiş, %47,7'sine ise yük getirmemiştir. Diş muayene ve tedavi harcamaları hanelerin %5,5'ine çok, %25,8'ine biraz yük getirmişken %32,2'sine yük getirmemiştir. İlaç harcamaları hanelerin %5,9'una çok, %37,3'üne biraz yük getirmiş, %50,8'ine yük getirmemiştir (Böyle bir harcama olmadığı beyan eden hanelerle birlikte yüzde yüz toplamına erişim olmaktadır). Diğer yandan, söz konusu oranlar gelir grupları arasında

değişim göstermektedir. Örneğin muayene/tedavi harcamalarının çok yük getirdiğini belirtenlerin oranı ile biraz yük getirdiğini belirtenlerin oranı sırasıyla en düşük gelir grubunda %8,6 ve %40,5 iken en yüksek gelir grubunda %5,5 ve %25,1'dir. İlaç harcamalarının çok yük getirdiğini belirtenlerin oranı ile biraz yük getirdiğini belirtenlerin oranı sırasıyla en düşük gelir grubunda %7,6 ve %44,6 iken en yüksek gelir grubunda %3,8 ve %24,6'dır. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansman modelinin, sağlıktaki eşitsizlikleri artırıcı etkileri, hane halkı bütçelerine yansımaları üzerinden de izlenebilmektedir (**TÜİK, 2023b**).

4.2. Sağlık hizmetleri sunumu

4.2.1. Birinci basamak sağlık hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliğine geçilmesi önerileri Ulusal Sağlık Politikası Stratejisi de dahil olmak üzere, 90'lı yıllar boyunca süregelen sağlık reformu tartışmalarında kendine yer buluyordu. "Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği" SDP'nin ana amaçları arasında yer alıyordu. Her ne kadar amaçlanan reform çerçevesi bu şekilde ifade edilse de süreç hep aile hekimliği uygulama modeline geçiş üzerinden ilerletildi, temel sağlık hizmetleri öncelikle gözetilen bir başlık olmadı.

9 Aralık 2004'de 5258 sayılı "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun", 6 Temmuz 2005'de "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik", 2 Ağustos 2005'de "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı'nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik" çıkarılarak hukuki altyapı hazırlandı. İlk pilot uygulama, 15 Eylül 2005 tarihinde Düzce'de başlatıldı. 2006'da altı, 2007 yılında yedi, 2008'de 17 ve 2009'da dört il uygulama kapsamına alındı, 2010'da geri kalan 46 ilin tümünde birden uygulama başlatıldı. Böylece, 2011 yılı başında tüm Türkiye'de aile hekimliği modeline geçilmiş oldu. Bütün illerin kapsama alınmasından sonra 5258 sayılı Kanun'un ismi 11 Ekim 2011 tarih ve 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile Aile Hekimliği Kanunu olarak değiştirildi. 25 Ocak 2013'de ise "Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği" yayımlandı. (**Yayın ve Alper, 2023**). Aile hekimliği modeline geçiş süreci takviminde illerin yaklaşık yarısında geçişin son yılı olan 2010'da geçilmesi ise ayrıca dikkatleri çekmektedir. Geçiş takvimi 2006 ve 2007 yıllarında yavaş ilerlemiş, 2008'de hızlanmaya başlanmış, 2009'da duraklamış, 2010'da apar topar tamamlanmış gibi bir izlenim uyandırmaktadır.

"Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği" ise 05 Şubat 2015'te yayımlandı. Yönetmeliğin dayanağında atıf yapılan mevzuat arasında Aile Hekimliği Kanunu'nun 5. maddesine de yer verilmekteydi. Yasanın 5 maddesine bakıldığında da "Aile hekimliği hizmetleri dışında kalan birinci basamak sağlık hizmetleri toplum sağlığı merkezleri tarafından verilir ve bu merkezlerin organizasyonu, kadroları, görevleri ile çalışma usûl ve esasları Türkiye Halk Sağlığı Kurumunca belirlenir." ifadesi görülmektedir. Bilindiği üzere, Türkiye'de mevzuat hiyerarşisinde kanunlar, yönetmeliklerin üzerindedir. Bu nedenle de yönetmeliğin ilgili yasaya uygun olması gerekir. Konuyla ilgili yasanın doğrudan aile hekimliği olması, yasada aile hekimliği dışındaki diğer tüm birinci basamak sağlık hizmetlerinin "aile hekimliği hizmetleri dışında kalan" denilerek adeta geçiştirilmesi, "dışında kalan" bu hizmetlerin bir alt mevzuat olan yönetmelikle düzenlenmesi, toplum sağlığı merkezlerine yönelik mevzuat düzenlemelerinin, aile hekimliği ile ilgili olanlardan sonra yayımlanması ve çok sayıda revizyonlar geçirmesi de, reformun bakış açısının temel sağlık hizmetleri bütünlüğüne yönelik olmadığına, birinci basamak ayaktan sağlık hizmetine odaklanmış bir bakış açısına sahip olduğuna işaret etmektedir.

Sağlık ocağı modelinden aile hekimliği modeline geçişle birlikte bölge tabanlı sağlık hizmetlerinden liste tabanlı hizmet sunumuna geçilmiş olması nedeniyle, birinci basamak sağlık hizmet sunumunun en önemli karakteristiklerinden biri olan bölge tabanlı hizmet sunumundan çıkılmış olması, yeni modele getirilen en önemli eleştiriler arasında yer almaktadır. Böylelikle, sağlık sistemi tarafından ilk tanımlanabilir bölge, bunu yapabilecek ilk üniteler ancak toplum sağlığı merkezi ya da ilçe sağlık müdürlüğü olduğu için, ilçe olmaktadır.

Sağlık ocağı modelinde, ocaklar bireye ve çevreye yönelik tüm koruyucu sağlık hizmetlerinden sorumlu iken, yeni modelde bireye ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri aile hekimleri ile toplum sağlığı merkezleri ya da ilçe sağlık müdürlükleri arasında bölünmüş olmaktadır. Hizmetlerin entegrasyonu temel sağlık hizmetlerinin düsturları arasında yer aldığı için bu nokta da getirilen eleştiriler arasında yer almıştır.

Aile hekimliği uygulamasında, aile sağlığı merkezlerinin (ASM) fiziksel olanaklar ve insan gücü açısından standart olmadığı görülmektedir. Aile hekimliği uygulama yönetmeliğine göre ASM'ler kategorize edilmektedir. Örneğin müstakil bir "aşı-

lama ve bebek/çocuk izlemleri odası" C ve üzeri gruptaki ASM'lerde vardır. "Gebe izlemleri ve üreme sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi için müstakil bir oda" B ve üzeri ASM'lerde vardır. Gebe ve bebek izlemleri gibi birinci basamak sağlık hizmetlerinin en önemli öğeleri bakımından ASM'ler arasında hiyerarşi kurulması, sağlık hizmet sunumunda eşitsizliklerin anne karnında ve sağlık hizmetlerinin ilk noktasında başladığına işaret etmektedir.

Aile hekimliği uygulama yönetmeliğine göre aile hekimleri "öncelikle Bakanlık, Kurum veya bağlı kuruluşlara ait sağlık hizmeti vermek amacıyla yapılan veya müdürlükçe bu amaçla kiralanmış binalarda hizmet verirler. Bu imkânın sağlanamaması halinde müdürlüğün onayı ile uygun standartlara sahip bölgedeki diğer mekânlarda da hizmet verebilirler." Yönetmeliğin Sağlık Bakanlığını birinci basamak sağlık hizmeti sunumunun fiziksel olanaklarının temin edilmesinden "imkanları ölçüsünde" sorumlu tutması, kamunun toplum sağlığına ilişkin sorumluluklarının nereye kadar geriletebileceğine dair bir örnek teşkil etmektedir. Mevzuatın bu hükümü gündelik kullanımda "sanal ASM" olarak adlandırılan, hekimler tarafından kiralanarak tefrişatı ve malzemeleri doğrudan hekimler tarafından temin edilen yeni bir birinci basamak sağlık sunucusu tipinin ortaya çıkmasına yol açmıştır. Örneğin İstanbul için 2023 yılı itibarıyla tüm ASM'lerin yaklaşık %30'unun sanal ASM olduğu belirtilmektedir. Sanal ASM'ler mekan olarak dükkanlarda, otoparkta, camilerin altında, apartmanların üst katlarında vb. olabilmektedir (**AHESEN web sayfası, 2023**). Diğer yandan yeni açılan aile sağlığı birimleri içinde sanal ASM kapsamında olanların orantısının daha yüksek olduğuna dair bulgular vardır. Örneğin, Ankara için 2023 yılında yapılan bir ek yerleştirme işlemi sırasında açılması öngörülen 92 aile sağlığı biriminin 74 tanesinin sanal ASM kapsamında olduğu ifade edilmektedir. Hekimlerin buraları tercih etmemesi nedeniyle, bu ASM'ler kimi zaman açılmamakta, yurttaşların sağlık hizmetine erişiminde birinci basamak düzeyinde kısıtlama ortaya çıkabilmektedir (**kısa dalga web sayfası, 2023**).

Birinci basamak çalışanı hekimlerin, hastaların sağlık sisteminin diğer aşamalarını kullanımını kontrol etmesi "kapı tutuculuk (gatekeeping)" olarak adlandırılmaktadır. Zorunlu sevk sisteminin olmadığı uygulamaya ise "açık sistem" denilmektedir. Açık sistemde birinci basamağın kapı tutuculuk fonksiyonu görebilmesi için, sunulan hizmetlerin yeterince güçlü olması gerekecek; sevk zorunluluğu olmadığına bile kişilerin öncelikle birinci basamak

hekimine gitmeyi tercih etmesine bağlı olarak uygulanabilir olacaktır (**Zencir, 2019**). Türkiye’de kişi başı hekime ortalama müracaat sayısı 2021 için sekizdir (birinci basamak için 2,9 ve ikinci-üçüncü basamak için 5,1). 2002’den bu yana yıllar içinde değişime bakıldığında kişi başı hekim sayısının artarak dokuz civarında seyreden bir görünüm sergilediği, ancak yıllar içinde toplam bavyunun yaklaşık üçte birinin birinci basamak başvurularına ait olmaya devam ettiği görülmektedir (**Sağlık Bakanlığı, 2023**). Aile hekimliği uygulaması ile birlikte, reform sürecinde harcanan onca maddi kaynağa karşın, birinci basamağın kapı tutuculuk özelliğinde hiç bir değişim meydana getirilememiş olması dikkat çekicidir.

Aile hekimliği uygulama modeli ile getirilen diğer büyük değişiklikler ise çalışanların çalışma statüleri ve özlük haklarıyla ilgili başlıklarda olmuştur. Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları sözleşmeli statüde çalışanlar haline gelmişlerdir. Diğer yandan, yasada ifade edildiği gibi *“Aile hekimleri ferden veya müştereken personel çalıştırabilir ve işveren olabilir”*. Yasanın bu hükmüyle uyumlu biçimde, aile hekimliği uygulama yönetmeliğinde *“Aile hekimleri, sağlık hizmetlerine yardımcı olmak amacıyla ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi ilave sağlık hizmetleri personeli ile güvenlik, temizlik, kalorifer, sekreteryar ve benzeri hizmetler için ferden veya müştereken personel çalıştırabilir ya da hizmet satın alabilirler.”* denilmektedir. Bu hükümlerden de anlaşılacağı üzere, aslında aile hekimleri “serbest meslek sahibi” denilecek bir statüye kavuşturulmakta, birinci basamak poliklinik hizmetleri ise aile sağlığı merkezleri üzerinden taşeronlaştırılmış olmaktadır.

Aile hekimlerinin ücretlendirilmesinde kişi başına ödeme ve performansa dayalı ödeme yöntemleri kullanılmaktadır. Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği hükümleri uyarınca, ücretlendirmede kayıtlı kişi sayısı temel alınmakta, gebeler, cezaevlerinde olanlar, çocuklar ve yaşlılar için değişen katsayılarla da daha çok ödeme yapılmaktadır. Kronik hastalık takipleri pozitif performans kriteri iken; aşılama, gebe ve bebek-çocuk takipleri negatif performans kriterleri arasında yer almaktadır. Günlük poliklinik hastası sayısı, gezici sağlık hizmetleri, ASM’nin grubu da ödemede dikkate alınan parametreler arasındadır.

4.2.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri

SDP’de hizmet sunumu ile ilgili reform hedefi “Yaygın erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi” olarak başlıklandırılmış ve bunun altına “İdari

ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri” oluşturma yerleştirilmiştir. 2007 yılında hazırlanan “Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı” SDP’nin, tedavi hizmetleri alanında nasıl bir reform çerçevesine sahip olduğunu göstermesi bakımından önem taşımaktadır. Tasarıda, hastaneyi yönetmek üzere bir yönetim kurulu oluşturulması; bu kurulda yer alacak üyelerin ise il genel meclisi tarafından belirlenen hukuk öğrenimi görmüş bir üye ile mali müşavir olarak görev alacak bir üye, vali tarafından belirlenecek iktisat ya da maliye eğitimi almış bir üye, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenecek tıp eğitimi almış bir üye ile sağlık sektöründe tecrübe sahibi üniversite mezunu bir üye, Ticaret ve Sanayi Odası tarafından belirlenecek bir üye ve il sağlık müdürü ya da yardımcısından oluşması öngörülmekteydi (**TTB, 2018**). Hükümet, SDP ile başka kimi örnekleri de görüldüğü gibi, kamu hastaneleri ile ilgili olarak da sistemi olabildiğince geniş ölçüde desantralize etme ve kurumları piyasa aktörü halinde konumlandırmaya yeltenmiş, süreç içinde kimi zaman daha tasarıdan uygulamaya geçişte, kimi zaman ise uygulama sonrası karşılaşılan sorunlar ya da zorunlu durumlar nedeni ile ön görüldüklerinden geri adım atmak zorunda kalmıştır. Söz konusu tasarı dört yıl boyunca uygulamaya geçirilmemiş; 2011’e gelindiğinde ise, yönetim kurulundan belirtilen kapsamı olmaksızın da olsa, hastane yöneticileri ve genel sekreterler tarafından yönetilen desantralize bir yapıyı öngören Kamu Hastane Birlikleri 663 sayılı KHK ile kurulmuştur (**TTB, 2018; Yavuz, 2015**).

663 sayılı KHK ile ayrıca, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu da illerde kendisine ait ayrı taşra teşkilatı olan bağlı kuruluş olarak tanımlanmıştır. Adı geçen KHK ile Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatında il sağlık müdürlüğü, halk sağlığı müdürlüğü ve genel sekreterliklerden oluşan üçlü bir yapı meydana geldi. Ve tüm SDP süreci içinde sağlık kuruluşlarını yerleştirme ve işletmeleştirme amaçları bakımlarından erişilebilen en ileri noktaya taşınmış oldu. Ancak, bu formatın ömrü altı yıl olabildi. 2017’ye gelindiğinde bu uygulamanın çok başlılığa neden olduğu ve verimi düşürdüğü öne sürülerek, yani uygulamanın başlangıçta amaçlananların tam tersi sonuçlara yol açmış olduğu beyan edilerek, yerleştirmenin bu aşamasından geri adım atıldı. 694 sayılı KHK ile Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu genel müdürlüklere dönüştürüldü. Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatı ise il sağlık müdürlüğü temeli üzerinden organize edildi. 663 sayılı KHK ile il düzeyinde il sağlık müdürlüğünden bağımsız olan yapılar, Kamu

Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı ve Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı olarak il sağlık müdürlüğü çatısı altında yerlerini aldılar (TTB, 2018; Yavuz, 2015; İlhan, 2017).

"Bir kuruluş tarafından bir başka kuruluşla yasal anlaşmalar yaparak bir yapının tasarım, inşaat, işletme ve bakım hizmetlerini organize etmek ve finanse etmek için kullanılan bir sistem" olarak tanımlanan "proje teslim yöntemleri", söz konusu kamu kuruluşu olduğunda, aslında satın alma/tedarik yöntemleri başlığı altındaki alternatif seçeneklerden birisi olarak değerlendirilebilir. Kamu-özel ortaklığı (KÖO) yöntemi de, bu üst başlık altında yer alan yöntemlerden birisi olarak karşımıza çıkmaktadır ve taraflardan birinin kamu birinin özel şirket olduğu duruma karşılık gelmektedir. Genel anlamıyla "belirli bir süre boyunca projeyi tasarlamak, inşa etmek, finanse etmek ve bazen işletmek ve sürdürmek için bir kamu kuruluşu ile özel sektörden bir kuruluş arasındaki işbirliğine dayalı bir düzenleme"yi ifade etmektedir. KÖO yöntemlerinden birisi olan "yap, işlet, devret" modeli Türkiye'de özellikle 1980 sonrasında yapım projelerinde popüler bir yöntem olarak öne çıkmaya başlamıştır. Bir diğer KÖO yöntemi ise "yap-kirala-devret" modelidir, bu modelde ise özel kuruluş projesi inşa eder ve devlete kiralar (wikipedia web sayfası, 2023c). Türkiye'de şehir hastanelerinde kullanılan yöntemin "yap, işlet, devret" ve "yap, kirala, devret" modellerinin bir kombinasyonu olduğu söylenebilir. Çünkü yüklenici şirketler bazı yardımcı sağlık hizmetleri için doğrudan işletmeyi yürüten, sağlık kuruluşunun tümü için ise kamu kiracısı konumundadır.

Türkiye'de "yap, işlet, devret" modeli, 1980 sonrasında çoğunlukla Dünya Bankası, Avrupa Kalkınma Bankası vb. gibi uluslararası finansman kuruluşları tarafından finanse edilen kamu alt yapı hizmetlerinin yürütülmesinde kullanılmıştır. Kamu gelirlerinden kamu yatırımlarına ayrılan doğrudan payın giderek azalması bu yöntemin tercih edilmesine gerekçe olmuştur. Öyle ki 1960'da bütçe giderlerinin üçte biri yatırım harcamalarına ayrılırken, 2000'de bu oranın %3-4 düzeyine gerilediği belirtilmektedir. Diğer yandan, 1980'li yıllarda uluslararası alanda küreselleşme ve neoliberalizm egemen akımlar haline gelmiş, özel finans kesiminin elinde büyük miktarda fonlar oluşmuş, onların baskılarının da etkisiyle, devletten devlete açılan krediler büyük çapta azalmıştır. Tüm bunlar bu modelin öne çıkmasında rol oynayan faktörler arasında yer almıştır (İmre, 2001).

Türkiye'de uygulanan KÖO modelinde, hastanenin yapılacağı arazi hazine tarafından ücretsiz olarak tahsis edilmekte, bu araziye yapılan hastaneler için Sağlık Bakanlığı sözleşme dönemi boyunca kira ödemekte, bununla birlikte, tıbbi görüntüleme/tıbbi laboratuvar hizmetlerinin de aralarında yer aldığı bazı hizmetler şirketler tarafından yürütülmekte ve bedeli bakanlıktan tahsil edilmektedir. Şirketler hastanelerde ticari alanların işletmesinde de ayrıca gelir elde etmektedir. Şirketler Sağlık Bakanlığı'na sattıkları hizmetler için KDV muafiyeti gibi ayrıcalıklara sahiplerdir (Erbaş, 2017).

KÖO yöntemini tercih etme nedenleri arasında daha hızlı ve daha makul bedel ile hastane yapılması da yer almakla birlikte, uygulamada inşaat süreleri uzamış, genel ekonomik koşulların da etkisiyle maliyetler artmıştır. Bunların ötesinde yapılan değerlendirmeler uygulamanın maliyet minimizasyonu ve maliyet etkinlik açısından ne durumda olduğuna dair fikir vericidir. Örneğin 2017 yılı için yapılan bir değerlendirmede, bu yıl içinde Yozgat, Mersin, Adana ve Isparta'yı içeren dört şehir hastanesinin açılışının yapıldığı, bunların garanti ödeme kapsamındaki ödemeleri ile, Erzurum'da klasik ihale yöntemi ile yapılan 1210 yataklı hastaneden 12 adet yapılabileceği belirtilmektedir (Erbaş, 2017). Bu değerlendirme de KÖO yönteminin kabaca üç kata kadar varan maliyet artışlarına yol açmış olabileceğini göstermektedir.

2020-2002 orta vadeli programda yer alan parametrelere göre yapılan bir projeksiyonda ise şehir hastanelerinin yıllık bedel ödemesinin 3,2 milyar dolar olacağı, 25 yıllık toplam ödemenin ise 82 milyar dolara ulaşacağı tahmini yapılmıştır. Şehir hastaneleri ödemelerinde Bakanlığın kur ve enflasyon riskini üstlenmesi toplam maliyet artışında rol oynayan önemli bir faktör olmaktadır (Emek, 2019). KÖO modeli ile yapılan şehir hastanelerinin maliyetleri ve kamu bütçesine olan yükleri tartışma konusu olmaya devam etmekteyken, 2019 yılına gelindiğinde ise bütçe görüşmeleri sırasında Sağlık Bakanı tarafından KÖO modelinden vazgeçildiği kamuoyuna duyurularak, bundan sonra yapılacak şehir hastanelerinin genel bütçe kaynaklarıyla finanse edileceği belirtildi (DW web sayfası, 2023). Aslında böylelikle, KÖO yönteminin maliyet etkililiği ile ilgili süregiden tartışmalara Sağlık Bakanlığının kendisi son noktayı koymuş oldu. Bu geri dönüş kararı verilene kadar geçen sürede yapılan şehir hastanelerinin Sağlık Bakanlığı bütçesi içindeki ağırlığı ise varlığını sürdürmeye devam etmektedir. 2023 yılı için toplam 14 şehir hastanesi Sağlık Bakanlığı

yatak kapasitesinin %14'üne karşılık gelmektedir, bu hastanelere ayrılan pay ise Sağlık Bakanlığı bütçesinin %15,9'una, tedavi edici sağlık hizmetlerine ayrılan toplam bedelin yaklaşık % 23'üne karşılık gelmektedir (Yavuz, 2023; SES, 2023). 2023 için şehir hastanelerine 18,9 milyar TL hizmet ödemesi, 27,7 milyar TL kira ödemesi yapılmıştır. Bu sayılar bir önceki yıl ile kıyaslandığında hizmet bedelinde %131,7'lik, kira bedelinde ise %57'lik bir artışa karşılık gelmektedir (SES, 2023).

Şehir hastanelerinin yatak büyüklükleri ve yer aldıkları şehirlerdeki konumları da tartışılan başlıklar arasında yer almaktadır. Türkiye'de yapılmış çalışmalarda hastaneler için optimal yatak büyüklüğü kapasitesinin dört yüz ile sekiz yüz arasında olacağı bulunmuştur (Emek, 2019). Buna karşın, kimi şehir hastanelerinin üç binleri aşan yatak sayıları, hizmet sunumunda optimum sağlık çıktılarının değil, iktisadi kârlılık bakımından en uygun boyutun öncelendiğini, yani "ölçek ekonomisi" gerekliliklerinin ağır bastığını göstermektedir.

SDP ile genel olarak kamu hastanelerinin finansman yapısı da değiştirilmiş, genel bütçenin ağırlığı azalırken döner sermaye bütçesinin ağırlığının giderek arttığı bir süreç oluşmuştur. Buna paralel olarak da laboratuvar hizmetleri gibi asli tıbbi hizmetlerinde aralarında yer aldığı bazı hizmetler için taşeron şirketler eliyle hizmetlerin yürütülmesi uygulamaları zaman içinde artmıştır (Pala, 2017). Sağlık sektörü kamudaki taşeronlaşmanın en yaygınlaştığı sektörlerden biri haline gelmiştir. Öyle ki Sağlık Bakanlığı personel sayıları içinde taşeron şirketler üzerinden çalışanların oranı 2002'de %4,2 iken 2013'de bu oran %25'e çıkmıştır (İlhan, 2017).

Döner sermaye, sağlık çalışanları için hizmet başına ödeme tabanlı kurgulanan performans dayalı ödemenin finansal kaynağı olarak da yükümlendirilmiştir. Performansa dayalı ödeme, yol açtığı gelir farklılıkları nedeniyle sağlık çalışanları arasında olması gereken ekip hizmetini negatif etkilemiştir (İlhan, 2017). TTB Etik Kurulu tarafından 2009'da yürütülen bir araştırmanın sonucuna göre, performans dayalı ücretlendirme nedeniyle, katılımcıların %81,1'i çalışanlar arası rekabetin, %69,3'ü ise klinikler arası rekabetin arttığını belirtmiş; %56,1'i mesleki dayanışmanın azaldığını, %96'sı ise uygulamanın dürüst çalışmayı azalttığını belirtmiştir (Canivar, 2019). Türkiye'de kişi başı hekime müracaat sayısı ortalaması sekiz iken OECD ve AB ortalamalarının sırasıyla 6,1 ve 6,2 olduğu görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2023). Ödeme sistemi ile bir-

likte değerlendirildiğinde, bu sayının performans dayalı ödeme sistemiyle ilişkili olabileceği, sayının yükselişinin ise literatürde "arzın uyandırdığı talep" olarak ifade edilen duruma karşılık gelebileceği akla gelmektedir.

5. Sonuç:

1990'lı yıllarda üzerinde tartışılan, 2000'li yılların başında beri farklı fazlar üzerinden uygulamaları süren sağlık reformlarının, ideolojik arka planını neoliberalizm oluşturmaktadır. Elbette sağlık reformları bu ideolojik arka planın yansıdığı tek alan olmayıp, kamu hizmeti sunumuyla ilgili diğer alanlardaki reform girişimlerine paralel olarak ortaya çıkmaktadır. Buna karşın, neoliberal yaklaşım alternatifsiz uyulması gereken tek seçenek olarak gündeme getirildiği için, ideolojik bir tercihe karşılık geldiği kimi zaman gözden kaçmakta, kimi zaman gözden çıkarılmak istenmektedir. Türkiye'de süre giden sağlık reformlarının iki temel aksını ekonomik bağlamda kapitalistleşme, organizasyonel/örgütsel bağlamda desantralizasyon oluştursa da bunlardan ikincisi aslında birincisine hizmet eden bir vasat olarak işlev gördüğü müddetçe yaşamaya devam edilecek niteliktedir. Sosyal güvenlik sisteminin, özel sağlık kuruluşlarının finansörü olması sayesinde ve KÖO yöntemiyle yapılan hastaneler üzerinden, genel bütçeden sağlık hizmetleri için ayrılan kaynaklar ve sosyal güvenlik sistemi kaynakları, sermaye birikim sürecinin harç malzemesi olarak kullanılmaktadır.

Diğer yandan 1980 sonrası sağlık reformları sürecinde yapılanlar kadar yapılması tasarlananlar, yapılmak isteyip de uygulamaya geçirilemeyenler ile bundan sonrası yapılması düşünülenler de resmi bütünleyen diğer parçaları oluşturmaktadır. Bu kapsamda tekil birçok örneği vermek mümkün olmakla birlikte, serbest sağlık bölgeleri oluşturulması, ülkenin sağlık turizmi için merkez ülke haline getirilmesi vb. bunlar içinde sayılabilir. 2024'te cumhuriyetin yüz birinci yılında hayata geçirilecek yeni bir uygulama, kamunun bireysel emeklilik sisteminde olduğu gibi özel sağlık sigortalarına da destek olması olacaktır. 2024 Yılı Cumhurbaşkanlığı Yıllık Programı'nda tamamlayıcı emeklilik ve sağlık sigortalarının kamu tarafından desteklenmesinin öngörüldüğü belirtilmektedir. Böylece tamamlayıcı sağlık sigortası olan kişi sayısının dört milyondan sekiz milyona çıkması beklenmektedir (Doğan, 2023). Tamamlayıcı sağlık sigortaları, SGK kapsamı dışında kalan sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde kullanılmakta olan bir ödeme modelidir. Yapılması öngörülen düzenlemeyle kamu desteğiyle

birlikte tamamlayıcı özel sağlık sigortalarının geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Bununla paralel olarak, daha önce de zaman zaman gündeme geldiği gibi, SGK sağlık hizmetleri kapsamının çok geniş olduğu ve daraltılması gerektiği yönündeki önerilerin yeniden gündeme getirilmesi olasıdır. Kamu kaynaklarından özel sektöre kaynak aktarımına karşılık gelen finansal akış, genişlemesini sürdürmektedir.

Sağlığa ayrılan kamusal kaynakların, sermaye birikim sürecinin nesnesi olmaktan çıkarılması, uygulanan reformların ideolojik arka planının deşifre edilmesi, alternatif kamucu sağlık politikalarının öne sürülmesi ile olanaklı olabilir. Cumhuriyeti ikinci yüz yılında "emeğin cumhuriyetine" dönüştürme perspektifi bu girişimlerin çerçevesini oluşturabilir. Bu başarısızlığı takdirde, her tür kamusal ve toplumsallık formasyonlarının, serbest piyasa uygulamalarının sonucu olarak yok olduğu bir yirmi birinci yüzyılda, zaten üzerinde konuşulabilecek bir kamu sağlığı ya da toplum sağlığı da kalmayacaktır.

Kaynaklar

- Anadolu Ajansı web sayfası** (2023) Prim borcu olan GSS'liler 2024'te de sağlık hizmetlerinden yararlanabilecek. <https://www.aa.com.tr/tr/ekonomi/prim-borcu-olan-gssliler-2024te-de-saglik-hizmetlerinden-yararlanabilecek/3090642>
- Anayasa Mahkemesi web sayfası** (2023) 1961 Anayasası, <https://www.anayasa.gov.tr/tr/mevzuat/onceki-anayasalar/1961-anayasasi/>
- AHESEN web sayfası** (2023) İstanbul'daki ASM'lerin yüzde 90'ının depreme dayanıklılığı meçhul. <https://www.ahesen.org.tr/ahesen-uyariyor-mart/>
- Atalay** (2015) Sağlıkta Piyasalaşma ve Kamu Özel Ortaklığı. içinde editörler: Yaşar GY, Göksel A, Birler Ö. Türkiye'de Sağlık, Siyaset, Piyasa. Notabene Yayınları.
- Belek İ** (2020) AKP'li Yıllarda Sağlık. Yazılama Yayınevi, Eylül 2020.
- Canıvrar C.** (2019) Sağlık Emek Süreci ve Yalın Sağlık 2. Aile Hekimleri Buluşması, 22-24 Şubat 2019, Eylül 2019, Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Doğan N.** (2023) Tamamlayıcı sağlık sistemine geçiliyor, Kasım 01, 2023. Hürriyet Gazetesi <https://www.hurriyet.com.tr/yazarlar/noyan-dogan/tamamlayici-saglik-sistemine-geciliyor-42354394>
- Dumenil G, Levy D.,** (2015) Neoliberalizm içinde editörler: Fine B, Saad-Filo A. Marksist İktisat Kılavuzu, Dipnot Yayınları.
- DW web sayfası** (2023) Şehir hastanelerinde mali yük U dönüşü yaptırdı <https://www.dw.com/tr/%C5%9Fehir-hastanelerinde-mali-y%C3%BCK-u-d%C3%B6n%C3%BC%BC%C5%9F%C3%BC-yap-t%C4%B1rd%C4%B1/a-51271502>
- Emek, U.** (2019) İçinde: Şehir Hastaneleri Yalanlar ve Gerçekler. Türk Tabipleri Birliği İstanbul Tabip Odası, s. 15-25
- Erbaş, Ö.** (2017). Rızayla Veya Zorla: Şehir Hastaneleri. Toplum Ve Hekim, 32(6), 427-431.
- Gümiş, İ.** (2008). Tarihsel Perspektifte Refah Devleti: Doğuş, Yükseliş Ve Yeniden Yapılanma Süreci. Journal of Political Administrative and Local Studies, 1(1), 33-66.
- Hamzaoğlu, O.** (2013). Dünyada Sağlık Reformu Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm: Gerçekler ve Belgeleri. Toplum ve Hekim 28 (3): 172-180.
- Hamzaoğlu, O.** (2023). AKP'li Yıllarda Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı: Neoliberal Kamu Sağlık Sigortası Modeli. Toplum ve Hekim, 38(3): 174-184.
- İhan, B.** (2017). Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde 15 Yıllık Dönüşüm. Toplum ve Hekim, 32(6), 422-426.
- İmre E.,** (2001) Türkiye'de Yap-İşlet-Devret Modeli; Yasal Çatıştı, Uygulaması. https://archive.md/20030424192011/http://www.ydk.gov.tr/semirler/turkiyede_yid_modeli.htm#selection-515.0-521.273

Kılıç G, Demir E. (2021) Covid-19 Salgının 1. Yılında Sosyal Güvenlik ve Sağlıkın Finansmanı, İstanbul Tabip Odası

Kılıç G, Demir E. (2023) Sağlıkta Dönüşümün 20. Yılında Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Şartları Gerçekler ve Haklarımız. İstanbul Tabip Odası.

Kısa dalga web sayfası (2023) Hekimler, artan maliyetler yüzünden sanal ASM'lerde çalışmak istemiyor. https://kisadalga.net/haber/detay/hekimler-artan-maliyetler-yuzunden-sanal-asmlerde-calismak-istemiyor_73700

Mevzuat Bilgi Sistemi web sayfası (2023) 1982 anayasası <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.2709.pdf>

Pala K (2017) Türkiye'de Sağlık Reformu Sağlıkta Dönüşüm Programı Süreci. İçinde Editörler: Yaşar GY, Göksel A., Birler Ö. Türkiye'de Sağlık ve Sosyal Güvenlik. Nota Bene Yayınları.

PYDB web sayfası (2023) Kurumsal Tarihçe <https://pydb.saglik.gov.tr/TR-25156/tarihce.html>

Sağlık Bakanlığı (1993) Ulusal Sağlık Politikası Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara 1993.

Sağlık Bakanlığı (2007) Nereden Nereye: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Kasım 2002- Haziran 2007.

Sağlık Bakanlığı (2012) Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)

Sağlık Bakanlığı (2023) Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021.

Sağlık Bakanlığı web sayfası (2023) Teşkilat Şeması <https://www.saglik.gov.tr/TR-11443/teskilat-semasi.html>

SES (2023) Sağlık Bakanlığı Bütçe Teklifi Koruyucu Sağlık Hizmetlerini, İşkolu Emekçilerini Görmeyen, Halkın Sağlık Hakkını Öteleyen, Sermayeyi Esas Alan Bir Seçim Bütçesidir. Sağlık ve Sosyal Hizmet Sendikası. <https://ses.org.tr/2022/11/2023-saglik-bakanligi-butce-teklifi-koruyucu-saglik-hizmetlerini-iskolu-emekcilerini-gormeyen-halkin-saglik-hakkini-oteleyen-sermayeyi-esas-alan-bir-secim-butcesidir/>

Sosyal Güvenlik Kurumu (2023) SGK İstatistik Yıllığı 2022. <https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Yillik/fcd5e59b-6af9-4d90-a451-ee-7500eb1cb4/>

Tükel (2023) Sağlıkta Küresel Reformlar ve Sağlıkta Dönüşüm Programı. İTO Temsilciler Çalıştayı. <https://www.istabip.org.tr/7688-calistay-temsilciler-kurulu-nasil-daha-verimli-calisabilir.html>

TTB (2018) Sağlıkta Dönüşüm Programı Çöktü, Kamu Hastane Birlikleri: Ne Dediler, Ne Oldu? TTB Raporu Toplum ve Hekim 33 (6): 473-475.

TTB (2022) Türk Tabipleri Birliği ve Kazanlarımız, Türk Tabipleri Birliği Yayınları

TÜİK (2023a) TÜİK sağlık harcamaları istatistikleri TÜİK haber bülteni sayı: 49676

TÜİK (2023b) Sağlık Modülü 2022. TÜİK haber bülteni, 24 Temmuz 2023, sayı: 49759

wikipedia web sayfası (2023a) 1973 Petrol Krizi, https://tr.wikipedia.org/wiki/1973_Petrol_Krizi

wikipedia web sayfası (2023b) 24 Ocak kararları, https://tr.wikipedia.org/wiki/24_Ocak_kararlar%C4%B1

wikipedia web sayfası (2023c) Proje teslim yöntemleri https://tr.wikipedia.org/wiki/Proje_teslim_y%C3%B6ntemleri

Yayın, E., Alper, Y. (2023). Türkiye'de Aile Hekimliği Modeline Geçiş Süreci ve Sosyal Güvenlik Kurumu'nun Aile Hekimlerinin Sosyal Sigortalılık Statülerine İlişkin Uygulaması Hakkında Bir Değerlendirme. Çalışma ve Toplum, 1(76), 121-158.

youtube web sayfası (2023) Özallı Yıllar Belgesi 1. Bölüm, 24 Ocak, 32. Gün Arşivi, <https://www.youtube.com/watch?v=mz7UspS0Tc&t=1719s>

Yavuz, Cİ. (2015). Kamu Hastane Birlikleri ve Hastanelerde Yapısal Dönüşüm. Toplum ve Hekim, 30(1), 3-12.

Yavuz Cİ. (2023) Cumhuriyet'in 100. Yılında Sağlık: Nereden Nereye?

<https://www.tipdunyasi.dr.tr/2023/10/cumhuriyetin-100-yilinda-saglik-nereden-nereye/>

Zencir M. (2019) Birinci Basamak ve Temel Kavramlar, 2. Aile Hekimleri Buluşması, 22-24 Şubat 2019, Eylül 2019, Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları.