

T.C.  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
KAMU YÖNETİMİ ANABİLİM DALI  
KAMU YÖNETİMİ PROGRAMI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KÜRESELLEŞME SÜRECİ  
VE  
TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKALARI**

**Özge ORHAN**

Danışman

**Doç. Dr. Yeşim Edis ŞAHİN**

2006

## **Yemin Metni**

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Küreselleşme Süreci ve Türkiye’de Sağlık Politikaları” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin bibliyografyada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih

/ /

Özge ORHAN

## YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

### Öğrencinin

**Adı ve Soyadı** : Özge ORHAN  
**Anabilim Dalı** : Kamu Yönetimi  
**Programı** : Kamu Yönetimi  
**Tez Konusu** : Küreselleşme Süreci ve Türkiye’de Sağlık Politikaları  
**Sınav Tarihi ve Saati** :

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilen öğrenci Sosyal Bilimler Enstitüsü’nün ..... tarih ve ..... Sayılı toplantısında oluşturulan jürimiz tarafından Lisansüstü Yönetmeliğinin 18.maddesi gereğince yüksek lisans tez sınavına alınmıştır.

Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini ..... dakikalık süre içinde savunmasından sonra jüri üyelerince gerek tez konusu gerekse tezin dayanağı olan Anabilim dallarından sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin,

BAŞARILI	<input type="radio"/>	OY BİRLİĞİ ile	<input type="radio"/>
DÜZELTME	<input type="radio"/>	OY ÇOKLUĞU	<input type="radio"/>
RED edilmesine	<input type="radio"/>	ile karar verilmiştir.	

Jüri teşkil edilmediği için sınav yapılamamıştır. \*\*\*  
Öğrenci sınava gelmemiştir. \*\*

\* Bu halde adaya 3 ay süre verilir.  
\*\* Bu halde adayın kaydı silinir.  
\*\*\* Bu halde sınav için yeni bir tarih belirlenir.

Tez burs, ödül veya teşvik programlarına (Tüba, Fullbright vb.) aday olabilir.	Evet
Tez mevcut hali ile basılabilir.	<input type="radio"/>
Tez gözden geçirildikten sonra basılabilir.	<input type="radio"/>
Tezin basımı gerekliliği yoktur.	<input type="radio"/>

### JÜRİ ÜYELERİ

### İMZA

.....	<input type="checkbox"/> Başarılı	<input type="checkbox"/> Düzeltme	<input type="checkbox"/> Red	.....
.....	<input type="checkbox"/> Başarılı	<input type="checkbox"/> Düzeltme	<input type="checkbox"/> Red	.....
.....	<input type="checkbox"/> Başarılı	<input type="checkbox"/> Düzeltme	<input type="checkbox"/> Red	.....

## ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

Küreselleşme Süreci ve Türkiye’de Sağlık Politikaları

Özge ORHAN

Dokuz Eylül Üniversitesi  
Sosyal Bilimler Enstitüsü  
Kamu Yönetimi Anabilim Dalı  
Kamu Yönetimi Programı

Eğitim ve sosyal güvenlik gibi sağlık da, devletin vatandaşa karşı çeşitli yükümlülüklerinin olduğu önemli bir sosyal hizmet alanıdır. Bir toplumun gelişiminin, ancak sağlıklı bireylerin varlığına bağlı olduğu ve sağlık düzeyinin bir ülkenin gelişmişliğinde temel göstergelerden biri olduğu düşünüldüğünde, sağlığın önemi daha net anlaşılmaktadır. Bu bağlamda sağlık alanında üretilen ve uygulanan politikaların da önemi kendiliğinden ortaya çıkmaktadır.

Özellikle 1980’lerden itibaren dünyada yaşanan gelişmeler devletin rolünün yeniden tanımlanması ve kamu yönetiminde reforma gidilmesi ihtiyacını doğurmuştur. Devletin hizmet üretiminden çekilerek düzenleyicilik işlevini üstlenmesi şeklinde tanımlanan yeni rolünden hiç şüphesiz sağlık hizmetleri de etkilenmiştir. “Kamu işletmeciliği” ve “yeni kamu işletmeciliği” kavramlaştırmaları altında sunulan ve küreselleşme sürecinin açılımları olarak nitelendirilebilen toplam kalite yönetimi, yönetim, yerelleşme, esnek işgücü ve özelleştirme uygulamaları, sağlık politikaları üzerinde belirleyici olmuştur. Küreselleşme sürecinin önemli aktörleri olan Uluslararası Para Fonu ve Dünya Bankası’nın program ve projeleri çerçevesinde sağlık alanında hedefler saptanmıştır. Söz konusu kuruluşların belirleyici etkisinin bugün de devam ettiği “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nda açıkça görülmektedir.

Sağlık alanının temel sorunları olan finansman ve personel yetersizliğine, daha doğrusu personelin dengesiz dağılımına, yaklaşık 30 yıldır devlet-piyasa ilişkisi çerçevesinde çözüm aranmaktadır. Bu paralelde de deregülasyon

politikalarıyla sađlđın devletin tekelindeki kamusal alan olmaktan çıkarılmaya, devletin bu alandaki faaliyetlerinin kısıtlanmaya ya da kaldırılmaya çalışıldığı, dolayısıyla sosyal devlet ilkesinin sınırlarının zorlandığı görölmektedir. Bireysel ve toplumsal sađlđın ancak piyasa koşullarına yönelik politikalarla sağlanabileceğinin tek yol olarak düşünölmemesi ve adil, makul ve ölçölü politikalar üretilmesi sağlık gibi hayati bir alan için büyük önem taşımaktadır.

**Anahtar Kelimeler: 1)Küreselleşme, 2)Deregölasyon, 3) Sosyal Devlet  
4) Sağlık Hizmeti, 5) Sağlıkta Dönüşüm Programı**

## **ABSTRACT**

**Master Thesis**

**The Globalization Process  
and  
The Health Policies In Turkey**

**Özge ORHAN**

**Dokuz Eylul University  
Institute Of Social Sciences  
Department Of Public Administration  
Programme Of Public Administration**

**Health, like education and social security, is one of the important responsibility areas that the government has towards its citizens. When it is thought that the development of a society is only possible with healthy people and the level of health is one of the basic indicators of a developed country, the importance of health is understood more clearly. From this point of view the policies that are produced and applied in the field of health come to be very important itself.**

**Especially the developments that are experienced in the world since 1980's required the re-explanation of the state's role and reforms in public administration. The health services without doubt have been effected with the new role of the state, that is defined as withdrawal from the production of service and taking the responsibility of regulation. Total quality management, governance, decentralization, flexible employment and privatization applications that are presented under the concept of "public management" and "new public management" and qualified as the openings of the globalization process have been effective on health policies. The goals have been determined in the frame of the programme and projects of the fundamental actors of the globalization process, International Monetary Fund and World Bank. It's clearly seen in "Health Transition Programme" that specific effect of institutions, which are discussed, still continue.**

**The finance and lack of personnel, which are the basic problems in the field of health, that's, the unbalanced distribution of personel, are tried to be solved out for nearly 30 years in the frame of state-market relationship. In this parallel health is tried to be taken out from the public field, which is in the monopoly of the state, with the policies of deregulation; the applications of the state in this field are tried to be constricted or abolished, consequently it's seen that the borders of a social state principle are forced. That the individual and public health can be provided only with the policies regarding market stipultions can't thought as the only way and producing fair, reasonable, balanced policies concerning health has vital importance.**

**Key Words: 1) Globalization, 2) Deregulation, 3) Social State  
4 ) Health Service, 5) Health Transition Programme**

## KÜRESELLEŞME SÜRECİ VE TÜRKİYE’DE SAĞLIK POLİTİKALARI

YEMİN METNİ	II
TUTANAK	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	VI
İÇİNDEKİLER	VIII
KISALTMALAR	XIII
TABLO LİSTESİ	XVI
GİRİŞ	XVII

### BİRİNCİ BÖLÜM

#### BİR SÜREÇ OLARAK KÜRESELLEŞME ve DEVLETE BAKIŞI

1.1.	KÜRESELLEŞME KAVRAMI	1
1.2.	FORDİST BİRİKİM REJİMİNDEN POST-FORDİST BİRİKİM REJİMİNE	3
	1.2.1. Fordizm ve 1929 Bunalımı Sonrası Yeniden Üretilişi	3
	1.2.2. Post-Fordizm ve Neo-Liberalizm	6
1.3.	SOSYAL DEVLETİN ÇÖKÜŞÜ ve DEVLETİN YENİ KONUMU	10
	1.3.1. “Kamu Yönetimi” ve “Kamu İşletmeciliği”	12
	1.3.2. “Kamu İşletmeciliği” ve “Yeni Kamu İşletmeciliği”	14
	1.3.3. 1990’ların Yeni Kavramlaştırması: Yönetişim	19
	1.3.3.1. “Hükümetin Yeniden İcadı” Projesi ve “İyi Yönetişim”	21
	1.3.3.2. “Üçüncü Sektör”	23
1.4.	KÜRESELLEŞME SÜRECİNİN ULUSLAR ARASI MALİ AKTÖRLERİ	25
	1.4.1. Uluslararası Para Fonu ve Değişen Rolü	25
	1.4.2. Dünya Bankası ve Değişen Rolü	30
	1.4.3. Dünya Ticaret Örgütü	35
	1.4.4. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü	37
	1.4.5. Çokuluslu Şirketler	39



## İKİNCİ BÖLÜM

### TÜRKİYE’DEKİ SAĞLIK SİSTEMİNE GENEL BİR BAKIŞ

2.1.	SAĞLIK KAVRAMI	42
2.2.	SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI	43
2.3.	SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI	44
2.3.1.	Koruyucu Sağlık Hizmetleri	44
2.3.1.1.	Bireye Yönelik Koruyucu Sağlık	45
2.3.1.2.	Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	45
2.3.2.	Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	45
2.3.2.1.	Kendi Kendine Bakım	46
2.3.2.2.	Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri	46
2.3.2.3.	İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri	47
2.3.2.4.	Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri	47
2.3.3.	Rehabilitasyon Hizmetleri	48
2.4.	SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ	48
2.5.	SAĞLIK HİZMETLERİNDE FİNANSMAN	55
2.5.1.	Sosyal Güvenlik Kavramı	55
2.5.1.1.	Sosyal Sağlık Sigortası	56
2.5.1.2.	Genel Vergi Sistemi	58
2.5.1.3.	Özel Sağlık Sigortası	60
2.5.1.4.	Cepten Ödeme Modeli	62
2.5.2.	Türkiye’deki Kamu Sosyal Güvenlik Kurumlarının Sağlık Harcamaları	62
2.5.2.1.	T.C. Emekli Sandığı Sağlık Harcamaları	63
2.5.2.2.	SSK’nın Sağlık Harcamaları	65
2.5.2.3.	Bağ-Kur’un Sağlık Harcamaları	67
2.6.	SAĞLIK SİSTEMİ KAVRAMI VE ÇEŞİTLERİ	69
2.6.1.	Tanım	69
2.6.2.	Sağlık Sistemi Çeşitleri	70
2.7.	RAKAMLARLA TÜRKİYE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE MEVCUT DURUM	71

## **ÜÇÜNCÜ BÖLÜM**

### **TÜRKİYE’DE SAĞLIK POLİTİKASININ TARİHSEL GELİŞİMİ**

3.1.	CUMHURİYET’İN KURULUŞ DÖNEMİ	79
3.2.	1950-1960 DÖNEMİ	81
3.3.	1960-1980 DÖNEMİ	82
3.4.	1980-1990 DÖNEMİ	88
	3.4.1. Milli Güvenlik Konseyi Dönemi	93
	3.4.1.1. Tam Gün Kanunu	94
	3.4.1.2. Mecburi Hizmet Kanunu	96
	3.4.2. ANAP Dönemi	99
	3.4.3. 1990-2000 Dönemi	102
	3.4.3.1. Yeşil Kart Uygulaması	105
	3.4.3.2. Ulusal Sağlık Politikası ve Sağlık Reformu Projeleri	107
	3.4.3.3. Sosyal Güvenlik Sistemi’nde Reform Çalışmaları	114
	3.4.3.4. Sağlık Hizmetlerinde “Kalite” Çalışmaları	117

## **DÖRDÜNCÜ BÖLÜM**

### **2000’Lİ YILLARDA SAĞLIKTA REFORM**

4.1.	SAĞLIK SEKTÖRÜNDE REFORM	124
	4.1.1. Temel Belgelerde Sağlıkta Reform	125
	4.1.1.1. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005)	125
	4.1.1.2. Güçlü Ekonomiye Geçiş Programı	126
	4.1.1.3. Acil Eylem Planı ile 58. ve 59. Hükümet Programları	128
	4.1.1.4. 5227 Sayılı Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun	133
	4.1.1.5. Sağlıkta Dönüşüm Programı	137
	4.1.1.5.1. Amacı	137
	4.1.1.5.2. İlkeleri	137

4.1.1.5.3. Bileşenleri	139
4.1.1.5.4. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Dünya Bankası	146
4.1.1.5.5. Sağlık Reformu ve Avrupa Birliği'ne Üyelik Süreci	149
4.2. YASAL DÜZENLEMELERDE SAĞLIKTA REFORM ÇALIŞMALARI	150
4.2.1. Sağlık Bakanlığı ve SSK Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanım Protokolü	151
4.2.2. SSK Sağlık Tesislerinin Sağlık Bakanlığı'na Devri	152
4.2.3. Sosyal Güvenlik Reformuna İlişkin Kanunlar	154
4.2.3.1. Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu	154
4.2.3.2. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu	156
4.2.3.2.1. Sosyal Sigortalarla İlgili Hükümler	157
4.2.3.2.2. Genel Sağlık Sigortasıyla İlgili Hükümler	158
4.2.3.2.2.1. GSS'den Yararlanmanın Temel Koşulu: Prim	159
4.2.3.2.2.2. GSS ve Finansmanı Sağlanan Sağlık Hizmetleri	161
4.2.3.2.2.3. GSS ve Katkı Payı	164
4.2.3.2.2.4. GSS ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	166
4.2.3.2.2.5. GSS Üzerine Yorumlar	168
4.3. AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI	171
4.3.1. Tanım	171
4.3.2. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun	173
4.3.3. Düzce Pilot Uygulaması	177
4.3.4. Aile Hekimliği Uygulaması Üzerine Yorumlar	179
4.4. Diğer Düzenleme ve Uygulamalar	183
4.4.1. Sözleşmeli Personel Çalıştırma	183

4.4.2. Performansa Dayalı Döner Sermaye Uygulaması	186
4.4.3. İthal Hekim Tartışmaları	188
SONUÇ	190
KAYNAKLAR	198

## KISALTMALAR

<b>AB</b>	Avrupa Birliği
<b>ABD</b>	Amerika Birleşik Devletleri
<b>AEP</b>	Acil Eylem Planı
<b>a.g.e.</b>	Adı geçen eser
<b>a.g.m.</b>	Adı geçen makale
<b>AHS</b>	Aile Hekimliği Sistemi
<b>AKP</b>	Adalet ve Kalkınma Partisi
<b>ANAP</b>	Anavatan Partisi
<b>Bağ-Kur</b>	Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
<b>BDDK</b>	Bankacılık Düzenleme ve Denetleme Kurumu
<b>bkz.</b>	Bakınız
<b>BM</b>	Birleşmiş Milletler
<b>BYKP</b>	Beş Yıllık Kalkınma Planı
<b>CHP</b>	Cumhuriyet Halk Partisi
<b>Çev.</b>	Çeviren
<b>ÇUŞ</b>	Çokuluslu Şirket
<b>Der.</b>	Derleyen
<b>DİSK</b>	Devrimci İşçi Sendikaları Konfederasyonu
<b>DPT</b>	Devlet Planlama Teşkilatı
<b>DSP</b>	Demokratik Sol Parti
<b>DYP</b>	Doğru Yol Partisi
<b>GATS</b>	Hizmet Ticareti Genel Anlaşması
<b>GATT</b>	Gümrük Tarifeleri ve Ticaret Genel Anlaşması
<b>GOÜ</b>	Gelişmekte Olan Ülkeler
<b>GSMH</b>	Gayri Safi Milli Hasıla
<b>GSS</b>	Genel Sağlık Sigortası
<b>GSYH</b>	Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
<b>İ.İ.B.F.</b>	İktisadi İdari Bilimler Fakültesi
<b>IMF</b>	Uluslararası Para Fonu

<b>ISO</b>	Uluslararası Standardizasyon Örgütü
<b>KalDer</b>	Kalite Derneği
<b>KESK</b>	Kamu Emekçileri Sendikaları Konfederasyonu
<b>MAI</b>	Çok Taraflı Yatırım Anlaşması
<b>md.</b>	Madde
<b>MERNİS</b>	Merkezi Nüfus İdaresi Sistemi
<b>MHP</b>	Milliyetçi Hareket Partisi
<b>MIGA</b>	Çok Taraflı Yatırım Garanti Ajansı
<b>NGOs</b>	Hükümet dışı örgütler
<b>NHS</b>	Ulusal Sağlık Hizmetleri
<b>NPR</b>	Ulusal Performans İncelemesi
<b>OECD</b>	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
<b>ÖİK</b>	Özel İhtisas Komisyonu
<b>R.G.</b>	Resmi Gazete
<b>RP</b>	Refah Partisi
<b>RTÜK</b>	Radyo ve Televizyon Üst Kurulu
<b>s.</b>	Sayfa No
<b>SAGP</b>	Satın Alma Gücü Paritesi
<b>ss.</b>	Sayfalar arası
<b>SBF</b>	Siyasal Bilgiler Fakültesi
<b>SES</b>	Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası
<b>SHP</b>	Sosyaldemokrat Halk Partisi
<b>SPK</b>	Sermaye Piyasası Kurulu
<b>SSCB</b>	Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği
<b>SSK</b>	Sosyal Sigortalar Kurumu
<b>TAPDK</b>	Tütün ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurulu
<b>TBMM</b>	Türkiye Büyük Millet Meclisi
<b>T.C.</b>	Türkiye Cumhuriyeti
<b>TİSK</b>	Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu
<b>TKY</b>	Toplam Kalite Yönetimi
<b>TS</b>	Türk Standartları
<b>TSM</b>	Toplum Sağlığı Merkezleri

<b>TTB</b>	Türk Tabipleri Birliği
<b>TMMOB</b>	Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği
<b>TOBB</b>	Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği
<b>TODAİE</b>	Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü
<b>TSH</b>	Temel Sağlık Hizmetleri
<b>TSM</b>	Toplum Sağlığı Merkezi
<b>TUS</b>	Tıpta Uzmanlık Sınavı
<b>UNICEF</b>	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
<b>vb.</b>	ve benzeri, ve bunun gibi
<b>vs.</b>	ve saire
<b>WB</b>	Dünya Bankası
<b>WHO</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>WTO</b>	Dünya Ticaret Örgütü
<b>y.a.g.e.</b>	yukarıda adı geçen eser
<b>y.a.g.m.</b>	yukarıda adı geçen makale
<b>YÖK</b>	Yükseköğretim Kurulu

## TABLO LİSTESİ

Tablo 1: T.C. Emekli Sandığı'nın Sağlık Ödemeleri	s. 64
Tablo 2: SSK'nın Toplam Sağlık ve İlaç Harcamaları	s. 66
Tablo 3: Bağ-Kur'un Toplam Sağlık ve İlaç Harcamaları	s. 68
Tablo 4: AB Ülkeleri İle Karşılaştırmalı Temel Sağlık Göstergeleri	s. 72
Tablo 5: Türkiye'de Yıllara Göre Sağlık Harcamaları	s. 73
Tablo 6: Seçilmiş Bazı OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları, 2001	s. 74
Tablo 7: Seçilmiş Bazı OECD Ülkelerinde Kişi Başı Sağlık Harcaması (\$)	s. 75



## GİRİŞ

Sağlık, temel insan haklarından biridir ve devlet tarafından herkese eşit olarak ulaştırılması zorunludur. Ancak bu hakkın vatandaş tarafından ne ölçüde kullanılabilirdiği ve devletin sağlık hizmetlerini ne ölçüde karşılayabildiği tartışmalıdır. Sağlık hizmetlerinde etkinliğin ve verimliliğin artırılması hedefi gözetilerek, uzun yıllar reform adı altında birçok düzenleme yapılmış ya da yapılmak istenmiştir. Öyle ki, çıkarılan, kaldırılan, kadük olan ya da güncellenmeyen kanunlar nedeniyle sağlık mevzuatı adeta yap-boz tahtasına dönmüş, karmaşık ve dağınık bir hal almıştır.

Dünya ekonomisindeki dalgalanmalara bağlı olarak ortaya çıkan krizler, teknolojideki hızlı dönüşüm, değişen ve çeşitlenen ihtiyaçlar, sosyal ve siyasal yapıların da dönüşümünü tetiklemiştir. Özellikle, neo-liberal politikaların etkisiyle yaşanan ekonomik krizlerden çıkabilmenin yolunun kamu harcamalarının kısılmasında görülmesi, eğitim, sosyal güvenlik, sağlık gibi kamusal alanlarda yeniden yapılanma, diğer adıyla reform çalışmalarını doğurmuştur. Kamu harcamalarının kısılması, devletin sosyal alanlardaki faaliyet alanının daraltılması, dolayısıyla sosyal yanının zayıflatılarak küçültülmesi şeklinde yorumlandığı gibi; özel sektör için geliştirilmiş olan kalite, performans, müşteri odaklılık kriterlerinin kamu kesiminde de benimsenerek kamusal alanların özel kesime açılması, böylece devletin yükünün hafifletilmesi, onun bürokrasiden ve hantallıktan kurtarılması biçiminde de yorumlanmaktadır.

Gerek İkinci Dünya Savaşı sonrasındaki sosyal devlet akımı, gerekse küreselleşmenin beraberinde getirdiği neo-liberalizm akımı Türkiye'yi de etkisi altına almıştır. Başka alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da söz konusu akımların birer yansıması olan yasal düzenlemeler yapılmıştır. Sağlık alanına 1960'lara damgasını vuran düzenleme *224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun* olurken, 1980'lerin ilk yıllarına damgasını vuran düzenleme de *3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu* olmuştur. İzleyen süreçte neo-liberalizm etkisini sürdürmüştür. Yeni süreç için, "yeni dünya düzeni", "küreselleşme" gibi adlandırmalar ve kavramlaştırmalar yapılmış; ekonomik, siyasal

ve sosyal dönüşümler bu adlar altında değerlendirilmeye başlanmıştır. Sağlık çalışanlarının istihdam koşulları, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumu konuları da adı geçen kavramlaştırmalar altında ele alınmaya başlamıştır. Yapılan birçok çalışmada veya araştırmada da, küreselleşme sürecinde devlet-piyasa ilişkisi çerçevesinde sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve sağlık çalışanlarının istihdam biçimleri konusunda mevcut politikaları ve uygulamaları destekler ya da eleştirir yönde çeşitli görüşler ve iddialar ortaya konduğu görülmektedir.

Bu çalışmada, küreselleşme sürecinde yaşanan dönüşümün Türkiye'deki sağlık politikalarına yansımaları ve kamusal sağlık hizmetlerine etkisinin çözümlenmesi amaçlanmaktadır. Türkiye'de, "sağlık reformu" adıyla sağlık politikalarında yaşanan değişimin, kamu sağlık hizmetlerini ne ölçüde etkilediği tartışması yapılmaktadır. Verimlilik, etkinlik ve maliyetlerin en aza indirilmesini amaçlayan sağlık reformu çalışmalarında, sağlığın temel bir insan hakkı olması nedeniyle kamusal bir hizmet olduğu gerçeği, eşitlik ve adalet ilkeleri dikkate alınmamaktadır. Çalışmanın tezi, temel bir insan hakkı olan sağlık hizmetlerinin eşitlik ve adalet ilkelerine bağlı olarak sunulması ve kamusal olmasıdır. Sağlık reformu paketi ise, maliyetleri en aza indirebilse bile, ki bu konu da çok tartışmalıdır, toplumun bütününe hizmet sunulabilmesi açısından yeterli olamayacaktır.

Bu çalışmada dört bölüme yer verilmiştir. Birinci bölümde, küreselleşme kavramına değinilmiş, Toplam Kalite Yönetimi, özelleştirme, yerelleşme, yönetim, deregülasyon, esneklik gibi anahtar sözcükleri üzerinde durularak küreselleşme sürecinin seyri dönemsel olarak incelenmeye çalışılmış ve küreselleşme sürecinin aktörlerine yer verilmiştir.

İkinci bölümde, sağlık kavramı, sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması, sağlık sistemleri incelenmiş; sağlıkla yakından ilgisi olan sosyal güvenlik kavramı tanımlanmış, Türkiye'deki sosyal güvenlik kurumlarının harcamaları üzerinde durulmuş ve Türkiye'deki mevcut sağlık sektörü rakamsal verilerle ve diğer ülkelerle karşılaştırılmalı olarak ortaya konmaya çalışılmıştır.

Üçüncü bölümde, Türkiye'deki sağlık politikalarının tarihsel gelişimi dönemlere ayrılarak ve sosyal güvenlik sistemine göndermeler yapılarak incelenmiştir.

Dördüncü bölümde, sağlıktaki reform çalışmaları, Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Güçlü Ekonomiye Geçiş Programı, 5227 Sayılı Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun, Acil Eylem Planı, Sağlıkta Dönüşüm Programı gibi bazı belgeler çerçevesinde incelenmiş; Sosyal Sigortalar Kurumu hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devri, Genel Sağlık Sigortası ve Aile Hekimliği Sistemi'nin kurulmasına ilişkin son dönem yasal düzenlemeler ile uygulamalar değerlendirilmeye çalışılmıştır.

Sonuç kısmında ise bazı önerilerde bulunularak mevcut sistemle ilgili son tespitlere yer verilmiştir.

## BİRİNCİ BÖLÜM

### BİR SÜREÇ OLARAK KÜRESELLEŞME ve DEVLETE BAKIŞI

#### 1.1. Küreselleşme Kavramı

Küreselleşme (globalization) kavramı ilk olarak İngiliz iktisatçı W.Foster'ın dünya üzerindeki kaynakların dağılımı ve kullanımı konulu 1833 tarihli makalesinde kullanılmıştır. Kavramın bugünkü popülerliğini kazanması ise Garrett Hardin'in 1968'de yazdığı kaynakların paylaşımı ve kullanımı konulu çalışmadan sonraya rastlamaktadır<sup>1</sup>. Küreselleşme için birçok tanım yapılmış olmakla birlikte genellikle benzer vurgulara gidilmiş, özellikle de ekonomik, siyasi, sosyal, ideolojik veya kültürel bütünleşmenin altı çizilmiştir.

Küreselleşme, ülkeler arasındaki ekonomik, siyasi, sosyal ilişkilerin yaygınlaşması ve gelişmesi, ideolojik ayrımlara dayalı kutuplaşmaların çözülmesi, farklı kültürlerin, inanç ve beklentilerin daha iyi tanınması gibi birbiriyle bağlantılı olguları içerir. Küreselleşme bir anlamda, kültürel, ekonomik ya da siyasi nitelikli maddi ve manevi değerlerin ulusal sınırları aşarak dünya çapında yayılmasıdır<sup>2</sup>.

İktisatçılar küreselleşmeyi, serbest piyasa mekanizmasının tüm dünya ülkelerinde işler hale gelmesi ve sermaye birikiminin sürekli kılınması yoluyla bir dünya piyasasının oluşması şeklinde değerlendirirken; siyaset bilimciler, ulus devlet olgusundan uzaklaşma ve hükümet dışı örgütlerin ön saflarda yer almaya başlaması olarak değerlendirmektedir. Aslında her iki bakış açısında da bir sürecin varlığından bahsetmek mümkündür. Bu bağlamda küreselleşme, yüzyıllardır süregelen sermaye birikiminin doğal uzantısı olan; fakat son zamanlarda teknolojiye önemli atılımlar ve ulusüstü örgütlenmelerin faaliyetleriyle hızla gelişen bir *süreç* şeklinde kabul edilmektedir<sup>3</sup>. Serbest piyasa mekanizması kapitalizmin araçlarından biridir ve kapitalizm tarih sahnesine çıktığı 16. yüzyıldan günümüze kadar kendisini sermaye

---

<sup>1</sup> Mevlüt Karabıçak, "Küreselleşme Sürecinde Gelişmekte Olan Ülke Ekonomilerinde Ortaya Çıkan Yönelim ve Tepkiler", **S. Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt: 7, Sayı: 1, 2002, ss. 115-131, s. 116.

<sup>2</sup> Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), **Dünyada Küreselleşme ve Bölgesel Bütünleşmeler**, Yayın No: 2375, ÖİK: 440, Ankara, Ocak 1995, s. 1.

<sup>3</sup> Ali Farazmand, "Küreselleşme ve Kamu Yönetimi", (Çev. Sevilay Kaygalak), **Mülkiye**, Cilt: XXV, Sayı: 229, Temmuz-Ağustos 2001, ss. 245-278, s. 249-252.

birikiminin sürekliliği sayesinde üretebilmiştir. Sermaye birikimini de ticaretin ve para hacminin sürekli gelişmesinin koşullarından biri de yeni pazarlar yaratmaktır. Bu anlamda, küreselleşmenin kapitalizmin bugünkü görüntüsü veya işleyişine verilen bir isim olduğu nitelendirmesi yapılabileceği gibi kapitalizmin başlangıçtan itibaren küresel bir özellik taşıdığı da söylenebilir<sup>4</sup>.

Anthony Giddens küreselleşmeyi tek bir süreç değil; çelişkili ya da birbirine zıt etkenlerin devreye girdiği karmaşık bir süreç olarak değerlendirmektedir. Giddens'a göre çoğu insanın gözünde küreselleşme basitçe, gücün ya da etkinin yerel toplulukların elinden alınıp küresel arenaya aktarılmasından ibarettir. Bu, yukarıya doğru bir eğilimdir. Fakat küreselleşmenin yerel özerklik doğrultusunda yeni baskılar yaratması biçiminde aşağıya doğru bir sonucu da mevcuttur<sup>5</sup>. Giddens küreselleşmeyi “yerel olguları kilometrelerce ötede ortaya çıkan olaylarla biçimlendirecek şekilde, uzak gerçeklikleri birbirine bağlayan dünya çapındaki toplumsal ilişkilerin yoğunlaşması” olarak tanımlamaktadır. Böylece küreselleşme, hemen tüm ekonomilerin dünyanın her yerindeki öteki ekonomilerle ilişki içinde olmalarını ima eder. Ancak John Gray'e göre küreselleşme, ne ekonomilerin yaklaştığı bir son durum ne de toplumsal değişimin tek koşuludur<sup>6</sup>.

Küreselleşme, bir yandan kazanımlarından en iyi şekilde yararlanılması durumunda az gelişmişlik sorununu en aza indirebilecek bir gelişme şeklinde değerlendirilirken, diğer yandan da fakiri daha fakir zengini daha zengin yapan tehlikeli bir gelişme şeklinde değerlendirilmektedir. Birçok olumsuzluğun faturasının küreselleşmeye çıkarıldığı sıkça görülmektedir. Bu olumsuzlukların en bilineni de ekonomik krizlerdir. Birbirine bağımlı hale gelen ekonomiler yüzünden bir ülkenin, başka bir ülkede yaşanan ekonomik krizin etkisinden kendini koruyamadığı, ve yaşanan krizlerin mevcut eşitsizlikleri derinleştirdiği, kaybeden sayısının kazanan sayısından fazla olduğu, tüketme eğiliminin yaygınlaştığı, dünyanın ideolojik bölünmenin yerini kültürel ve dini bölünmelere bıraktığı bir medeniyetler

---

<sup>4</sup> Gencay Şaylan, **Değişim, Küreselleşme ve Devletin Yeni İşlevi**, İmge Kitabevi, 2. Baskı, Ankara, 2003, s. 37.

<sup>5</sup> Anthony Giddens, **Elimizden Kaçıp Giden Dünya**, (Çev. Osman Akınhay), Alfa Basım Yayım Dağıtım Ltd. Şti., İstanbul, 2000, s. 25.

<sup>6</sup> John Gray, **Sahte Şafak**, (Çev. Gül Çağalı Güven), Om Yayınevi, İstanbul, 1999, s. 81-84.

çatışmasına sürüklendiği, küreselleşmeye karşı tepkilerin ortaya konduğu çeşitli noktalardır<sup>7</sup>.

Küreselleşme süreci, kapitalist üretim biçiminde ve dolayısıyla sermaye birikimi rejiminde yaşanan gelişmelerle birlikte değerlendirildiğinden, küreselleşme sürecinde sermaye birikim rejiminde ve üretim biçiminde yaşanan dönüşüme değinmenin yararlı olacağı düşünülmüştür.

## **1.2. Fordist Birikim Rejiminden Post-fordist Birikim Rejimine**

### **1.2.1. Fordizm ve 1929 Bunahımı Sonrası Yeniden Üretilişi**

Fordizm'in anlatımından önce Taylorizm'den bahsetmek gerekmektedir. Çünkü kapitalist üretim yapısının kârı maksimize etmek kaygısından kaynaklanan rasyonel olma özelliği nedeniyle her türlü bilimsel gelişmeyi destekleyip kullanması, "Bilimsel Yönetimin İlkeleri"ni ortaya koyan Taylorizm'le örtüşmektedir. Emeğin örgütlenmesindeki ilk bilimsel aşama olan Taylorizm'e adını veren Taylor, Babbage'nin üretim maliyetini minimize etmenin yolunu üretim sürecinin olabildiğince parçalanarak emek maliyetlerinin azaltılmasına dayandırdığı basitleştirme ilkesini kullanmıştır. Taylorizm'de parçalara ayrılmış her iş en ince ayrıntısına kadar tanımlanmış ve alacağı süreler standardize edilmiştir. İş gibi işi gerçekleştirecek emek ve eylem de standardize edilmiştir. Eylemi gerçekleştiren işçinin düşünerek neden olacağı zaman kaybı önlenecek kadar işin parçalanması ve basitleştirilmesi yoluna gidilmiştir. Sonuçta düşünme ve eylem faaliyetleri birbirinden tamamen ayrılan işçinin yaratıcılıktan uzak düşmesi ve ortaya çıkardığı ürüne yabancılaşması kaçınılmaz olmuştur<sup>8</sup>.

İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra bir sermaye birikimi rejimi olarak yeniden yapılandırılan Fordist üretim biçimi, kitlesel üretim ya da seri üretim olarak da adlandırılır. Fordist üretim biçimi, 1913-1914 yıllarında Ford fabrikasında hareketli montaj bandı üzerinde gerçekleştirilmiş ve emekle birlikte emek araçlarını da örgütlemiş bir üretim biçimidir. Taylorizm ise emeğin makine başındaki

---

<sup>7</sup> Karabıçak, a.g.m., s. 115, 126-127.

<sup>8</sup> İlker Belek, "Taylorizm, Fordizm, Esnek Üretim ve Sağlık", **Toplum ve Hekim**, Cilt: 14, Sayı: 2, Mart-Nisan 1999, ss. 101-107, s. 102.

örgütlenmesini düzenlemiş; insanı adeta makinenin bir parçası olarak görmüştür. Fordizm, Taylorizm'in makineler ve onların başlarındaki işçiler için belirlediği standartları, akan bir bant aracılığıyla birbirine bağladığı makineler sistemine aktarmıştır. Bu düzenlemenin sermaye birikimine katkısı, makineler arasındaki emeğe dayalı nakil işlemi nedeniyle uğranılan zaman kaybının ortadan kaldırılması olmuştur.

Taylorizm'de amaç, işin her aşamasının yönetim tarafından planlanarak emeğin sıkı bir denetim altına alınması ve işçilerin çalışma zamanlarını boş işlerle geçirmesinin önlenerek verimliliğin artırılmasıdır. Taylorizm gibi Fordizm'de de verimlilik artışı amaçlanmış; fakat bununla beraber pazarın da büyütülmesi gerekli görülmüş ve bu amaçla 9 saat olan günlük çalışma süresi, işçilerin ürettikleri malları tüketebilecek zamana da sahip olmaları mantığından hareketle 8 saate indirilmiş, 2.34\$ olan günlük ücret de 5\$'a yükseltilmiştir. Fordizm, bir anlamda emeğin sermaye karşısında eskisine göre daha güçlü bir konum kazanmasını kabullenmek zorunda kalmıştır. Bir sanayici olan Henry Ford'a göre, fabrika işçilerinin aynı zamanda üretilen malların alıcısı da olmaları gerekmektedir. Aksi halde verimlilik artışı ile büyüyen üretimin pazarda eritilmesi mümkün olmayacaktı. İşçilerin ürettiği malın alıcısı olmasıyla hem pazarın büyüme sorunu kalkacak hem de işçiler sistemle uyumlu hale gelecekti<sup>9</sup>.

Fordizm'de akan bant sisteminin kullanılması dışındaki bütün üretim unsurları Taylorizm'in üretim unsurlarıyla büyük ölçüde aynıdır. Bu bağlamda Fordizm'in standartlaştırılmış ürünlerin, rutinleştirilmiş, basitleştirilmiş bir emekle, sendikal ilişkiler ortamı içinde üretildiği bir kitlesele üretim rejim olduğu değerlendirmesi yapılabilir. Emeğin basitleştirilmesi ve rutinlik sebebiyle yabancılaşma sorunu Fordizm için de geçerli olmuştur.

24 Ekim 1929 tarihinde, New York Borsası'nda hisse senetlerinin değer kaybetmesiyle başlayan ve hızla tüm dünyaya yayılan ekonomik bunalım,

---

<sup>9</sup> Yeşim Edis Şahin, "Toplam Kalite Yönetimi: Kamu Yönetiminde Demokratikleşmenin Seçeneği mi?", **Kamu Yönetiminde Kalite I. Ulusal Kongresi (26-27 Mayıs 1998-Ankara)**, (Der. Ömer Peker, Nuran Savaşkan Durak ve diğerleri), TODAİE Yayın No: 289, Cilt: 1, Ankara, 1999, ss. 97-105, s. 100; Gencay Şaylan, **Postmodernizm**, İmge Kitabevi, 2. Baskı, Ankara, 2002, s. 142.

fabrikaların kapanıp üretimin düşmesi, işsizliğin süratli tırmanışı şeklindeki durgunlukla kendisini göstermiştir. Henry Ford bunalımı talebi yükselterek atlatmayı düşünmüş ve işçi çıkarmayıp, onların ücretlerini arttırma yoluna gitmiştir. Fakat çözüme ulaşılamayınca işçi çıkarımı yapılmış ve ücretler ciddi ölçüde düşürülmüştür.

Ekonomik bunalıma karşı ilk önlemler pazar düzeninin işlemlerini engelleyen yapıların tasfiye edilmesi şeklinde olmuştur; ancak başarı sağlanamayınca Fransa, İtalya, Amerika gibi sanayileşmiş ülkeler liberal ekonomi politikalarından vazgeçip, korumacı önlemlere yönelmişlerdir. Fakat bu tercih de bunalımın daha fazla derinleşmesine neden olmuştur. Sonunda ülkeler, kendi çıkarlarına uygun olan ekonomi politikalarını uygulayarak bunalımdan çıkma yolunu seçmişlerdir. Örneğin İngiltere, hükümetin Lord John Maynard Keynes'in başkanlığında oluşturulan bir komisyonun önerilerini kısmen uygulamasıyla bunalımı atlatmıştır. 1933 yılında Başkan seçilen Franklin Delano Roosevelt de devletin ekonomik yaşama müdahalesini içeren *New Deal* programını uygulayarak Amerika'nın bunalımdan çıkmasını sağlamıştır<sup>10</sup>.

Bunalımdan çıkmak için uygulanan Keynesçi politikalar, liberal kuramın yetersizliğini ortaya koymuş, devletin toplumsal ve ekonomik yaşama müdahalesi üzerinde temellenen *sosyal devlet* gibi yeni bir devlet anlayışının kırk yıllık bir sürece damgasını vurması sonucunu beraberinde getirmiştir. Sosyal devletin oluşumundaki en büyük etkenlerden biri, talep yönlü Keynesyen ekonomi politikalarıdır. Diğer bir etken de, kapitalizme alternatif bir sistem olan SSCB'nin varlığı ve bu ülkenin İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra süper güç haline gelmesidir. Bu bağlamda, sosyal devlet sanayileşmiş ülkelerde emek, sermaye ve devlet arasındaki uzlaşmayı simgeleyen bir siyasal oluşum olarak, 1970'lere kadar etkin bir varlık göstermiştir.

Sosyal devletin emek-sermaye-devlet uzlaşmasına dayanan yönünün Fordizm'le uyum içinde olduğu ve Fordist birikim rejiminin sosyal devlet çerçevesinde kendisini yeniden üretebildiği ileri sürülmüştür. Demokrasi ve insan hakları alanındaki özelemlerin, özellikle örgütlü işçiler tarafından, daha yoğun bir şekilde dile

---

<sup>10</sup> Şaylan, **Değişim, Küreselleşme ve ...**, a.g.e., s. 85-95; Şaylan, **Postmodernizm**, a.g.e., s. 143.



getirilmesine imkan tanıyan sosyal devletin işlevi artık liberal devletin aksine sermaye birikiminin sürekliliğinin sağlanması değil; mal ve hizmetlerin eşitlikçi, adil paylaşımının sağlanması olmuştur. Sosyal devleti, toplumun tüm kesimlerine yönelik mal ve hizmet üretmeye, çalışan kesim için güven sağlayıcı işlevler yerine getirmeye başlamıştır. Ancak bunu yaparken emekçi kesimi, ödenen vergiler ve sosyal güvenlik payları aracılığıyla sistemin finansmanına dahil etmiştir<sup>11</sup>.

### 1.2.2. Post-Fordizm ve Neo-Liberalizm

Toplam talep yetersizliği ve kâr hadlerinin düşmesinden kaynaklanan 1929 Bunalımı'ndan çıkış için gerçekleştirilen çabalar, ekonomik ve toplumsal alanda yeniden yapılanma faaliyetlerine yol açmıştır. Benzer bir gelişim çizgisini 1970'lerde de görmek mümkündür. Önce 1971 yılında, 1945 sonrası ekonomik büyümenin likidite sorununu çözmeye görevini üstlenmiş olan Bretton Woods Sistemi çökmüş ve her ülkede enflasyonist bir dalgalanma ortaya çıkmıştır. Daha sonra 1973 Birinci Petrol Krizi ve 1978 İkinci Petrol krizleri yaşanmıştır. Krizlerin sonucu, özellikle de sanayi üretiminin her ülkede önemli ölçüde durgunlaşması şeklinde gerçekleşmiştir. Çünkü petrol fiyatlarının yükselmesi, sanayi sektörünün temel girdisi enerjinin maliyetini yükseltmiş, bu da kamu harcamalarının finansmanı sorununu gündeme getirmiştir.

Teknolojik gelişmenin istihdamı olumsuz etkilemesi ve fiyatlarda sürekli yükselişe neden olması da yaşanan bunalımı yaygınlaştırmıştır. Söz konusu bunalımın sosyo-politik hayata etkisinin kısaca, “devletin küçültülmesi” deyiminde ifade bulunduğu söylenebilir<sup>12</sup>. Başka bir deyişle, devletin müdahalesini öngören refah devletinin yerini, neo-liberalizmin öngördüğü “minimal devlet” almıştır. Gerek 1929 Bunalımı gerekse 1970'lerin getirdiklerine bakılarak, krizlerin aşılp yeni bir kapitalist aşamaya geçişin yeniden yapılanma süreci ile birlikte gerçekleştiği kolayca ifade edilebilir.

1970'lerin toplumsal ve ekonomik yapıda yaratmış olduğu köklü değişimle üretim sürecinin dönüşümü birbiri ile örtüşür özellik göstermektedir. Krizin dolaylı

---

<sup>11</sup> Şaylan, **Değişim, Küreselleşme ve ...**, a.g.e., s. 116-118.

<sup>12</sup> y.a.g.e., s. 120-123.

nedenlerinden biri olan bilişim ve iletişim alanındaki gelişmelerin emek ve sermaye yapısı üzerinde yarattığı etki, üretim sürecinin esnekleşmesi yönünde kendini göstermiştir. Fordizm'in katı, kitlesel, uzun süreli ve ürün farklılaşmasının az olduğu üretim biçiminin yerini, talebe bağlı esnek üretim biçimi almıştır. Kısacası, Fordizm'deki standardizasyonun karşılığı Post-fordizm'de, istihdam biçimlerinde, ürün niteliğinde, örgüt yapısında, teknolojiye, emek piyasasında yumuşamayı ifade eden *esneklik* olmuştur<sup>13</sup>.

Post-fordist süreç, Fordizm'deki kitlesel üretim yapan tek işlevli makineler yerine, çok işlevli makinelere; büyük fabrikalarda üretim yerine, küçük atölyelerde üretime ve görevlerin en küçük parçaya kadar bölünmesi ilkesinin yerine, genişletilmiş görev ilkesine dayanmaktadır. Bu yapıyla, küçük üretim birimlerinde çalışan, çok işlevli, sermayenin her türlü kullanımına hazır, kuralsızlaştırılan ve güvencesiz bir çalışma ilişkileri düzeniyle çalıştırılan esnek işgücü ortaya çıkmıştır<sup>14</sup>.

Esnekliğin çeşitli boyutları söz konusudur. İşyerinin bölünmesi, bağımsız birimlere ayrılması, taşeron uygulaması vb. “esnek işyeri”; iş kanunlarında gerekli değişikliklerin yapılması “esnek iş kanunları”nı doğurmaktadır<sup>15</sup>. Makinelerin piyasada talep edilen değişik bir ürünün üretilmesine olanak verecek şekilde düzenlenmesi, yeni teknolojinin aynı anda değişik malları üretebilmesi ve bilgisayar teknolojisinin kullanımı şeklindeki esnekleşme “esnek teknoloji”yi oluşturur. Emekgücünün birden fazla makineyi aynı anda kullanacak şekilde eğitilmesi şeklindeki esnekleşmeye ise “esnek uzmanlaşma” ya da “yatay esneklik” denir.

Emekgücünün istihdam koşulları, hacmi ve biçimi ile ücret düzeyini belirleme konusunda sermayeye piyasa dalgalanmalarına göre serbest hareket etme olanağı tanınması ve sendikal haklarla iş güvencesinin zayıflatılması; hatta ortadan kaldırılması şeklinde gerçekleşen esnekleşmeye de “sayısal esneklik” ve “ücret esnekliği” denmektedir<sup>16</sup>. Sayısal esneklik ve ücret esnekliği bir yandan emek

<sup>13</sup> İlker Belek, **Postkapitalist Paradigmalar**, Sorun Yayınları, 2. Baskı, İstanbul, 1999, s. 66.

<sup>14</sup> Onur Ender Aslan, **Kamu Personel Rejimi**, TODAİE, 1. Baskı, Ankara, 2005, s. 100, 105.

<sup>15</sup> Faruk Sapançalı, “Yeni Dünya Düzeni ve Küresel Yoksulluk”, **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt: 3, Sayı: 2, Nisan-Haziran 2001, ss. 115-140, s. 122-123.

<sup>16</sup> İlker Belek, “Yeni Kapitalist Paradigma ve ‘Kalite’li Yönetim”, **Toplum ve Hekim**, Cilt: 12, Sayı: 77, Ocak-Şubat 1997, ss. 34-39, s. 37.

piyasasında düşük ücretle çalışan, iş güvencesi bulunmayan, beceri ve eğitim düzeyi düşük, uzun süre işsiz kalabilen, bol miktarda “perifer” işgücü yaratmaktadır. Diğer yandan da yüksek derecede becerili ve eğitilmiş, iş güvenceli, yüksek ücretli, az sayıdaki “merkez/çekirdek” işgücü oluşturarak, ikili bir emek yapısı oluşturmaktadır. Örgütteki özellikle ekonomik bunalım dönemlerinde gözden çıkarılan ve esnekliği sağlayan perifer emekgücü iken; yenilikçi atılımlarla krizleri atlattıran ve sağlayan merkez emekgücüdür<sup>17</sup>.

Fordist birikim rejiminin üretkenlikte ve kâr oranlarında düşüş yaratan yabancılaşma sorunu ile birbirini izleyen parçalanmış üretim aşamaları arasında eş zamanlılığın olmaması sorununa yanıt aranan koşullarda geliştirilen esnek üretim; tam zamanlı üretim, kalite yönetimi, sıfır hata, kalite çemberleri gibi “Toplam Kalite Yönetimi” ile bağdaşan uygulamaları da içermektedir. Kalite çemberleri, işçideki yabancılaşmayı gidermek ve işçinin örgüt çıkarlarıyla tam uyumunu sağlamak için geliştirilmiş bir uygulamadır. Kalite çemberleriyle hedeflenen, işçinin bütün enerjisinin, yaratıcılığının, örgütün teknik ve sosyal sorunlarının çözümü için yeni bir kontrol mekanizması altında yönlendirilmesi, işçinin sendikal yönelimlerinin törpülenmesidir<sup>18</sup>.

Esneklik temelli değişimle, emeği örgütlü bir toplumsal güç olarak denetim altına alma politikasından, Post-fordizm’in emeği bireyselleştirerek ya da parçalayarak denetim altına alma politikasına geçilmiştir. İşgücünün esnekleşmesi ve kaliteli-kalitesiz şeklinde ayrıştırılması, istihdam güvencesini olumsuz yönde etkilemiş; Fordizm’in denge sağlayıcı araç olarak ekonomiye müdahale eden refah devleti çerçevesinde sermaye karşısında güçlü konumda olan sendikalar güç yitirmiştir<sup>19</sup>. Eksik istihdam, bireysel sözleşme, sendikasızlaştırma, taşeronlaştırma kavramları, üretim biçimlerinin ve tüketim kalıplarının farklılaşması ile müşteri odaklı yönetim anlayışına paralel olarak post-fordist süreçte sıkça anılmaya başlanmıştır; fakat istihdamda güvencesizliği simgeler olmuştur. Esnek birikim

---

<sup>17</sup> S. Woods, **The Transformation of Work**, Unwin Hyman Ltd., USA, 1989’den aktaran İlker Belek, “Yeni Kapitalist Paradigma ve...”, a.g.m., s. 37-38.

<sup>18</sup> Belek, “Taylorizm, Fordizm...”, a.g.m., s. 104, 106.

<sup>19</sup> Yeşim Edis Şahin, “Postmodern Durum ve Kamu Yönetimi”, (Yayımlanmamış Doçentlik Tezi), Mersin Üniversitesi İ.İ.B.F., İzmir, 1999, s. 17.

rejiminin sermaye üzerindeki etkisi küreselleştirici nitelikte olurken; emek üzerindeki etkisi parçalanma ve farklılaşma yönünde olmuştur<sup>20</sup>.

Esnek üretim sisteminin alt yapısını yine esnek olan bilgisayar teknolojisi oluşturmaktadır. Bilgisayar teknolojisi, emeğe gereksinimi azaltmakta, ürün çeşitliliğini arttırmakta, talepteki dalgalanmalara göre stok üretimlerini azaltmakta (tam zamanında üretim), ürün kalitesini anında denetleme ve geliştirme olanağı sunmakta (toplam kalite yönetimi), işgücünün bilgisayar teknolojisi kullanabilecek düzeyde gelişmesini, becerilileşmesini (emeğin zenginleştirilmesi ya da çok yönlüleştirilmesi) sağlamaktadır. Aslında bahsi geçen becerilileşme gerçek anlamda ve entelektüel düzeyde emeğin gelişimini ya da çok yönlüleşmesini değil, bir makine grubundan sorumlu, bu makinelerin gerektirdiği bakım onarım gibi değişik işleri gerçekleştirme kapasitesindeki ve bilgisayar denetimi altındaki kompüterize olmuş işçiyi anlatmaktadır. Bu durumdaki bir işçi için de yabancılaşma sorununun var olacağı ortadadır. İşte bu noktada devreye kalite çemberleri sokulmaktadır<sup>21</sup>.

Esnek üretimin ihtiyaç duyduğu nitelikli emeğe miktarının Fordist üretime göre daha az olduğu belirtilmekte ve buna gerekçe olarak da bilgisayar kontrollü makine sistemlerinin emeğin yerini alması gösterilmektedir. Böyle bir ortamda da ulusal sağlık sistemleri ve sosyal güvenlik sistemlerinin maliyeti arttıran gereksiz yapılara dönüştüğü, sermayenin refah devleti döneminde yüklenmiş olduğu ve toplumun geniş kesimlerinin sağlık gereksinimleri için yönlendirilen vergileri artık taşımak istemediği iddia edilmektedir. Bu iddia, sermayenin sağlıktaki özelleştirme isteminin arkasındaki etken olarak da gösterilmektedir. Buna göre, emeğe gereksiniminin azalması, bütün toplumu gözetken ve hantal kabul edilen sosyal güvenlik mekanizmalarını işlevsizleştirmekte, sermaye de sendikasıylaştırma, güvencesizleştirme ve özelleştirme önerilerinde bulunmaktadır. Nitekim geliştirilen esnek istihdam biçimleri iş güvencesini ortadan kaldırmakta, esnek ücret modeli de toplu pazarlık sisteminin yerine bireysel ücret sözleşmesini getirmektedir. Kısaca

---

<sup>20</sup> Yeşim Edis Şahin, “Sosyal Devlet Modelinden ‘Good Governance’ Modeline Geçiş Sürecinde Kalkınma ve Planlama Anlayışında Gerçekleşen Değişim”, **Şehircilikte Reform-8 Kasım Dünya Şehircilik Günü 27. Kolokyumu Bildirileri**, TMMOB Şehir Plancıları Odası Yayını, Ankara, 2004, ss. 113-126, s. 115.

<sup>21</sup> Belek, “Taylorizm, Fordizm...”, a.g.m., s. 105-106.

çalışma sürelerinin düzensizleşmesini içeren esnek istihdam, sermayenin gereksinimlerine hitap edecek şekildedir<sup>22</sup>.

Hizmet sektörünün gelişmesi, bilişim teknolojisi sayesinde bilginin üretiminin hızlanması, yatırım yapılacak ürüne talep yaratıldıktan sonra yatırım kararının alınması, pazarın devletlerce uygulanan neo-liberal politikalarla korunması gibi özellikler gösteren post-fordist yapılanma süreci küresel bir nitelik taşımaktadır<sup>23</sup>. Küresel nitelik taşıyan sadece üretim süreci değildir; onunla beraber toplumsal ilişkiler, kültürler ve tüketim kalıpları da ulusal sınırları aşarak küresel nitelik kazanmıştır. Bir arabanın parçalarının üretiminin ve birleştirilmesi işleminin farklı coğrafyalarda gerçekleştirilmesinde (üretimin yerelleşmesi) olduğu gibi, birbirinden farklı kültürlerin ve tüketim kalıplarının da giderek tek-tipleşmesinde parçalılık/parçalanma ve bütünlük/bütünleşme unsurları göze çarpmaktadır. Ait olduğu topraklar açısından bütünsel bir özellik gösteren kültür, ulusal sınırları aşarak ya da ithal edilen yabancı kalıpların etkisiyle parçalanarak yabancı olanla özdeşleşmeye başlamaktadır. Bir anlamda, parçalanarak küresel hale gelme durumu söz konusudur. Birbiriyle sıkı bir ilişki içinde olan, adeta iç içe geçmiş bu geçiş süreçlerinin hepsinin birden “küreselleşme” biçiminde kavramsallaştırıldığını söylemek yanlış olmaz. Hepsinin eş zamanlı olarak gerçekleştiğini söyleyebileceğimiz bu dönüşümlerin devlet örgütlenmesi üzerindeki ortak etkisi sosyal devletin çöküşü olmuştur.

### **1.3. Sosyal Devletin Çöküşü ve Devletin Yeni Konumu**

Ayrıcalıklı kesimlerden ayrıcalıksız kesimlere kaynak aktarımını gerçekleştiren, emek ve sermaye arasında görece bir denge gözetken, eğitim ve sağlık harcamaları yaparak kamusal refahın sağlanması işlevini üstlenen sosyal devlet, Fordizmin kriziyle birlikte mali ve siyasi krize girmiştir. Ekonomik maliyeti yüksek

---

<sup>22</sup> Belek, “Taylorizm, Fordizm...”, a.g.m., s. 105, 107.

<sup>23</sup> Yılmaz Üstüner ve Fuat Keyman, “Globalleşme, Katılımcı Demokrasi ve Örgüt Sorunu”, **Türkiye’de Kamu Yönetimi**, (Der. Burhan Aykaç, Şenol Durgun ve Hüseyin Yayman), Yargı Yayınevi, 1. Baskı, Ankara, 2003, ss. 299-317, s. 304.

olan sosyal devletin özelleştirme faaliyetleri ile geriletilmesi, sorunların çözümü olarak görülmüştür<sup>24</sup>.

Devletin yeniden yapılanması, 1970'lerdeki bunalımın nedenini devletin aşırı büyümesinde gören ve sermayenin önündeki planlı ekonomi, ekonomi bürokrasisi, emek-sermaye uzlaşması gibi engellerin kalkması gerekliliğini ileri süren "neo-liberal" tezler ve "yeni sağcı" politikalar çerçevesinde gerçekleştirilmiştir. Yeni sağcı düşünceyi benimseyen teorisyenler, Batı'daki bunalımın atlatılması için serbest piyasa ekonomisinin canlandırılmasına yönelik yeni sağcı politikaları uygulamaya koymuşlardır. 1980'lerin başında iktidar olan ABD'de Reagan, İngiltere'de Thatcher yönetimleri, uyguladıkları politikalarla Kanada, Avustralya, Yeni Zelanda ve hatta Türkiye gibi başka ülkeleri de etkileyecek reformları kapsayan "Reaganizm-Thatcherizm" akımının yaratıcısı olmuşlardır. Bu akım kapsamındaki reformların ortak noktası "devletin sınırlandırılması" ve "özel sektör kültür ve değerlerinin kamu sektörüne enjekte edilmesi" olmuştur<sup>25</sup>.

Bilişim ve iletişim teknolojilerindeki önemli ilerlemelerin getirdiği verimlilik artışının büyük kısmına sermayenin sahip olmaya başlaması; böylece üretim sürecindeki bölüşümün emekten sermayeye kayışının hızlanması ve emeğin payının azalması, Reaganizm-Thatcherizm sürecinin gerçekleştirdiği önemli değişimlerden biridir. Robotların, sosyal güvenlik harcaması ve ücret gerektiren insan gücüne tercih edilir olması, üretimin yerelleşmesi, Fordizm'in örgütlü emeğinin simgesi sendikaları zayıflatmıştır<sup>26</sup>.

Yaşanan dönüşümlerle beraber devletin niteliği de değişmiş ve çalışan kesimlerin siyasi örgütlerinin liberal dogmalara karşı başkaldırışı olarak tanımlanmış sosyal devletin toplumun farklı kesimleri arasındaki uzlaştırıcı güç olma görevi son bulmuştur<sup>27</sup>. Bu son bulmayla, adil bir toplum düzeni için bölüşüme müdahale amacı

---

<sup>24</sup> Adnan Erdal ve Ramazan Gökbunar, "Kamu Sektörünün Yeniden Yapılandırılmasında Üçüncü Sektörün Rolü", **Dokuz Eylül Üniversitesi. İ.İ.B.F. Dergisi**, Cilt: 12, Sayı: 1-2, 1997, ss. 217-230, s. 218.

<sup>25</sup> Doğan Nadi Leblebici, Uğur Ömürgönülşen ve Mehmet Devrim Aydın, "Yeni Kamu İşletmeciliği Yaklaşımında Önemli Bir Araç: Toplam Kalite Yönetimi", **Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt: 19, Sayı: 1, 2001, ss. 123-135, s. 128.

<sup>26</sup> Şaylan, **Değişim, Küreselleşme ve ...**, a.g.e., s. 195-196.

<sup>27</sup> Şahin, a.g.e., s. 15.

taşıyan devletin müdahale amacı, özelleştirme, deregülasyon<sup>28</sup> ve regresif (eşitsizlik arttırıcı) vergi reformları gibi sermaye birikimini hızlandırıcı girişimleri gerçekleştirmek olmuştur. 1980’li yıllarda ABD ve İngiltere’de izlenen deregülasyon politikaları ile sermaye yararına çevre korumaya yönelik toplumsal kurallar azaltılmış, sermaye kesimi yeni vergi politikaları ile desteklenmiştir. Bu uygulamalar refah devletini geriletirken sermayeye kaynak aktarımı sağlamıştır<sup>29</sup>. Buradan, post-fordist aşamada metalaşmanın devleti biçimleyen temel dinamiklerden biri olduğu çıkarımı yapılabilir<sup>30</sup>.

### 1.3.1. “Kamu Yönetimi” ve “Kamu İşletmeciliği”

1980’lerin kamu yönetiminde yeniden yapılanma yönünde getirmiş olduğu değişim rüzgârı, “kamu yönetimi (public administration)” anlayışından, “kamu işletmeciliği (public management)” anlayışına geçiş doğrultusunda seyretmiştir. Bu anlayış değişikliği, kamu çalışanlarının ve kamu harcamalarının azaltılması, özelleştirme, kamu hizmetlerinin yerelleştirilmesi yoluyla devleti küçültme çabalarını içermekte olup, devletin/kamu yönetiminin kamu yararını gerçekleştirme hedefini gözeterek değil; bir işletme mantığıyla rekabetçi serbest piyasa ortamında kâr maksimizasyonu gözeterek çalışmasını anlatmaktadır<sup>31</sup>.

“Kamu işletmeciliği” kavramı, 1980’li yıllarda yükselen özelleştirme, esneklik, yerleşme gibi küresel süreçle birlikte onun alt açılımları olarak geliştirilen bir kamu yönetimi yaklaşımı olarak değerlendirilebilir. Küreselleşmenin önemli ayaklarından biri olan özelleştirme, kamu hizmetlerinin kısıtlanması yoluyla devletin küçültülmesi, bürokrasinin etkisizleştirilmesi, yolsuzlukların önlenmesi, komuta ekonomisinden (siyasal kararların etkisindeki ekonomi) kurtulması, böylece verimliliğin sağlanması ve “hantal devlet” inancının değiştirilmesi, devlet

---

<sup>28</sup> Devletin tekelinde toplanmış üretim, dağıtım, karar, izin, onay yetkilerinin ortadan kaldırılmasını sağlayan düzenlemeler; kuralsızlaştırma; kural koyma yetkisini kaldırma, bu yetkiyi özel sektöre ya da özel sektörün sivil toplum kurumlarına devretme anlamına gelir. Bkz. Birgül Ayman Güler (2003), *İkinci Dalga: Siyasal ve Yönetimsel Liberalizasyon Kamu Yönetimi Temel Kanunu, Kamu Yönetimi ve Yerel Yönetimler Sempozyumu (10-11 Ekim 2003-Ankara)*, Türkiye Yol-İş Sendikası, Erişim: 15.02.2004, <http://www.kamuyonetimi.org/pdf/baguler2dalga.pdf>, ss. 1-27, s. 27.

<sup>29</sup> Şaylan, *Değişim, Küreselleşme ve ...*, a.g.e., s. 202-203.

<sup>30</sup> Aslan, a.g.e., s. 134.

<sup>31</sup> Şahin, a.g.e., s. 56.

girişimlerinin satışı aşamasında halka sunulacak paylarla kapitalizmin toplumda yaygınlaştırılması gibi amaçlar güdüldüğü belirtilmiştir<sup>32</sup>.

Özelleştirme, kamu işletmelerinin özel sektöre satışı, kamu hizmetlerinin sözleşmelerle özel sektöre devri (contracting system), yerelleşme ve “bağımsız idari otoritelerin (düzenleyici kuruların)” oluşturulması yolları ile gerçekleştirilmektedir. “Bağımsız idari otorite” uygulaması, bir yandan siyaset ve kamu yönetiminin birbirinden ayrılmasını, yönetsel kararların siyasetin etkisinden kurtulmasını savunmakta, diğer yandan da deregülasyon yoluyla kamu yönetiminin bütünselliğini bozarak onu parçacılaştırmaktadır. Yasama ve yürütmenin müdahalelerinden uzak, birer işletme gibi çalışan bağımsız idari otoriteler aracılığıyla yolsuzlukların önlenebileceği, bürokrasinin azaltılarak kamu yönetiminde etkinliğe ulaşılabileceği<sup>33</sup> savunulmaktadır. Teknolojideki değişiklikler ve daha esnek örgütlere olan gereksinim, hükümet birimlerinin birbirlerinden bağımsız kuruluşlara ayrılması ve karar yapımının yerelleşmesi sonucunu doğurmuştur<sup>34</sup>.

Sermaye piyasası, bankacılık, sigortacılık, sosyal güvenlik, enerji piyasası, telekomünikasyon, tütün gibi “hassas” sektörlerde düzenleyici ve denetleyici olarak faaliyet gösteren; mali ve idari özerkliğe sahip, kurul ve kurumlardan oluşan kamu tüzel kişisi olarak tanımlanabilecek bağımsız idari otoritelerin sayıları gerek dünyada gerek Türkiye’de son zamanlarda hızlı bir artış göstermiştir. Türkiye’deki en bilinen örnekleri “Sermaye Piyasası Kurulu (SPK), Bankacılık Düzenleme ve Denetleme Kurulu (BDDK), Radyo Televizyon Üst Kurulu (RTÜK), Tütün ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurulu (TAPDK)” olan bu kurulların yarattığı sakıncalardan biri, piyasanın korunması amacının kamu yararının sağlanması amacının önüne geçmesidir. Ayrıca bu kuruluşların, yasama organı meclisten bağımsız çalışması da temsil açısından sakınca oluşturmaktadır. Verdiği oylarla meclis tarafından temsil imkanı bulunan ve kendisine kamu hizmeti sunulan halkın bu noktada depolitizasyonundan söz edilebilecektir. Devletin müdahale edici özelliğini yitirip

---

<sup>32</sup> Turgay Ergun, “Postmodernizm ve Kamu Yönetimi”, **Türkiye’de Kamu Yönetimi**, (Der. Burhan Aykaç, Şenol Durgun ve Hüseyin Yayman), 1. Baskı, Yargı Yayınevi, 1. Baskı, Ankara, 2003, ss. 607-620, s. 620.

<sup>33</sup> Şahin, a.g.e., s. 57-59, 62.

<sup>34</sup> James Radcliffe ve Mike Dent, “Introduction: From New Public Management To The New Governance”, **Policy&Politics**, Vol: 33, No: 4, October 2005, ss. 617-622, s. 619.



düzenleyicilik işlevini benimsediğinin, regulation (düzenleme) politikasının yerini deregulation (kualsızlaştırma) politikasının aldığı somut örnekleri olan bu kuruluşlarla bir yandan kamu yönetimi parçalanıp hizmet yönünden yerelleşme gerçekleştirilirken, diğer yandan piyasa güçleri söz konusu kuruluşlar aracılığıyla kamu yönetimi içinde merkezileşebilmektedir.

Kamu yönetiminde bütünlük bozulurken, “yerelleşme” küreselleşmenin kazandırdığı yeni içerikle öne çıkan ve sloganlaştırılan bir kavram olmuştur. Post-fordist birikim rejiminin esneklik ilkesine uygun şekilde yerel, uluslararası sermaye ve emeğin hareketi açısından, merkezden bağımsız önemli bir aktör haline gelmiştir<sup>35</sup>.

### **1.3.2. “Kamu İşletmeciliği” ve “Yeni Kamu İşletmeciliği”**

Sosyal devleti dönüşüme uğratan kuramlardan bir diğeri de “yeni kamu işletmeciliği (new public management)” yaklaşımıdır. 1980’lerde devletin faaliyet alanının küçültülmesi çabalarıyla devletin sınırları belirgin hale getirilmiş, sonra da devletin bu sınırlar içinde “en etkili ve verimli şekilde nasıl hareket edebileceği” sorusuna yanıt olarak, kamu yönetiminde Toplam Kalite Yönetimi (TKY)’nin uygulanmasını savunan “yeni kamu işletmeciliği” yaklaşımı ortaya atılmıştır. 1980’lerde kamu hizmetlerindeki gereksiz harcamalara ve verimsizliğe karşı geçmişe nazaran gösterilen tepkilerin artması, hükümetlerin yaşadıkları mali krizlerden duyulan memnuniyetsizliğin kamu yönetiminde yarattığı arayışlar, bu arayışların birer sonucu olan özelleştirme ve deregülasyon politikaları, özel sektör yönetim tekniklerinin kamu sektörüne de aktarılması çalışmaları, bu yaklaşımın ortaya çıkışını hazırlayan gelişmeler olarak görülmektedir.

Yeni kamu işletmeciliği yaklaşımında kamu kuruluşlarının değerlendirilmesi, yasal prosedürlere uygun olarak hizmet gerçekleştirmeleri temel alınarak değil; ürettikleri mal ve hizmetlerin kalitesi, verimlilikleri ve vatandaşın ihtiyaçlarına ne kadar uyabildikleri noktaları temel alınarak yapılmaktadır. Dolayısıyla bu

---

<sup>35</sup> Şahin, a.g.e., s. 60, 63.

yaklaşımında verimlilik artışı, maliyet düşüklüğü ve kaliteli hizmet unsurları ön plana çıkartılmış; hizmet alan vatandaşa da müşteri kimliği kazandırılmıştır<sup>36</sup>.

TKY, post-fordist birikim rejiminin üst yapısını oluşturan yönetim anlayışıdır. Esneklik çabaları, kapitalist örgütlenmenin yapısının zamanla önemli değişimler geçirmesine neden olmuştur ve “kalite” kavramının ön plana geçmesinin zemini hazırlanmıştır<sup>37</sup>. Temel ilkelerinden hareketle TKY, ürün ve hizmetlerin tam katılım yoluyla geliştirilmesini, iç müşteri (işletme/örgüt çalışanları) ve dış müşteri (mal ya da hizmetin tüketicileri; halk veya seçmenler) tatmininin arttırılmasını, çalışanların ve işletme süreçlerinin sürekli iyileştirilmesini, daha az maliyet ve hatayla daha kaliteli biçimde müşteri tercihlerine göre hizmet sunmayı amaçlayan bir yönetim modeli olarak tanımlanabilir. “Kalite” kelimesi, standartlara uygunluğu, müşteri isteklerinin karşılanma derecesini ifade ederken; “toplam” kelimesi, kalitenin tüm süreçlerde ve tüm işlerde, tüm çalışanların katılımı ile sağlanabilir olduğunu ifade etmektedir<sup>38</sup>.

Toplam Kalite Yönetimi kavramı, II. Dünya Savaşı sonrasında ilk kez ABD’de kullanılmaya başlamıştır. Kısa bir süre sonra Japonya’da da benimsenen ve burada nitelik değiştiren. TKY felsefesi, Türkiye’de 1994 yılından itibaren uygulanmaya başlamıştır<sup>39</sup>.

Müşteri odaklılık, hatasız üretim, tam zamanında üretim, kalite öncelikli yönetim, sürekli geliştirme yönetimi, iç müşteri kalitesinin geliştirilmesi, tam katılım, takım çalışması, üst yönetimin liderliği gibi unsurlardan meydana gelen TKY’nin kamu yönetiminde uygulanabilirliği ve demokratik niteliği açısından farklı görüşler ileri sürülmüştür. Özellikle de TKY’nin katılım boyutunun demokratik niteliği ve vatandaşın müşteri kimliğine kavuşturulması hakkında farklı fikirler göze çarpmaktadır. Kamu yönetiminde TKY uygulanmasından yana olanlara göre: Çalışanların katılımı yoluyla öneri sistemleri geliştirilerek, onların kendileriyle ilgili

<sup>36</sup> Leblebici, Ömürgönülşen ve Aydın, a.g.m., s. 125, 128-130.

<sup>37</sup> Belek, “Yeni Kapitalist...”, a.g.m., s. 36.

<sup>38</sup> Ömer Peker, “Toplam Kalite Yönetimi ve Kamu Hizmetinde Kalite”, **Çağdaş Yerel Yönetimler**, Cilt: 5, Sayı: 6, Kasım 1996, ss. 43-57, s. 45, 47.

<sup>39</sup> Orhan Morgil ve Mehmet Küçükçirkin, “TOBB’nin Sağlıkta Toplam Kalite Yönetimine Bakışı”, **I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu (24-25 Kasım-Ankara)**, (Der. Mithat Çoruh), Haberal Eğitim Vakfı, 1996, ss. 29-35, s. 31.

konularda karar almalarına fırsat verilmesi, çalışanların kendi işlerini iyileştirmede gönüllü katılımı ve çalışanların bu katılımlarla sorumluluk üstlenip, sorumluluğu paylaşma, açıklık, bilginin paylaşımı, kalite kültürünün geliştirilmesi gibi unsurların örgüt genelinde yayılması yoluyla çalışanların memnuniyeti sağlanacaktır. Bu memnuniyet hizmetlere, dolayısıyla dış müşteriye yansıtılacak; sonuçta çalışanlarının görüşlerine önem verir işleyişle örgüt, demokratik bir yapı kazanacaktır.

TKY'nin, kamu yönetiminde uygulanmasına olumlu bakanların savunuları TKY'nin sağladığı faydalar üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bu bağlamda, TKY'deki esneklik ve vatandaşların sorumluluklarının artırılması anlayışıyla hizmetin sunumu hızlanacak; şeffaflık anlayışıyla da örgüt içinde birbirinden bilgi gizleme olayı ve siyasal kayırmacılık sona erecektir. Stratejik planlar yaparak kaynak israfını önlemek, emir-komuta ilişkisine dayalı bir yönetim tarzı yerine katılımcı, takım çalışmasına önem veren bir yönetim tarzıyla örgüt içi motivasyonu, dolayısıyla kaliteyi arttırmak, müşteriden (vatandaş) hizmetin sunumuyla ilgili geri bildirim olarak süreç hatalarını tespit etmek TKY'nin kamu yönetiminde uygulanmasıyla elde edilebilecek diğer faydalar olarak gösterilmiştir.

TKY'nin kamu yönetiminde de uygulanmasına bakmayanlara göre, daha başta TKY felsefesi ile kamu yönetiminin felsefesi arasında bir kan uyuşmazlığı mevcuttur. Özel sektörün aksine kamu sektörünün amacı, kâr etmek değil, vatandaşlara adil ve tarafsız hizmet sunmaktır. Bu bağlamda kamu sektörü, talep az olsa da bazı hizmetleri sunmakla yükümlü olandır; yani hizmet sunumunu arz-talep dengesi değil, kamu yararı gözeterek gerçekleştirir. Katılım açısından ele alındığında ise, TKY'de katılım, sınırlı ve özünde demokratik olmayıp, demokratik gösterilmeye çalışılan bir katılımdır. Çünkü çalışanlar sadece kendi işleriyle ilgili olarak karar aşamalarına katılabilmekte; fakat tasarım, üretim sisteminin dizaynı, çalışma koşullarının belirlenmesiyle ilgili karar aşamalarına katılamamaktadırlar. Katılımlardaki amaç ise, ortak hedeflerin gerçekleştirilmesi için katılımın önemli olduğu izlenimini yaratarak, çalışanların örgütle özdeşleşmelerini sağlamak, işverene

bağlılığını ve aidiyet duygusunu arttırmaktır<sup>40</sup>. Böylece işgücünden en üst düzeyde yararlanmak mümkün olabilecektir.

Özel sektördeki kıyasla, kamu yönetiminde müşteri tanımının yapılmasının zor olduğu üzerinde çoğunlukla birleşilmektedir. Bununla birlikte, kamu yönetiminin bir unsuru olan vatandaşın özel sektörün bir unsuru olan müşteri kimliğine sokulmasının, vatandaş kimliğini ortadan kaldıracağı ya da zafiyete uğratacağı konusunda tartışmalar bulunmaktadır. Bu tartışmalar bir yanda, insanların yurttaş, müşteri, hemşehri, müvekkil gibi birkaç rolü birden üstlenebileceğini savunanlarla; diğer yanda müşteri kimliğinin vatandaşların kamu hizmetlerinden yararlanma hakkını sınırlandırdığını, yurttaşın piyasa sistemine dahil edilmesiyle finansmana katkı yönünün ön plana çıkarıldığını, zira belirli gelir düzeyinin altında kalanların bedelini ödeyemeyeceği sürece hizmetlerden yararlanamayacağını savunanlar arasında gerçekleşmektedir. Müşteri odaklı bir yaklaşımı, kamu yönetiminin kurumsal varlığının haklı bir gerekçesi, yani yeni bir meşruluk kaynağı olarak gören çevrelerin aksine, başka bazı çevreler de bu yaklaşımın kamu yönetimini kâr amacı güden bir işletmeye dönüştürdüğünü ve kamu yararı kavramının yok edildiğini ileri sürmektedir<sup>41</sup>.

Kamu hizmetleri ne kadar üretilecek ve nasıl fiyatlandırılacak? Hizmetlerden kimler yararlanacak? Alt işverenlere devredilecek mi? Hangi hizmetler kamu kuruluşları tarafından üretilmeye devam edilecek? Yönetimin müşterisi var mıdır? Eğer varsa sağlık, eğitim, güvenlik, adalet, diploması gibi yarı ya da tam kamusal nitelikteki bu hizmetlerin müşterisi kimdir? Bu hizmetleri görenlerin maaşlarını kim öder? Sadece o hizmetin müşterileri mi ya da tüm vergi mükellefleri mi? türünden sorular TKY'nin kamu yönetimine getirdiği sıkıntıların göstergesidir. Bu soruların serbest piyasa ekonomisi çerçevesinde cevaplandırılması halinde kamu hizmetlerinin

---

<sup>40</sup> Ayşe Gül Yılıgör, "Toplam Kalite Yönetiminin Özel Sektör ve Kamu Kesimi İçin Ortak Bir Model Oluşturabilme Potansiyeli", **Kamu Yönetiminde Kalite II. Ulusal Kongresi (21-22 Ekim 1999-Ankara)**, (Der. Ömer Peker, Nuran Savaşkan Durak ve diğerleri), TODAİE Yayın No: 296, Ankara, 1999, ss. 3-13, s. 10.

<sup>41</sup> Veysel Eren, "Kamu Yönetiminde Yeni Meşruluk Temeli Olarak Müşteri Odaklı Yönetim Yaklaşımı", **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi**, Sayı: 58[1], Ocak-Mart 2003, ss. 55-70, s. 64-65, 69.

tarafsız ve eşit olması ilkelerinin yerini düşük maliyet, kârlılık, verimlilik gibi ekonomik belirleyiciler alacaktır<sup>42</sup>.

Devletin rolünün tartışılmasına neden olan TKY'nin, bazı kamu sektörlerinde uygulanmasında güçlükler çıkacağı belirtilmiştir. Örneğin, polis hizmetlerini şeffaflaştıran, suç ve trafik kazalarını azaltmayı hedefleyen, polisleri teşvik yönünde onlara trafik cezalarından belli bir yüzde verilmesini öngören bir politikanın benimsendiği düşünülün. Böyle bir politika çerçevesinde polislerin kamusal iç güvenlik hizmetini ne kadar layığıyla yerine getirebileceği tartışılır. Çünkü polisin öncelikli görevi güvenliği ve hukuk devletinin devamlılığını sağlamakken, parasal teşvik nedeniyle trafik kazalarını azaltmak olabilecektir<sup>43</sup>. Ayrıca bu politikada, polisin keyfi ceza kesme yoluna gitme riskinden de bahsedilebilir.

TKY'nin, tüm güçlüklerle rağmen kamu sektöründe de uygulanabilmesi için göz önünde bulundurulması gereken başlıca noktalar şu şekilde sıralanmaktadır. Kamu yönetimi müşteri odaklı olmalıdır; stratejik olarak sonuçlar ve işlemler üzerinde yoğunlaşmalıdır; işleri kurallarla değil, amaçlar ve değerlerle yürütmelidir; topluma, çalışanlara ve müşterilere de yetki vermelidir; etkili ve verimli olmalıdır; alternatif hizmet sunucular ile kıyaslandığında, müşteriler tarafından tercih edilmelidir; çalışanlar ve müşteri tarafından aynı değerde bulunmalıdır; girişimci olmalıdır; tepkici olmak yerine başlatıcı olmalıdır; kendi alanında en iyiyi hedeflemelidir. Bu on önemli noktanın kamu sektörü tarafından göz önünde tutulması halinde “devletin yeniden keşfedileceği” belirtilmiştir<sup>44</sup>.

ABD Federal Hükümeti'nin 1993 yılında “Milli Performans Değerlendirme Raporu” adıyla hazırladığı planın önerilerinden birini TKY'nin uygulanması oluşturmuştur. Performans ve kalite hususundaki bağlantı nedeniyle TKY anlayışı,

---

<sup>42</sup> Yılgör, a.g.m., s. 12-13.

<sup>43</sup> Hüseyin Gül, “Kamu Yönetiminde Piyasa Temelli Yeni Model Arayışları ve Türk Kamu Yönetiminde Toplam Kalite Yönetiminin Uygulanabilirliği”, **Kamu Yönetiminde Kalite II. Ulusal Kongresi (21-22 Ekim 1999-Ankara)**, (Der. Ömer Peker, Nuran Savaşkan Durak ve diğerleri), TODAİE Yayın No: 296, Ankara, 1999, ss. 15-30, s. 28.

<sup>44</sup> Osman Hayran ve Hulki Uz, “Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”, **Sağlık Hizmetleri El Kitabı**, (Der. Osman Hayran ve Haydar Sur), Yüce Yayın, İstanbul, 1998, ss. 147-174, s. 160-161.

yeni kamu işletmeciliği yaklaşımının etkili aracı olarak kabul edilmektedir<sup>45</sup>. Bu gelişmeye bağlı olarak Türkiye’de de, 2001-2005 dönemini kapsayan VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda, kamu hizmetlerinin sunumunda vatandaşın tatmini esas alınmak suretiyle, hizmet kalitesine ve sonuçlara odaklanarak, kamu yönetiminin etkinliğini ve halk nezdinde güvenilirliğini geliştirmenin esas olacağı, nitelikli kamu hizmeti sunumu için, performans yönetimi, toplam kalite yönetimi gibi çeşitli çağdaş yönetim tekniklerinden tüm kamu kurumlarında yararlanılması<sup>46</sup> amacı yer almıştır.

16 Kasım 2002’de açıklanan Acil Eylem Planı’nda da yolsuzluğun önlenmesinde en önemli araç olarak, kamu hizmetlerinin sunumunda TKY anlayışı getirilerek bu hizmetlerin (tapu, emniyet, belediye, gümrük, teşvik, izin, ruhsat, ihale, hak ediş, nüfus vb. hizmetler) sunum standartları ve sürelerinin, sorumlu olacak görevliler, kurumlar ve birimler bazında açık ve net olarak belirleneceği, kamu görevlilerinin bu işlemlerle ilgili takdir haklarının objektif kriterlere bağlanacağı, ilk üç aylık süre içinde de Kamu Yönetiminde TKY ve Yönetişim İlkelerinin Hayata Geçirilmesi Çerçeve Yasası çıkarılacağı biçiminde hedefler açıklanmıştır<sup>47</sup>. Acil Eylem Planı’ndan sonra 23 Kasım 2002’de açıklanan 58. Hükümet Programı’nda ise hükümetin, yönetim ve karar alma sürecinin her aşamasında TKY anlayışını benimseyeceği<sup>48</sup> belirtilmiştir.

### 1.3.3. 1990’ların Yeni Kavramlaştırması: Yönetişim

1980’lerin özelleştirme ve yerelleştirme uygulamalarından sonra kimlik bunalımı yaşayan kamu yönetimi, 1990’larda yeni kamu işletmeciliği anlayışının yönetim modeliyle desteklenmesiyle yeni bir kimlik arayışına girmiştir. “Yönetişim” İngilizce “governance” sözcüğünün karşılığı olarak Türkçe’ye çevrilmiştir. Çok aktörlü yönetim olan “yönetişim”, devletin küçültülmesini hedefleyen neo-liberal reformlardan sonra küresel bir model olarak sunulmuştur. Yönetişim, kamu kesimi-özel kesim-sivil toplum örgütlerinin katılımıyla gerçekleşen

<sup>45</sup> M. E. Milakovich, **Improving Service Quality**, Florida: St. Lucie Pres, 1995’ten aktaran Leblebici, Ömürgönülşen ve Aydın, a.g.m., s. 131.

<sup>46</sup> Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), **Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005**, Haziran 2000, s. 237- 238, 265.

<sup>47</sup> *Acil Eylem Planı* (16 Kasım 2002), Erişim: 24.11.2005, [http://www.belgenet.com/eko/acileylem\\_161102.html](http://www.belgenet.com/eko/acileylem_161102.html)

<sup>48</sup> *58. Hükümet Programı* (23 Kasım 2002), Erişim: 24.11.2005, <http://www.belgenet.com/hukümet/program/58-1.html>

çok aktörlü ve karşılıklı, yani etkileşimsel bir yönetim biçimini ifade etmektedir. Tekeli'ye göre yönetim, “tek özneli, merkezi, hiyerarşik, kaynakları ve yönetimi kendinde toplayan bir yönetim anlayışından, çok aktörlü, adem-i merkezi, desantralize, kendisi yapmaktan çok toplumdaki aktörleri yapabilir kılan, yönlendiren bir yönetim anlayışına geçiş”i<sup>49</sup> ifade etmektedir. Yöneten devlet, artık düzenleyici olma rolünü üstlenmiştir. Toplumsal amaçların belirlenmesi ve gerçekleştirilmesi ise toplulukların sorumluluğu haline gelmiştir.

Yönetişim söylemi, esneklik, toplam kalite yönetimi, kamu yararı yerine müşteri tatmini, kamu kesiminin küçültülmesi, özelleştirme, pazarın belirleyiciliği gibi anahtar sözcüklerle uyum içinde bulunmaktadır. Toplulukların kendileriyle ilgili kararların alınması sürecine katılmalarının, böylece ihtiyaç duydukları hizmetleri almada sorumluluk sahibi olmalarının altını çizen yönetişimin, katılıma önem vermesi noktasında toplam kalite yönetimi ile örtüştüğü görülmektedir<sup>50</sup>.

Yönetişim siyasal ve ekonomik gücün yaygınlaşmasını sağlayan yerelleşme politikaları üzerinde yapılandırılmıştır. Geniş anlamda yerelleşme, merkezi yönetimin planlama, karar verme, kamu gelirlerinin toplanması gibi yetkilerinin bir kısmının taşra kuruluşlarına, yerel yönetimlere, yarı-özerk kamu kurumlarına, federe birimlere, meslek kuruluşlarına, uluslararası kurumlara, dernek, vakıf vb. gönüllü kuruluşlara aktarılmasıdır. Merkezi yönetimin küçültülmesi olgusunu destekleyen yerelleşme, uygulamada bağımsız idari otoriteler, yerel yönetimlerin güçlendirilmesi ve özelleştirme şeklinde kendini göstermektedir<sup>51</sup>.

Yerelleşme söyleminde her ne kadar kaynak aktarımından bahsedilse de, aktarım daha çok sorumluluklar ve görevler düzeyinde gerçekleştiği için, yerel

---

<sup>49</sup> İlhan Tekeli, “Yönetim Kavramı Yanısıra Yönetişim Kavramının Gelişmesinin Nedenleri Üzerine”, **Türkiye’de Kamu Yönetimi**, (Der. Burhan Aykaç, Şenol Durgun ve Hüseyin Yayman), Yargı Yayınevi, 1. Baskı, Ankara, 2003, ss. 621-631, s. 627.

<sup>50</sup> Gencay Şaylan, “Kamu Yönetimi Disiplininde Bunalım ve Yeni Açılımlar Üzerine Düşünceler”, **Türkiye’de Kamu Yönetimi**, (Der. Burhan Aykaç, Şenol Durgun ve Hüseyin Yayman), Yargı Yayınevi, 1. Baskı, Ankara, 2003, ss. 573-593, s. 591-592

<sup>51</sup> Bilal Eryılmaz, **Kamu Yönetimi**, Erkam Matbaası, İstanbul, 2001, s. 77.

yönetim merkezi yönetimin parasal desteğinden yoksun kalmış ve bu da yereli ulusüstü sermayeyle doğrudan ilişki kurma yoluna itmiştir<sup>52</sup>.

Yetkilerinin yerele ve bağımsız idari otoritelere devredilmesi göz önünde bulundurulduğunda, ulus-devlet egemenliğinin geriletildiği söylenebilir. Ancak serbest piyasa ekonomisinin rahatça işleyebilmesi için gerekli olan hukuksal temeli sağlayacak bir devlete ihtiyaç vardır<sup>53</sup>. Yönetişim modeline göre, ekonomik ve sosyal hayata müdahale etmeyen ancak, gerektiğinde kanunları yenileme veya değiştirme kapasitesine sahip olan bir devlete ihtiyaç vardır. Ancak bu işlevin tarafsız işleyemeyeceği açıktır; çünkü devlet sermaye adına uygun koşulların yaratılmasında “katalizör” olarak görülmüştür. Devlet artık yöneten değil yönlendirendir; müdahalesi ise ancak özel sektörü destekleyici nitelikteyse mümkündür<sup>54</sup>.

Osborne ve Gaebler, “Reinventing Government” (“Hükümetin Yeniden İcadı”-1992) isimli eserlerinde, “hükümetler nasıl daha etkili olur?” sorusundan hareketle yeni bir hükümet ve egemenlik modeli geliştirmişler ve bu modeli “girişimci hükümet (entrepreneurial government)” olarak nitelmişlerdir<sup>55</sup>.

### 1.3.3.1. “Hükümetin Yeniden İcadı” Projesi ve “İyi Yönetişim”

1990’larda, “Hükümetin Yeniden İcadı” Projesi’nin mimarı Osborne ve Gaebrel, “iyi yönetim” modeliyle hükümetin, vatandaşları gözünde kaybettiği itibarını tekrar kazanması için nasıl işlemesi gerektiğinin yollarını ortaya koymuştur. Bu model, Clinton yönetimi tarafından “National Performance Review” (NPR) programı altında uygulanmış, Dünya Bankası tarafından da küresel bir model olarak sunulmuştur<sup>56</sup>.

Osborne ve Gaebrel kamu sektöründe değişimin gerekli olduğunu şu şekilde belirtmişlerdir:

---

<sup>52</sup> Şahin, a.g.e., s. 64.

<sup>53</sup> Filiz Çulha Zabcı, “Dünya Bankası’nın Küresel Pazar İçin Yeni Stratejisi: Yönetişim”, **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi**, Sayı: 57[3], Temmuz-Eylül 2002, ss. 151-179, s. 158, 162.

<sup>54</sup> Selime Güzelsarı, “Neo-Liberal Politikalar ve Yönetişim Modeli”, **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt: 36, Sayı: 2, Haziran 2003, ss. 17-34, s. 30.

<sup>55</sup> Şahin, a.g.e., s. 66.

<sup>56</sup> Şahin, “Sosyal Devlet Modelinden ‘Good Governance’ Modeline Geçiş...”, a.g.m., s. 116-117.



*“Hepimiz nefesleri tutturan bir değişim içinde yaşamaktayız...Bugünün koşulları, örgütlerin oldukça esnek ve çevreye uyulanabilir olmasını gerektirmektedir. Bunu yaparken de, örgüt emirle değil, ikna ve teşvik yöntemlerini kullanarak hareket etmeli, çalışanlara yaptığı işin anlamlı olduğu ve işte kendisin de katkısı olduğu hislerini verebilmeli. Kısaca günümüz şartları vatandaşlara sadece hizmeti değil, onlara yetki vermeyi de içeren bir anlayışı talep etmektedir”<sup>57</sup>.*

Böylece esasen özel sektörde uygulanan yönetim tekniklerinin kamu sektörüne de uyarlanmasını gerektiğini ileri sürmüşlerdir.

Yazarlara göre kamu yöneticilerinin bütçeleri daha serbestçe kullanımı, işe alma-çıkarma konularında daha fazla yetkilendirilmesi, toplam kalite yönetimi ve “değişim mühendisliği” (reengineering) gibi özel sektöre özgü yöntemlerin kamuya uyarlanması sayesinde kaynakların etkin kullanımı sağlanacaktır<sup>58</sup>. “İyi yönetim” in gerçekleşmesini girişimci hükümetin varlığına bağlayan Osborne ve Gaebrel’e göre bu hükümet; yenilikçi ve rekabetçi olmalı, risk üstlenmeli, pazara yönelmeli, özelleşmeli, performans ölçümüne odaklanmalı, toplulukların sahiplendiği bir hükümet olmalıdır<sup>59</sup>. Değişik kuralların uygulanması devleti daha verimli kılacaktır. “Daha fazla dümen tutan/yöneten ve daha az kürek çeken” (“more steering and less rowing”) devlet; daha fazla rekabet; daha az kural; finanse etmek için daha fazla çıktı; artan müşteri yönlendirmesi; daha fazla gelir; hizmetlerin vatandaşlara kendi örgütlerince ulaştırılması; israf edilmeyen kamu hizmetleri; vatandaşların karar yapımına daha fazla müdahalesi (katılım) ve pazar içinde daha fazla yer alması girişimci devletle ilişkili unsurlardır<sup>60</sup>.

---

<sup>57</sup> David Osborne ve Ted Gaebler, **Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector**, A Plume Book, NY, 1993, s. 15’ten aktaran Asım Balcı, “Kamu Sektörü ve Toplam Kalite Yönetimi”, **Kamu Yönetiminde Kalite I. Ulusal Kongresi (26-27 Mayıs 1998-Ankara)**, (Der. Ömer Peker, Nuran Savaşkan Durak ve diğerleri), TODAİE Yayın No: 289, Cilt: 1, Ankara, 1999, ss. 61-76, s. 65.

<sup>58</sup> Leblebici, Ömürgönülşen ve Aydın, a.g.m., s. 129.

<sup>59</sup> David Osborne ve Ted Gaebler, **Reinventing Government**, A William Patrick Book, Eighth Printing, USA, 1992, s. 18’den aktaran Şahin, “Sosyal Devlet Modelinden ‘‘Good Governance’Modeline Geçiş...’’, a.g.m, s. 117.

<sup>60</sup> M.L. Bemelmans-Videc, N. J. M. Nelissen, A. Godfroj ve P. de Goede, “Renewing Government: A tale for all Times”, **Renewing Government**, (Der. N.J.M. Nelissen, M.L. Bemelmans-Videc ve diğerleri), Innovative and Inspiring Visions, (Int.Books), Utrecht, 1999, ss. 13-34, s. 30.

Projenin adı her ne kadar “Hükümetin Yeniden İcadı” olsa da, aslında herhangi bir şeyin icat edilmediği; eski olanın yeni adla ve bazı eklemelerle kamu yönetiminin yeni kimliği olarak tekrar sunulduğu, belirtilen görüşler arasındadır. Yaşanan krizlere getirilen liberal çözümler, bir döngü içinde hep aynı ve tek bir temanın varyasyonu biçiminde seyretmektedir. Üstüner’e göre bu proje fikri temellerini yeni sağ ideoloji ve neo-liberalizmden almaktadır; çünkü bireyin çıkarlarının toplumsal çıkarların önünde olduğu, vatandaşlar yerine müşterilerin olduğu, girişimciliğin önem kazanıp katılımcılığın azaldığı, devletin küçültülmesi, rekabetin arttırılması gerektiği vurgulanmaktadır. Bu açıdan “kamu işletmeciliği”, “yeni kamu işletmeciliği” ve “hükümetin yeniden icadı” yaklaşımları arasında ufak vurgulama farklılıkları dışında mantıksal düzlemde bir fark bulunmamaktadır. Söz konusu yaklaşımların hepsi birbiriyle ve neo-liberalizmle bütünlük ve tutarlılık göstermektedir. Üstüner, belli bir ideolojinin hem uygulanma biçimi hem de bu ideolojiyi meşrulaştırma girişimi olarak gördüğü bu projeyi savunanların demokratik yurttaşlık ve kamu yararını reddettiklerini de ayrıca dile getirmektedir<sup>61</sup>.

Yönetişim bir yandan, her sorunun çözümünde vazgeçilmez bir yöntem olmamakla birlikte, toplulukların gereksinimlerine göre aktörlere çözümde dinamik kazandıran bir yönetim tarzı olarak değerlendirilirken<sup>62</sup>; diğer yandan, küresel sermayenin önündeki engelleri kaldırmak için geliştirilen, kendisini kullanan düşüncenin etkisi altında olan, bu nedenle metodolojik bir tercihin sonucu olmayan bir model olarak değerlendirilmektedir<sup>63</sup>.

### 1.3.3.2. “Üçüncü Sektör”

Hükümetin meşruiyetini ve kamu yönetiminin kamusallığını hiç sorgulamayan model, yeni kamu işletmeciliği anlayışına, hükümetin iyi ve gerekli bir kurum, bürokrasinin ise çökertilmesi gereken kötü bir sistem olduğu imajını eklemektedir. Vatandaşları karar alma süreçlerinde söz sahibi yaparak onları güçlü kılan hükümet, demokratik görünen bu tablonun altında gerçekte vatandaşların kendi

<sup>61</sup> Yılmaz Üstüner, “Kamu Yönetimi Kuramı ve Kamu İşletmeciliği Okulu”, **Türkiye’de Kamu Yönetimi**, (Der. Burhan Aykaç, Şenol Durgun ve Hüseyin Yayman), Yargı Yayınevi, 1. Baskı, Ankara, 2003, ss. 365-382, s. 375-379.

<sup>62</sup> Hamit Palabıyık, “Yönetimden Yönetişime Geçiş ve Ötesi Üzerine Kavramsal Açıklamalar”, **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt: 37, Sayı: 1, Mart 2004, ss. 63-85, s. 79.

<sup>63</sup> Zabcı, a.g.m., s. 152.

hizmetlerini kendilerinin üretmesini sağlama yoluna giderek kamu harcamalarını azaltmayı, rekabetin yıkıcı sonuçlarından kendisini sahiplenmiş topluluklar aracılığıyla kurtulmayı amaçlamaktadır. Başka bir anlatımla, sosyal devletin temel görevi olan kamu hizmetlerinin sunulması işlevi topluluklardan ve sivil toplum örgütlerinden oluşan bir “üçüncü sektör”e verilmiştir.

Kamu sektörü ve özel sektör şeklindeki ikili ayrıma eklenen üçüncü sektör, kamusal gereksinimleri karşılamak için çalışan gönüllü ve kâr amacı gütmeyen örgütlerden oluşmaktadır. Bu bağlamda, özel kişiler, dinsel örgütlenmeler, vakıflar, dernekler, iş örgütleri, kültürel kuruluşlar, özel okul ve üniversiteler gibi çeşitli biçimlerdeki hükümet dışı kuruluşlar/sivil toplum örgütlerinden (NGOs: Non-governmental organizations) oluşan bir sektördür. Bu sektör, devletin küçültülmesi politikalarıyla boşalan kamusal alanın sivil toplum örgütleriyle doldurulması amacına hizmet edecektir.

Hükümet dışı örgütler, yerel ile küresel olanı birbirine ekleme işlevini üstlenmişlerdir. Bu eklemlenme sürecinde, yerel yönetimler, ekonomik müdahale ve kamu hizmetlerinin sunumu işlevlerini giderek kamusal olmayan aktörlere bırakma eğilimine girmişler; vakıf, dernek gibi gönüllü kuruluşlar, piyasa sisteminin örgütleri yerel dinamiklerin önemli unsurları haline gelmişlerdir. Yerel ile uluslararası sermaye arasında ilişki ağı kurulması, yerel ölçekte yönetim düzeylerinin dünya pazarına adapte olacak politikalar geliştirmeleri ve ulusal egemenlik sınırlarının aşılması bu eklemlenmenin önemli bir sonucudur<sup>64</sup>.

Yönetişim kuramcılarının savunduğu artık yönetme eyleminin ulus-devletle sınırlı olmayıp, ulusaldan yerele ve uluslararası platforma uzandığıdır. Bu bağlamda yönetim, çok merkezli bir devlet yapısı sunmaktadır. Çoklu yapının özneleri başta kendisine farklı roller biçilen devlet olmak üzere, kamu sektörü, özel sektör, sivil toplum örgütleri ve kurul tipindeki örgütlenmeler olan hükümet dışı kuruluşlardır. Tek merkezli, hiyerarşik bürokratik örgütlenmenin hakim olduğu “piramit devlet” yerine, “ağ devlet” (network state) modeline vurgu yapılan ve “devlet-piyasa-sivil

---

<sup>64</sup> Selime Güzelsarı, “Kamu Yönetimi Disiplininde Yeni Kamu İşletmeciliği ve Yönetişim Yaklaşımları”, **Kamu Yönetimi: Gelişim ve Güncel Sorunlar**, (Der. M. Kemal Öktem ve Uğur Ömürgönülşen), İmaj Yayınevi, Ankara, 2004, ss. 85-133, s. 122-123.

toplum”un ortak bir paydada buluşturulduğu yeni yapıda devlet, kamu hizmetlerini söz konusu özneler arasında dağıtacak şekilde düzenleme yaparak ortak girişimciliği desteklemekle yükümlü kılınmıştır<sup>65</sup>.

#### **1.4. Küreselleşme Sürecinin Uluslararası Mali Aktörleri**

II. Dünya Savaşı’ndan sonra, dünya ticaretini serbestleştirecek bir uluslararası ticari ve mali sistem kurmak için Bretton Woods’da bir konferans düzenlenmiş ve konferans sonunda, “Bretton Woods” üçlüsü olarak adlandırılan Uluslararası Para Fonu (IMF-1946), Dünya Bankası (WB-1946) ve Gümrük Tarifeleri ve Ticaret Genel Anlaşması (GATT-1947) kurulmuştur. IMF’nin amacı, yıkılmış durumdaki Avrupa ülkelerini kredi vererek yeniden canlandırmak, borçların zamanında ödenmesini gözetmek, bu ülkeler arasındaki ticarete ortaya çıkan daralmayı gidermek, döviz kurlarında istikrarı sağlamak, kısıtlamaları kaldırmak, dış ödemeler dengesini sağlamaktır<sup>66</sup>. Dünya Bankası, ülkelerin “yapısal uyum”unu ve uluslararası mali sistemin düzenli bir şekilde işlemlerini sağlamak görevi ile kurulmuştur. Görevi kısaca “dünya ticaretini serbestleştirmek” olarak ifade edilebilecek olan GATT, Bretton Woods Sistemi’nin üçüncü ayağını oluşturmuştur. GATT, 1995 yılında Dünya Ticaret Örgütü (WTO) adıyla kurumsal hale getirilmiştir.

##### **1.4.1. Uluslararası Para Fonu ve Değişen Rolü**

Dünya ekonomisinde yaşanan gelişmelere paralel olarak IMF’nin uluslararası arenadaki rolü ve statüsünde değişiklikler meydana gelmiştir. Özellikle 1973’te Bretton Woods sisteminin yıkılmasından sonra dünyanın öncü ülkelerinin paralarını serbest dalgalanmaya bırakmasıyla IMF, döviz kurlarının istikrarının sağlanması noktasındaki etkinliğini oldukça yitirmiştir. Buna karşılık IMF’nin uluslararası likidite ve ödemeler konusunda etkinliğini arttırmayı amaçladığı gözlenmektedir. IMF, kapitalizmin tüm dünyada egemen hale gelmesi, uluslararasılaşması sürecini anlatan ve neo-liberalizm, küreselleşme, esneklik gibi kavramlarla açıklanma alanı bulan “yeni dünya düzeni”nde kapitalizmin düzenleyicisi rolünü üstlenmiştir.

<sup>65</sup> Güzelsarı, “Neo-Liberal Politikalar ve...”, a.g.m., s. 19, 23-24.

<sup>66</sup> Mehmet Yılmaz, “Uluslararası Ekonomik ve Mali Kuruluşların İstihdam Üzerindeki Etkisi: Türkiye Örneği”, *Mülkiye*, Cilt: XXVII, Sayı: 239, Mart-Nisan-Mayıs 2003, ss. 165-201, s. 166.

1980'lerden itibaren örgütün asıl işlevi, alacakların tahsilini güvence altına almak olmuştur<sup>67</sup>.

Sabit döviz kuruna dayalı ve sermaye hareketlerinin kısıtlandığı bir dünya ekonomisi içinde faaliyet gösteren IMF, serbest döviz kurları ve artan sermaye hareketlerinin hakim olduğu bir dünya ekonomisinde bir işlevi olamayacağı tahmin edilebilecektir, varlığını etkinlik alanlarını genişleterek sürdürmeyi başarmıştır. 1970'li yıllarda yaşanan petrol krizlerinden olumsuz etkilenen yoksul ülkelere düşük faizli (% 5) ve uzun vadeli (5,5-10 yıl) kredi vermeye başlayarak dünya ekonomisindeki yerini güçlendiren IMF, başlangıçta gelişmiş ülkelerin cari işlemler dengesindeki geçici açıkların finansmanında rol oynarken, son yıllarda gelişmekte olan ülkelerin (GOÜ) kalkınmalarına finansman sağlamak ve piyasada yaşanan bunalımları yönetmek üzerinde yoğunlaşmıştır<sup>68</sup>.

Stiglitz, uluslararası ticarete açılmak, birçok ülkenin daha hızlı kalkınmasını sağlamak, ithalatla daha ucuz mal temini sağlamak, yeni teknolojilerle tanışmayı, yeni piyasalara ulaşılmasını, yeni sanayilerin oluşmasını sağlamak gibi bazı yararlarının da olduğunu kabul ettiği küreselleşmeyi büyük bir hayal kırıklığı olarak nitelendirmektedir. Stiglitz'e göre, IMF'nin yapması gereken şeyi yapmadığını, yani ekonomik bir çöküşle karşı karşıya kalan ülkelere, kendilerini yenileyip tam istihdama yaklaşmalarını sağlamadığını, dolayısıyla asıl görevi olan küresel istikrarı arttırmayı başaramadığını ileri sürmüştür. Ona göre, IMF'nin dayattığı politikaların birçoğu, özellikle zamansız sermaye piyasası liberalleştirme politikası, küresel istikrarsızlıkta pay sahibidir; ayrıca bir ülke krize girdiğinde işleri özellikle yoksullar için daha da kötüleştirmektedir<sup>69</sup>.

1996'da Tayland'da patlayarak kısa sürede Endonezya, Malezya, Singapur, Güney Kore, Tayvan, Filipinler, Hong Kong'a yansıyan ve dünyayı da etkisi altına alan ekonomik kriz önemli oranda durgunluk yaşanmasına ve dünya ticaret hacminin

---

<sup>67</sup> Nazım Öztürk, "IMF'nin Değişen Rolü ve Gelişmekte Olan Ülke Ekonomilerine Etkileri", **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi**, Sayı: 57[4], Ekim-Aralık 2002, ss. 95-125, s. 96.

<sup>68</sup> Naci Canpolat, "IMF Programlarının Yapısı ve Etkinliği", **ASOMEDYA**, Haziran 2001, ss. 56-78, s. 60, 62.

<sup>69</sup> Joseph Stiglitz, **Küreselleşme Büyük Hayal Kırıklığı**, (Çev. Arzı Taşçıoğlu ve Deniz Vural), İletişim, Tasarım, Tanıtım, Yayıncılık ve Yapımcılık Tic.San.Ltd. Şti., İstanbul, 2002, s. 26-27, 36.

daralmasına neden olmuştur. Küresel bir finansal kriz riskini göze alamayan IMF, önerdiği politikaların uygulanması koşuluyla yardım paketini bu ülkeler için açmıştır. Liberalleşme, yurtiçi piyasaları yabancı yatırımcılara açma, yüksek faiz politikası, banka sistemi reformu, sıkı bütçe disiplini, kamu harcamalarının kısılması, işgücü piyasasının esnekleştirilmesi ve kamu kesimi sübvansiyonlarının kaldırılması politikalarının uygulanması sonucunda ülkeler büyük bir durgunluk içerisine düşmüş, işsizlik hızla artmış, enflasyon yükselmiş, politik istikrarsızlıklar baş göstermiştir. Bu ve benzer örnekler IMF'nin eleştirilmesine, yeniden yapılandırılması yönünde fikirler ortaya atılmasına neden olmuştur. Gizlilik içinde çalışmalar yürütmesinin yarattığı kötü imajı yıkmak için 1990'ların sonlarında şeffaflık politikasını benimsemiş olan IMF, bu sefer de müdahale yönteminde değişikliğe gitmiştir; yani krediler artık sadece ödemeler dengesini düzeltici amaçlı değil, ülkelerin iç yapılarını düzenleyici amaçlı verilmeye başlanmıştır. Kredilerin verilmesini önerilen politikaların uygulanması koşuluna bağlayan IMF, stand-by anlaşmalarını ve yapısal uyum kredilerini içeren, özellikle finansal sektörle ilgili programlar üzerinde Dünya Bankası ile ortaklaşa çalışmaya başlamıştır<sup>70</sup>.

Piyasadaki aksaklıkların giderilerek ülkelerin büyümelerini hızlandırmak ve uluslararası finans çevrelerine güven vererek o ülkelere yabancı sermaye girişini hızlandırmak, yapısal reformların koşul olarak öne sürülmesinin IMF tarafından gösterilen gerekçeleridir. Yapısal uyum kredileri içeren programların, makroekonomik talep yönetimine değil, kaynak kullanımındaki etkinliği arttırmaya yönelik olup, genellikle kamu uygulamaları sonucu oluşan çarpıklıkların azaltılmasını veya ortadan kaldırılmasını, yerlerine piyasa ekonomisinin kural ve kurumlarının getirilmesi suretiyle kaynak kullanımının etkinliğinin arttırılmasını amaçladığı dikkati çekmektedir<sup>71</sup>.

Finansal sektör, dış ticaret, sermaye ve döviz piyasalarının liberalizasyonu, kamu kuruluşlarının özelleştirilmesi, işgücü piyasasının esnekleştirilmesi, ulusal paranın yüksek oranda devalüasyonu, ithalat yasaklarının ve kısıtlamalarının kaldırılması ya da azaltılması, ücretlerin dondurulması veya enflasyonun altında

---

<sup>70</sup> Öztürk, a.g.m., s. 112-114.

<sup>71</sup> Canpolat, a.g.m., s. 64, 72.

tutulması, kamu harcamalarının kısıtlanması ve kamu gelirlerinin arttırılması, sübvansiyonların kaldırılması ya da azaltılması, bankacılık sektörünün kuralsızlaştırılması, yolsuzlukla ve yoksullukla mücadele, kamu yönetiminde saydamlık, sosyal güvenlik reformları, çevre politikaları vb. kredi talebinde bulunan ülkelerce uygulanması beklenen stand-by düzenlemelerini oluşturan yapısal reform ve istikrar programlarıdır<sup>72</sup>.

IMF ve Dünya Bankası programlarında, kamu harcamaları kısılarak arttırılan kamu gelirlerinin borçların ödenmesi için kullanılması ve çalışan ücretlerinin fiyat artışlarından bağımsız tutulması önerilerek, reel ücretler düşürülmekte ve işgücü piyasası ucuzlatılmaktadır. Kamu kesiminin küçültülmesi söylemiyle özelleştirme vurgusu yapan programlar, birçok çalışanın da işten çıkarılmasına neden olmaktadır. Özelleştirilen kuruluş ise çoğunlukla çokuluslu şirketlere devredilmektedir. IMF'nin daraltıcı para ve maliye politikaları istihdam ve üretimde küçülmeye, fiyatlarda yükselmeye yol açmaktadır. Devalüasyonun etkileri de gıda maddeleri, ilaç, akaryakıt, kamu hizmetlerinin yurtiçi fiyatlarının ve faizlerin yükselmesi şeklinde görülmektedir. Ulasal paranın değer kaybı ve faiz yükselişi yatırımcıları yeni istihdam alanları açmaktan caydırmakta, tasarruflar yurt dışına veya faize yönlendirilmektedir. Devalüasyonun ve fiyat artışlarının sonucu olarak doğan enflasyonist ortam için yine IMF tarafından alınan, kamu çalışanlarının işten çıkarılması, sosyal programlarda kesintilere gidilmesi gibi talep daraltıcı önlemler de dış borçların artışını tetiklemektedir. IMF'nin ithalatın arttırılmasına yönelik politikasının dış ödemeler açığını arttırıp, hayvancılık ve tarım gibi sektörlerde yerli üretimi çökerttiği gözlenmiştir. 1980'lerde ihracat yapar durumdaki birçok Güney Afrika ülkesinde IMF müdahalelerinden sonra açlık başlaması bu durumun bir örneği olarak sunulmaktadır<sup>73</sup>.

Uygur, IMF programlarının başka olumsuz yanlarına da dikkat çekmektedir. Bu programlar, yatırımı ve fiziki sermaye artışını desteklemediği için yatırımların GSMH içindeki payı düşmektedir. Örneğin Türkiye'de bu pay 1997'de % 26 iken 2003'te % 15'e inmiştir. Programların tüketime dayalı bir büyümeyi teşvik etmesi,

---

<sup>72</sup> Yılmaz, a.g.m., s. 173.

<sup>73</sup> y.a.g.m., s. 174-175, 196.

eğitim ve sağlık gibi 6nemli sekt6rlerin paylarının azalmasıyla beşeri sermayeyi d6ş6rmeleri ve uzun vadeli b6y6me potansiyelinin bundan olumsuz etkilenmesi, uygulandıktan sonra gelir dağılımı eşitsizliklerini arttırmaları g6zlemlenen diğer olumsuzluklardır<sup>74</sup>. IMF'nin dış ticaret hacmini arttırdığı kabul edilmekle birlikte, uygulanan programlar sonrasında cari işlemler dengesi sorunlarıyla karşı karşıya kalınması, IMF politikalarının uzun d6nemde 6demeler dengesi sorunlarını gideremediğini g6stermektedir<sup>75</sup>.

IMF m6dahalesi, yaşanan krizlerin t6m y6k6n6 borçlu 6lkelere y6klemekte, alacaklı 6lkelere ise risklerden kurtulmanın yolunu açmaktadır. Bu durum, bir sonraki parasal krize de zemin hazırlamaktadır<sup>76</sup>. IMF'nin, borçlu 6lkeleri faizlerin 6denmesine zorlayan, ana paraların geri 6denmesini erteleyen, borçları geri 6deyememe noktasına gelen 6lkelere, eski borçlarının gecikmiő 6demelerini yapabilmeleri için yeni borçlar verme Şeklinde seyreden borç y6netimi, bir borç zincirinin oluşumuna neden olmaktadır<sup>77</sup>. İşte bu zincir gelişmekte olan 6lkeleri IMF'ye bağımlı hale getirmiştir. IMF'nin reform paketlerini uygulayan 6lkeler yine bu borç zinciri y6z6nden yaşadıkları krizlere rağmen hala IMF reçetelerine uymaya çalışmaktadır. Alacakların tahsilinin g6vence altında olması da s6z konusu bağımlılıkla iliőkilendirilebilir.

1990'larda İngiltere, Fransa, Portekiz, İőve gibi gelişmiş 6lkelerde ortaya çıkan kriz, 1994'te Meksika, 1997'de Asya, 1998'de Rusya ve 2000-2001 yıllarında da T6rkiye ve Arjantin'de etkisini g6stermiőtir. Ekonomideki durgunluğun yol açtığı talep daralmaları ve ihracat d6ő6şleri nedeniyle 2001 yılında 6retim durmuő, işsizlik yaygınlaőmıőtir. IMF reçetelerinin bu krizi derinleőtirmesi, IMF'nin 6neride bulunmakta ne kadar yetkin olduğunun ve d6nya ekonomisindeki iőlevselliđinin sorgulanmasına neden olmuştur<sup>78</sup>. IMF, gerek kendisine kredi için başvuran 6lkelere uygulanması için dayattığı reform paketleri ve bu 6lkeler arasında g6zettiği ayırım,

<sup>74</sup> Ercan Uygur, "S6rd6r6lebilir B6y6me ve IMF", **ASOMEDYA**, Mart 2004, ss. 12-14, s. 14.

<sup>75</sup> Ercan En ve G6khan Aykaç, "T6rkiye'nin IMF Deneyimine Bir Bakış", **Gazi 6niversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fak6ltesi Dergisi**, Cilt: 5, Sayı: 3, Kış 2003, ss. 57-75, s. 72.

<sup>76</sup> Canpolat, a.g.m., s. 119.

<sup>77</sup> 6zt6rk, a.g.m., s. 119.

<sup>78</sup> Anna J. Schwartz, "Do We Need a New Bretton Woods?", **Cato Journal**, Vol. 20, No. 1, Spring/Summer, s. 21-25'ten aktaran 6zt6rk, a.g.m., s. 113.



gerek sahip olduğu en yüksek hisse dolayısıyla alınan kararların ABD güdümünde olması nedeniyle de eleştirilmektedir.

#### 1.4.2. Dünya Bankası ve Değişen Rolü

1970’lerde yaşanan ekonomik gelişmeler IMF gibi Dünya Bankası’nı da kısa ve uzun dönemli yapısal uyum programlarına yönlendirmiş, böylece iki kurum arasındaki ayırım belirsizleşmeye başlamıştır. IMF, para ve maliye politikalarının saptamasını yaparak makro ekonomik istikrarın yürütülmesini üstlenirken Dünya Bankası, yapısal uyum programları ve “yoksulluğun azaltılması” gibi toplumsal boyutlu projeler aracılığıyla kaynakların tahsisinin verimli şekilde yürütülmesini üstlenmiştir.

Dünya Bankası, “iyi yönetim (good governance)” kavramını ilk kez 1989’da Afrika’nın kalkınmasıyla ilgili bir raporda kullanarak, önerdiği yapısal programlara meşruluk kazandırmıştır. Dünya Bankası’nın “şeffaflık”, “katılım”, “hesap verebilirlik”, “hukuk devleti” gibi demokratik yönetim unsurlarıyla içini doldurduğu “iyi yönetim” kavramı, Uluslararası Para Fonu, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü, Dünya Ticaret Örgütü, Birleşmiş Milletler gibi diğer uluslararası kuruluşlarca da benimsenmiş ve küresel bir slogan olarak kullanılmaya başlanmıştır<sup>79</sup>.

“İyi yönetim”, Dünya Bankası’nın Üçüncü Dünya Ülkeleri’ne yönelik borç verme politikasını şekillendirmektedir. Verimli kamu hizmeti, bağımsız bir yargı sistemi ve anlaşmaların uygulanması için yasal çerçeve çalışması, kamu fonlarının hesap verilebilir yönetimi, yasama organına karşı sorumlu bağımsız bir denetçi, hukuka ve insan haklarına saygılı bir hükümet, çoğulcu kurumsal bir yapı ve özgür bir basın “iyi yönetim”in gerektirdikleri olarak Dünya Banka tarafından sıralanmaktadır. Dünya Bankası, kamu hizmetlerinde verimliliğin sağlanması için rekabetin ve pazarların teşvikini, kamu teşebbüslerinin özelleştirilmesini, aşırı işgücü kullanımının azaltılmasını, kamu yönetiminin yerelleşmesini ve hükümet dışı

---

<sup>79</sup> Zabcı, a.g.m., s. 154, 156.

kuruluşların etkisinin artmasını; kısaca “iyi yönetim” ve “yeni kamu işletmeciliği” anlayışlarının birlikteliklerini gerekli görmektedir<sup>80</sup>.

Dünya Bankası, yerel yönetimlerin finansman sisteminin güçlendirilerek, merkezi yönetimden devraldıkları hizmet alanlarının finansmanında mali piyasalara doğrudan borçlanmasını savunmaktadır. Banka’ya göre, yerel yönetimlerin, kendi bütçe kaynakları olmalı ve merkeze bağımlılıkları kaldırılmalıdır. Personel ve ekipman açısından zayıf olmaları gerekçe gösterilerek de, yatırımları özel sektör eliyle yapmaları, yani yerelleşme yoluyla özelleştirme önerilmektedir<sup>81</sup>.

Hesapverebilirlik “iyi yönetim”in temel ilkelerinden biridir. Bundaki amacı, devletin keyfi uygulamalarını ve yolsuzluğu, kendi dayattığı programların dışına çıkılmasını engellemektir. Yani hesap verilecek kesim gösterilmek istendiği gibi vatandaşlar değil, ulusüstü kuruluşlardır. Banka’nın şeffaflıkla amaçladığı ise, özelleştirme faaliyetlerini ve kamu harcamalarını denetlemektir<sup>82</sup>.

Dünya Bankası’nın devleti reddetmek ve onu piyasa karşısında bir tehdit gibi konumlandırmak yerine, devlete piyasayı tamamlayıcı nitelikler kazandırarak rol değişikliğine gitmek istediği, 1993 tarihli “*East Asian Miracle*” ve 1997 tarihli “*The State in a Changing World*” Raporlarında da görülmektedir. Banka 1993 tarihli raporunda, Doğu Asya’daki ekonomik kalkınma modelinden esinlenerek gelişmekte olan ülkelerin asıl sorununu özel sektörün büyümesine elverişli bir ortam yaratmadaki yetersizlikleri ve başarısızlıkları olarak göstermekte ve böyle bir ortamın yaratılarak korunmasını da “piyasa dostu devlet” (market-friendly state) politikasıyla açıklamaktadır. 1997 tarihli raporunda ise, minimal devlet yerine “etkin devlet”i önermiştir. Etkin devlet tanımında yine piyasanın gelişmesi adına devletin katalizör rolüne vurgu yapılmış; ayrıca sürdürülebilir kalkınmanın gerçekleşmesinin ancak etkin devletin işlerliğine bağlı olduğu dile getirilmiştir. Buna göre etkin devlet kapasitesini en iyi şekilde kullanacak ve hukuk düzeninin kurulması, mülkiyet haklarının korunması, makro-istikrarın sağlanması, ticaret ve yatırımda

---

<sup>80</sup> R. A. W. Rhodes, “The New Governance: Governing Without Government”, **Political Studies**, Cilt: XLIV, 1996, ss. 652-667, s. 656.

<sup>81</sup> Seyhan Erdoğan, “Kamu Personel Rejiminde Uyarlanma”, **Kamu Yönetimi Temel Kanunu Sempozyumu (20 Kasım 2003- İTÜ Evi-Ankara)**, TMMOB, Ankara, 2004, ss. 68-84., s. 73.

<sup>82</sup> Zabcı, a.g.m., s. 166-167.

liberalizasyon, temel sosyal hizmetlerle alt yapı tesislerine yatırım yapılması gibi sınırlı görevlerini yerine getirecektir. Bu raporlardan çıkarılacak bir sonuç da, Dünya Bankası'nın neo-liberalizmin başarısızlıkları karşısında, onun tasfiyesinden çok yeniden yapılandırılması yönünde politika izlediğidir<sup>83</sup>.

Dünya Bankası, kâr amacı gütmeyen, yoksulların çıkarlarını kollayan, çevreyi koruyan, topluluk kalkınmasını destekleyen örgütler olarak ele aldığı sivil toplum örgütleriyle işbirliği halindedir. Banka için bu örgütlerin işlevi, yapısal uyum programlarının olumsuz sonuçlarını azaltmaktır. Bu olumsuz sonuçlar arasında baskıcı rejimler, sürekli artan borçlar, işsizlik ve yoksulluk gösterilebilir. 1980'lerin başında Üçüncü Dünya Ülkeleri'nin borcu 785 milyar dolarken, 1993'te 1,5 trilyon dolar olmuştur. Latin Amerika'da yoksul insan sayısı 1980'de 130 milyonken, 1990'ların başında 180 milyon olmuştur. Banka'nın 2000/2001 Dünya Kalkınma Raporu'nda geliştirdiği yoksullukla mücadele programına göre, devlet dışı örgütlere yoksulların kalkınmaya katılımını sağlama ve sosyal patlamaya dönüşebilecek hoşnutsuzlukları giderme misyonu yüklenmiştir. Banka, söz konusu örgütlerle hükümet arasındaki ilişkiyi sıkı tutmak ya da öyle göstermek için örgütlere doğrudan kredi vermek yerine, hükümetlere verdikleri kredilerden onların da yararlanmasını sağlamaktadır<sup>84</sup>.

Chossudovsky yoksulluğun küreselleşmesini, dünya ölçeğinde ucuz emeğe dayalı bir ihracat ekonomisinin “girdi”si olarak görmektedir. Dünya Bankası'nın yoksulluğun hafifletilmesi için yaptığı yardımların da, büyük bir toplumsal değişim riskini bastırmak amacını taşıdığını ve bu amacı gerçekleştirmek için çeşitli sivil toplum örgütlerinin işlev üstlendiğini belirtmektedir<sup>85</sup>.

Zabcı, Dünya Bankası'nın yoksulların kalkınma projelerine katılımının sağlanmak istenmesinin ardında farklı niyetlerin olduğunu dile getirmektedir. Ona göre bu katılımı amaçlanan, yoksulların aldıkları hizmetin karşılığını ödeyerek müşteri haline gelmelerini ve serbest piyasaya dahil edilmelerini sağlamaktır. Bu,

---

<sup>83</sup> Güzelsarı, “Neo-Liberal Politikalar ve...”, a.g.m., s. 26-28.

<sup>84</sup> Zabcı, a.g.m., s. 155, 172, 174.

<sup>85</sup> Michel Chossudovsky, **Yoksulluğun Küreselleşmesi: IMF ve Dünya Bankası Reformlarının İçyüzü**, (Çev. Neşenur Domaniç), Çivi Yazıları, İstanbul, 1999, s. 78-79, 91.

yoksulların kalkınma projelerine işgücü olarak katılmalarıyla gerçekleşmektedir. Örneğin; bir köye yol yapılacaksa oranın köylüleri işgücü olarak kullanılacak, yoksullar için ev yapılacaksa yoksullar ev inşasında çalışacaklardır. Böylece bir yandan normal bir işçiye ödenecek ücretten daha azının onlara ödenmesiyle işgücü maliyetleri düşürülmüş olacak, bir yandan da katılımcı demokrasinin gerçekleştiği görüntüsü verilecektir<sup>86</sup>.

IMF ve Dünya Bankası, Türkiye’de 21 Şubat 2001 tarihli ekonomik krizle hızla tırmanan işsizlik ve yoksulluğun sosyal gerilimi arttırması riskine karşı bazı önlemler almıştır. 2002 bütçesinde sağlık ve eğitim gibi sosyal harcamalara ayrılan pay arttırılmış, Dünya Bankası onaylı “Sosyal Riski Azaltma Projesi” 11 Eylül 2001’de başlatılmıştır. Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu’nun uygulayıcısı olduğu bu projenin, Banka’nın yoksullukla mücadele programıyla uyumlu olduğu dikkati çekmektedir. Uygulanması için Banka’dan 5 yıl ödemesiz 15 yılda ödeme koşuluna bağlı 500 milyon dolar kredi alınan projenin amacının, Şubat krizinin yoksullar üzerindeki olumsuz etkisini azaltmak olduğu yönündeki iddialar basında yer almıştır.

Dünya Bankası’nın politikaları arasında çelişki olduğu ileri sürülebilir. Uygulanan ekonomik programlar gelişmekte olan ülkelerde kamu harcamalarının, dolayısıyla eğitim ve sağlık hizmetlerinin kısılmasına neden olmaktadır. Ancak daha sonra, yoksulluğu azaltma projeleriyle eğitim ve sağlık için Banka tarafından kredi verilmektedir. Ülkeler bu kredileri ödemek için tekrar kamu harcamalarını kısımlamaktadır. Bu şekilde devam eden kısır döngü, daha önce bahsedilen borç zincirine işaret etmektedir<sup>87</sup>.

Dünya Bankası, yoksulluğu azaltmak gerekçesiyle yolsuzlukla mücadele politikası da geliştirmiştir. Dünya Bankası, yolsuzluğu bir yönetim sorunu olarak ele almış ve kamu kaynaklarının özel çıkarlar için kötüye kullanılması şeklinde tanımlamıştır. Dünya Bankası’na göre, kendisine borçlanan gelişmekte olan

---

<sup>86</sup> Zabcı, a.g.m., s. 175-176.

<sup>87</sup> Filiz Çulha Zabcı, “Sosyal Riski Azaltma Projesi: Yoksulluğu Azaltmak mı, Zengini Yoksuldan Korumak mı?”, **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi**, Sayı: 58[1], Ocak-Mart 2003, ss. 215-239, s. 215, 217, 219.

ülkelerde yolsuzlukların maliyeti yüksek olmaktadır. Çünkü yolsuzluklar, firmaları kayıt dışı ekonomiye iterek, yabancıların doğrudan yatırımlarını azaltarak, küçük girişimcilerin büyümesini engelleyerek makroekonomik istikrarı bozmakta, çevre sorunlarına yol açmakta ve yoksulları olumsuz yönde etkilemektedir.

Dünya Bankası, sürdürülebilir kalkınmanın devamı ve yardım programlarının amacına ulaşması için yolsuzlukla mücadelenin gereğine inanmış ve yolsuzluklar engellenmeden yoksulluğun azaltılamayacağını ileri sürmüştür. 1999 yılında Banka'nın dönem başkanı James D. Wolfensohn yaptığı bir konuşmada şunları dile getirmiştir:

*“Finansal krizlerin ve yoksulluğun tek ve aynı nedeni vardır. Ülkelerin güçlü para ve maliye politikaları olabilir; ancak iyi bir yönetimleri (governance) yoksa, yolsuzlukla mücadele etmiyorlarsa, insan haklarını, mülkiyet haklarını ve sözleşme haklarını koruyan tam bir hukuksal sistemleri yoksa...bu ülkelerin gelişmesi eksik kalacak ve tamamlanamayacaktır”<sup>88</sup>.*

Dünya Bankası'nın Ekonomik Gelişme Enstitüsü, Uluslararası Şeffaflık Örgütü ile 1995'te yolsuzlukla mücadele programlarını yürütmeye başlamıştır. Banka bu mücadeleler çerçevesinde ülkelere deregülasyon, yerelleştirme, liberalleşme, tekellerin kırılması, özelleştirme, duyarlı sivil toplum örgütleri, devlet dışı örgütlerle işbirliği, hesap verebilir kamu yönetimi için denetçiler, yargının güçlendirilmesi, atamaların liyakat sistemine göre yapılması gibi önerilen diğer programlarla ve küreselleşmenin anahtar sözcükleriyle uyumlu tavsiyelerde bulunmaktadır<sup>89</sup>. Aslında bunlar tavsiye değil dayatma niteliği taşımaktadır; zira Banka'nın gerek yönetim gerek yolsuzlukla ve yoksullukla mücadele politikalarının gereklerini yerine getirmeyen ülkeler, kredilerin kesilmesi riskiyle karşı karşıya bırakılmaktadır.

---

<sup>88</sup> Selçuk Akçay, “Yolsuzlukla Mücadele: Dünya Bankası'nın Rolü”, **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt: 37, Sayı: 3, Eylül 2004, ss. 111-120, s. 114-115.

<sup>89</sup> y.a.g.m., s. 116-118.

### 1.4.3. Dünya Ticaret Örgütü

Örgütü kuran Marakeş Anlaşması'nda örgütün amaçları; hayat standardının yükseltilmesi, tam istihdamın sağlanması, dünya kaynaklarının sürdürülebilir kalkınma hedefine uygun olarak kullanılması, çevrenin korunması, ticaret önündeki engelleri ortadan kaldıran karşılıklı anlaşmalar yapma, çok taraflı ticaret sistemini geliştirme şeklinde sıralanmaktadır<sup>90</sup>.

Küreselleşme sürecinin etkili uluslararası kuruluşlarından biri olan Dünya Ticaret Örgütü incelendiğinde, özellikle hizmet sektörünün liberalleşmesi noktasında önemli bir yeri olan GATS göze çarpmaktadır. GATS (The General Agreement on Trade in Services- Hizmet Ticareti Genel Anlaşması), GATT kapsamında 1986-1994 yıllarında yapılan Uruguay Görüşme Turunda kabul edilerek imzalanan ve GATT'a dahil edilen, daha sonra Dünya Ticaret Örgütü bünyesine aktarılmış olan, hizmet ticaretini düzenleyen çok taraflı anlaşmadır.

GATS, sınır ötesi ticaret ve yatırımların yanı sıra, bir hizmetin yerine getirilmesiyle bağlantılı tüm sektörleri (hizmet ve mal üretim sektörleri) de kapsayan bir "hizmet yatırımları ve hizmet ticareti anlaşmasıdır". Eğitim, sağlık, ulaşım, telekom, posta, inşaat, turizm, finans, su iletimi GATS'ın kapsamında olan bazı hizmet alanlarına örnek olarak verilebilir. Bu hizmet sektörlerinin serbest piyasaya açılmasını öngören GATS'ı imzalayan devletlerden beklenen, bu sektörlerin özelleştirilmesi ve devlet müdahalesinin kaldırılmasıdır. Dünya ekonomisinin %60'ını, ABD ekonomisinin % 70'ini hizmet sektörünün oluşturduğu; dünya sağlık sektörünün 3,5 trilyon dolar, eğitim sektörünün 2 trilyon dolar ve su hizmetlerinin 1 trilyon dolarlık birer "pazar" olduğunu düşünmek GATS'ın kapitalizme ne büyük getirilerde bulunacağını anlamak açısından önemlidir<sup>91</sup>. Gelişmekte olan ülkelerde kendisine pazar yaratmak isteyen ulusötesi sermaye, IMF ve Dünya Bankası'nın uyum programları ve kredilerinin yansısı GATS'ı kullanarak devlet hizmetlerini kendi yararına olacak şekilde dönüştürmeye çalışmaktadır.

<sup>90</sup> Nil Karaca, "GATT'tan Dünya Ticaret Örgütü'ne", **Maliye Dergisi**, Sayı: 144, Eylül-Aralık 2003, ss. 84-99, s. 88.

<sup>91</sup> *GATS'in Yıkıcılığı*, Erişim: 05.04.2004, <http://www22.brinkster.com/otonomcular/GATS/gats.htm>

Türkiye'nin imza koyduğu GATS, 25 Şubat 1995 tarihinde TBMM'de onaylanan ve 26 Mart 1995 tarihi itibarıyla resmi olarak yürürlüğe giren Dünya Ticaret Örgütü üyeliği ile birlikte yürürlüğe girmiştir. 2002 yılı sonuna kadar anlaşmanın geliştirilmesi ve ulusal uyum süreçleriyle ilgili görüşmelerin sürdürülerek, 2003 yılı itibarıyla bir rejim olarak uygulanması hedeflenmiştir<sup>92</sup>. Nitekim, 31 Mart 2003 tarihinde hangi hizmet sektörlerinin sermayeye açılacağı konusundaki taahhütler hükümet tarafından Dünya Ticaret Örgütü'ne bildirilmiş; ancak taahhütlerin içeriği kamuoyuna açıklanmamıştır<sup>93</sup>.

Diğer ülkelerle benzer şekilde faaliyetlerini gizlilik içinde yürütmeye çalışan Türkiye, GATS ile hemen hemen tüm kamu hizmet alanlarının özelleştirileceği sözünü vermiş olmaktadır. Türkiye'nin GATS kapsamında sunduğu Hizmetler Taahhüt Listesi, sunulan teklifler içinde en kapsamlısı olmuştur. Türkiye, GATS'ın sektörel sınıflandırma listesinde yer alan 155 hizmet faaliyetinden aşağıdakiler için özel taahhütlerde bulunmuştur<sup>94</sup>:

**1) Mesleki Hizmetler**

- a) Uzmanlık gerektiren meslekler
- b) Bilgisayar ve ilgili meslekler
- c) Diğer mesleki hizmetler

**2) Haberleşme Hizmetleri**

- a) Posta hizmetleri
- b) Kurye hizmetleri
- c) Telekomünikasyon hizmetleri

**3) İnşaat ve ilgili mühendislik hizmetleri**

**4) Eğitim Hizmetleri**

- a) İlk, orta ve diğer öğretim hizmetleri
- b) Yüksek öğretim hizmetleri

**5) Çevre Hizmetleri**

- a) Kanalizasyon hizmetleri

<sup>92</sup> *Sermaye Küreselleşirken Küçültülen Kamu*, Erişim: 24.04.2004, [www.egitimsen.org.tr/bilgibelge/kucultulenkamu.html](http://www.egitimsen.org.tr/bilgibelge/kucultulenkamu.html)

<sup>93</sup> Kazım Yazırhoğlu, "Kamu Reformu Tartışmaları", **Mürekkep**, Sayı: 23, 2003, ss. 7-17, s. 9.

<sup>94</sup> *Turkey-Schedule Of Specific Commitments (15.04.1994)*, Erişim: 24.04.2004, [http://www.wto.org/english/tratop\\_e/serv\\_e/serv\\_commitments\\_e.htm](http://www.wto.org/english/tratop_e/serv_e/serv_commitments_e.htm).

- b) Çöplerin kaldırılması hizmetleri
- c) Sağlık-çevre ve benzeri hizmetler

#### **6) Mali Hizmetler**

- a) Sigortacılık ve ilgili hizmetler
- b) Bankacılık ve diğer mali hizmetler

#### **7) Sağlıkla İlgili Sosyal Hizmetler**

Hastane hizmetleri

(Bu kategori altında Sağlık Bakanlığı'nın izninin alınmasıyla yabancılar tarafından da özel hastaneler kurulabileceği ibaresi yer almaktadır.)

#### **8) Turizm ve Seyahatla İlgili Hizmetler**

- a) Oteller ve lokantalar
- b) Seyahat acentaları ve tur operatörü hizmetleri

#### **9) Ulaştırma Hizmetleri**

- a) Deniz taşımacılığı hizmetleri
- b) Hava taşımacılığı hizmetleri
- c) Demiryolu taşımacılığı hizmetleri
- d) Kara taşımacılığı hizmetleri

GATS çerçevesinde kamusal hizmetlerin özelleştirilmesinin hizmetlerin maliyetlerini yükselterek vergi yükünü arttıracacağı; toplumsal vergi yükünün sabit kalması halinde hizmet üretim miktarının kısıllacağı; hizmetin kalitesinin erozyona uğrayacağı veya emek faktörü üzerindeki sömürünün artacağı savunulmaktadır<sup>95</sup>.

#### **1.4.4. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü**

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD), her yıl dünya ekonomisindeki gelişmeleri ve üyelerinin ekonomik ve mali politikalarını gözden geçiren, geleceğe yönelik beklentiler konusunda araştırmalar yapıp raporlar yayınlayan ve geleneksel olarak ABD'nin önderlik rolünü üstlendiği uluslararası kuruluşlardan biridir. Ancak OECD'nin işlevi bu kadarla sınırlı değildir. Dış yardımlar geliştirmekte olan ülkelere OECD içindeki Kalkınma Yardımları Komitesi kanalıyla verilmektedir. Böylece, yardımların tutarı, geri ödeme koşulları gibi

---

<sup>95</sup> İzzettin Önder, "GATS ve Kamu Hizmetleri" (Kamu Yönetimi Uzmanları Derneği 17 Nisan 2002 Etkinliği), **Mülkiye**, Cilt: XXVI, Sayı: 235, Temmuz-Ağustos 2002, ss. 65-75, s. 74.



konularda üye ülkeler bakımından ortak ilkeler belirlenmektedir. Ayrıca, OECD bünyesinde, çevre kirliliği, enerji sorunu, sermaye hareketleri, ticaretin serbestleştirilmesi, bilim ve eğitim, istihdam gibi çalışmalar yapmak için çeşitli komiteler bulunmaktadır<sup>96</sup>. İşlevlerine bakıldığında OECD'nin diğer uluslararası kuruluşlar IMF ve Dünya Bankası ile işbirliği içinde hareket ettiğini söylemek hiç de zor olmayacaktır.

OECD, piyasaya ve kamu işletmeciliği prensiplerine dayalı etkili bir düzenleme yönteminin kurulması için düzenleyici reformlar üzerinde çalışmaktadır. Düzenleyici reformlar, tüketici faydasını ve rekabeti arttırmada, esnek yapıları oluşturmada önemli görülmektedir. OECD'nin Türkiye'ye yönelik dokümanları, kamu yönetimiyle ilgili taslakların, kaldırılan ya da yeni kurulan kurumların, ortaya konan projelerin önemli esin kaynaklarını oluşturmaktadır<sup>97</sup>.

1995 yılında OECD ülkeleri tarafından gizlilikle hazırlanan MAI (Multilateral Agreement on Investments-Çok Taraflı Yatırım Anlaşması) uluslararası hukukun, uluslararası kapitalizme uyumlu hale getirilmesini sağlayan yönüyle küreselleşmenin anayasası olma özelliği taşımaktadır. Önce Uruguay Round'da ele alınmak istenen MAI taslağı, GOÜ'lerden gelen itirazlar üzerine "zenginler kulübü" olarak nitelendirilen OECD bünyesine alınmıştır. Görüşmeler gizlilik içinde yürütülmesine rağmen, Hollywood piyasası karşısında endişe duyan Fransız sinemacıları tarafından öğrenilen taslak kamuoyuna sızdırılmıştır. Koşulları gelişmiş ülkeler için bile ağır olan taslağa ABD ve Fransa da karşı çıkmıştır. Taslak Aralık 1998'de Dünya Ticaret Örgütü bünyesine aktararak geçici bir süre rafa kaldırılmıştır<sup>98</sup>.

Ulusal sektörlerin tümünün çokuluslu şirketlere açılmasını, ulusal düzenlemelerin kendisiyle uyumlu hale getirilmesini ve yabancı yatırımların her türlü ulusal ayrıcalıktan yararlanmasını öngören MAI, yatırımların serbestleşmesi adına ÇUŞ'ların hükümetler üzerindeki gücünü arttırmaktadır. MAI yatırımcılara yeni

<sup>96</sup> Halil Seyidoğlu, **Uluslararası İktisat**, Güzem Yayınları, 14 . Baskı, İstanbul, 2001, s. 258, 260.

<sup>97</sup> Ozan Zengin, "Türkiye Cumhuriyeti Kamu Yönetiminde Dönüşüm ve OECD Etkisi", **Mülkiye**, Cilt: XXVII, Sayı: 241, Güz/2003, ss. 233-263, s. 245, 262.

<sup>98</sup> Baskın Oran, **Küreselleşme ve Azınlıklar**, İmaj Kitabevi, 4. Baskı, Ankara, 2001, s. 35-37.

haklar vermekle birlikte, gittikleri ülkelerin sosyal ve çevresel sorumluluklarını yüklenmeleri bir mekanizma oluşturmamıştır. Dolayısıyla, MAI'nin kabulü sosyal, ekonomik ve çevresel hakları radikal olarak zedeleyecektir.

Ulus-devletin üzerine çıkan ve sermayede tam bir liberalizasyon sağlayarak, küreselleşmeyi yaygınlaştırmayı amaçlayan MAI, yaşama geçirilememiştir. Ancak MAI'nin bir alt basamağı olan MIGA'yı (Multilateral Investment Guarantee Agency- Çok Taraflı Yatırım Garanti Ajansı) kuran ve garanti sahibi yabancı şirketleri, elde edeceği önemli bir çıkardan mahrum edecek idari ve hukuki önlemler alınmayacağı, onların karşılaşacakları her türlü risklere karşı 15 yıl sigorta edileceği gibi maddeler içeren anlaşma imzalanmıştır<sup>99</sup>.

#### 1.4.5. Çokuluslu Şirketler

Çokuluslu şirketler, ulusötesi yatırım kararı alabilen, üretim zincirini ulusötesine taşıyarak farklı ülkelerde faaliyet gösteren ve bu ülkelerde bağlı şirketler oluşturan Unilever, Deutsche Bank, BP, Ericsson, Nike gibi büyük firmalardır. Küresel kapitalizmin ve uluslararası sermayenin itici gücü oldukları için küresel firmalar olarak nitelendirilirler. Bu küresel firmalar, mal ve hizmet ticaretinde, sermaye hareketlerinde serbestleşmeyi, her sektörde özelleştirmeyi savunmaktalar ve ulusötesi faaliyetlerini gerçekleştirmek için gerekli ekonomik ve siyasi ortamı hazırlamaktadırlar. Gelişmekte olan ülkelerin küresel pazarda uluslararası sermayeye ucuz ve örgütsüz işgücü, vergi teşvikleri, çevre denetiminden muafiyet sunmakta birbiriyle rekabet halinde bulunması, bu ülkelerde esnek çalışma biçimlerinin yaygınlaştırılmasına, taşeron işletmelerde ve evlerde istihdam edilen işçi sayısının artmasına, sosyal harcamaların azaltılmasına, sendikaların zayıflamasına, iş kanunlarının etkinliğini kaybetmesine yol açmaktadır. Böylece, küresel sermaye için gerekli ortam hazırlanmış olmaktadır.

IMF, WB, WTO, OECD gibi uluslararası mali kuruluşların sermayenin küreselleşmesini hedef alan benzer söylemleri ve hedefleri adeta çokuluslu şirketlere hizmet etmektedir. Söz konusu kuruluşların özelleştirme, mal, hizmet ve sermaye

---

<sup>99</sup> Filiz Giray, "Çok Taraflı Yatırım Anlaşması (MAI) ve Alternatif Öneriler Üzerine Bir Değerlendirme", **Mülkiye**, Cilt: XXVII, Sayı: 240, Yaz 2003, ss. 135-160, s. 154-157.

hareketlerinde serbestleşme, işgücünün esnekleşmesi şeklindeki politikaları ÇUŞ'ların konumunu daha da güçlendirmektedir. Çokuluslu şirketlerin insan hakları, işçi hakları ve çevrenin korunması konularında sosyal sorumluluk yüklenmesinin ardındaki nedenler incelendiğinde, Dünya Bankası'nın yoksullukla ve yolsuzlukla mücadeleye ilişkin politikaları arasında bir uyumun varlığı sezilecektir. ÇUŞ'lar bu tür sosyal sorumluluklar yüklenerek, küreselleşme karşıtı grupların taleplerini karşılamakta ya da karşılar gözükmektedir. Böylece, karşıt grupların yaratacağı olası bir patlamayı engellemek istemektedir<sup>100</sup>.

Çokuluslu şirket yerine “global şirket” kavramını kullanmayı tercih eden Arıboğan'a göre bu şirketlerin dünya ticaret hacmini arttırmak, teknolojik yenilikler getirmek ve bunları GOÜ'lere dağıtarak modernizasyonu kolaylaştırmak, istihdam yaratmak gibi olumlu yanlarının yanı sıra; üretimi tekelleştirmek, enflasyona katkıda bulunacak kartellerin yaratılmasına ortak olmak, çalışan ücretlerini sınırlamak, yerel elitlerin refahını fakirlerin aleyhine arttırmak, ulus-devletin otonomisini tehlikeye atmak, zengin ve fakir uluslar arasındaki uçurumu genişletmek gibi olumsuz yanları da bulunmaktadır<sup>101</sup>.

Ulus-devletlerle yaptıkları sıkı pazarlıklar, ÇUŞ'ların sahip oldukları gücün göstergesidir. Çünkü dev sermayeli bu kuruluşlar, yatırım yapmadan önce azami kâr elde edebilecekleri ortamın yaratılması amacıyla ulus-devletten vergi indirimi, en iyi alt yapı hizmetleri, disiplinli ve ucuz işgücü talebinde bulunmaktadır. Bu, sermayenin en az maliyetle rekabet gücünü en üst düzeye çıkarmak isteğinin bir sonucudur. Ulus-devletin bu durumdan sağlayacağı yarar istihdam yaratılarak işsizliğin önlenmesi gibi gözükse de, gerçekte bir emek sömürüsünün varlığı tartışması doğmaktadır<sup>102</sup>. ÇUŞ'ların talepleri hükümetlerin adım adım sosyal hakları kısıması ve emek piyasasının esnekleşmesi yolunu açmıştır. Yarı-zamanlı ya da geçici işçi çalıştırma, işçi sayısında konjonktüre göre işverenin istediği gibi değişim

---

<sup>100</sup> Seyhan Erdoğan, “Çokuluslu Şirketler, İşçi Hakları ve Sosyal Sorumluluk”, **Mülkiye**, Cilt: XXVII, Sayı: 239, Mart-Nisan-Mayıs 2003, ss. 141-164, s. 142, 144-145, 153.

<sup>101</sup> Deniz Ülke Arıboğan, **Globalleşme Senaryosunun Aktörleri**, Der Yayınevi, 3. Baskı, İstanbul, 2001, s. 175.

<sup>102</sup> Andre Gorz, **Yaşadığımız Sefalet**, (Çev. Nilgün Tural), Ayrıntı Yayınları, İstanbul, 2001, s. 15'ten aktaran Fethulah Akın, “Küreselleşme, Kuzey-Güney ve Yoksulluk”, **Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt: 6, Sayı: 2, Kış 2004, ss. 81-94, s. 85.

yapabilme, taşeronlaştırma yoluyla büyük firmaların daha önce işlerinde yürüttükleri işleri sendikasız işçiyle çalışan küçük çaplı firmalara devretmeleri kaçınılmaz uygulamalar olarak devreye sokulmuştur<sup>103</sup>.

---

<sup>103</sup> Gülten Kazgan, **Küreselleşme ve Ulus-Devlet: Yeni Ekonomik Düzen**, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 3. Baskı, İstanbul, 2002, s. 210-211.

## İKİNCİ BÖLÜM

### TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK SİSTEMİNE GENEL BİR BAKIŞ

#### 2.1. Sağlık Kavramı

Sağlık insanlık tarihinin gelişimi ile beraber kapsamı değişen, gelişen ve bireyden bireye, toplumdaki topluma farklı şekillerde algılanmış bir kavramdır. Önceleri “hasta olmama” durumuyla ilişkilendirilerek sadece bireyin fizyolojik yapısındaki göstergelerle tanımlanmaya çalışılan, sosyal ve psikolojik yönden ele alınmayan sağlık, zaman içerisinde çevresel, sosyal ve psikolojik etkenlerin de üzerinde belirleyici olduğu kabul edilen bir olgu olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. Günümüzde bireyin sağlığı hem fizyolojik hem de ruhsal yönden inceleme konusu olmuştur.

*“Sağlık bir canlının kendi hücresel çekirdeğinde şifreli bütünlüğünü ve kararlılığını korumak yolunda oluşmuş maddesel örgütlenişinin bir bozukluk olmaksızın çalışması ve aynı canlının daha üst düzeyde bir örgütlenişini başarabilmesi sürecidir”<sup>1</sup>.*

Hemen her bilim dalının kendine göre yapmış olduğu farklı sağlık tanımları olmakla beraber bugün benimsenmiş olan en genel tanım Birleşmiş Milletler (BM) Dünya Sağlık Örgütü (WHO) nün 1978 Alma-Ata Konferansı'nda geliştirmiş olduğu tanımdır. Bu tanıma göre:

*“Sağlık, sadece hasta veya sakat olmama hali değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi olma halidir”<sup>2</sup>.*

Tanımdan da anlaşıldığı üzere sağlık, fizyolojik ve ruhsal bütünlük içerisinde iyi olmayı ifade etmektedir.

---

<sup>1</sup> İlker Belek, Erhan Nalçacı, Hamza Onuroğulları ve Fatma Ardiç, **Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi**, Sorun Yayınları, 2. Baskı, İstanbul, 1998, s. 25.

<sup>2</sup> Erdinç Ünsal, “Sağlık Mal ve Hizmetlerinde Piyasa Aksaklıkları”, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2000, s. 13.

## 2.2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Sağlık hizmetleri kavramı, 1961 tarih ve 224 sayılı *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun*'un 2. maddesinde şöyle tanımlanmıştır:

*“Sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, beden ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetlerdir”*<sup>3</sup>.

Sağlık hizmetlerine ilişkin bir başka tanım da şöyledir:

*“kişilerin ve toplumların sağlığını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüdür”*<sup>4</sup>.

Sağlık hizmetlerinin amaçları, tanımın içeriğinden de anlaşılacağı gibi; kişilerin hasta olmamalarını sağlamak, korumaya rağmen hastalananların tedavisini yapmak ve sakatların kendine yeter biçimde yaşamalarını sağlamak şeklinde sıralanabilir.

1978 tarihli konferansta “temel sağlık hizmetleri (TSH)” kavramı da ortaya konmuştur. Konferans sonunda yayınlanan bildiriye göre temel sağlık hizmetleri şu şekilde tanımlanmıştır:

*“Bir toplumdaki birey ve ailelerin geneli tarafından kabul görecektir ve onların tam katılımı sağlanarak, devlet ve toplumca karşılanabilir bir bedel karşılığında verilen sağlık hizmetleridir. Sağlık hizmetlerinin çekirdeğini oluşturan TSH toplumsal ve ekonomik kalkınmanın vazgeçilmez bir parçasıdır. TSH, ulusal sağlık hizmeti sisteminin, insanların yaşadığı ve çalıştığı yerlerin olabildiğince*

---

<sup>3</sup> *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (1961 tarih ve 224 sayılı)*, Erişim: 12.01.2006, <http://www.istabip.org.tr/YASA/sosyalk.html>

<sup>4</sup> A. İlhan Oral, **Dünyada ve Türkiye’de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları**, T.C. Anadolu Üniversitesi Yay. No: 1331, İ.İ.B.F. Yay. No: 174, Eskişehir, 2002, s. 37.

*yakınında ve ilk başvuru yeri olan, sağlık hizmeti zincirinin birinci halkasını oluşturur”<sup>5</sup>.*

Bireylere ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, ilk yardım hizmetleri, acil tedavi hizmetleri, evde-ayakta bakım ve tedavi hizmetleri, hasta gönderme ve sonuçlarını izleme hizmetleri, adli hekimlik hizmetleri ve yönetimle ilgili hekimlik hizmetleri Türkiye’deki temel sağlık hizmetleri kapsamında sıralanmaktadır<sup>6</sup>.

### **2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması**

Sağlık hizmetleri temel olarak üç sınıfta incelenebilmektedir. Bunlar, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleridir. Genellikle bu ana sınıflandırma içinde de alt sınıflandırmaya gidilmektedir.

#### **2.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Birinci basamak sağlık hizmetleri de denilen koruyucu sağlık hizmetleri, sağlıklı insanlara onların hastalanmalarını önlemek, yani sağlığını korumak ve sağlığı geliştirmek için sunulan hizmetlerdir. Bu hizmetler, kamu sağlığını ilgilendiren, bireylerin yararlanabilmek için kişisel başvurusunu gerektirmeyen türde hizmetlerdir. Bireylerin birbirlerine rakip olmaksızın yararlandıkları koruyucu hizmetler, hastalık bulaşma olasılığını azaltarak toplum için ortak bir fayda doğurduklarından kamusal hizmet görünümündedirler<sup>7</sup>.

Koruyucu sağlık hizmetleri iki grupta incelenmektedir.

---

<sup>5</sup> Osman Hayran, “Sağlık Hizmetleri”, **Sağlık Hizmetleri El Kitabı**, (Der. Osman Hayran ve Haydar Sur), Yüce Yayın, İstanbul, 1998, ss. 15-32, s. 27.

<sup>6</sup> Uysal Kerman, “1980 Sonrası Siyasal İktidarların Sağlık Politikaları”, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta, 1999, s. 80.

<sup>7</sup> Şaban Ertekin, “1980 Sonrası Dönemde Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması ve Finansmanı Sorunu”, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2000, s. 8.

### **2.3.1.1. Bireye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Kişileri, dolayısıyla toplumu hastalıklara karşı dirençli ve güçlü kılmayı; hastalanmaları halinde ise erken dönemde teşhis konularak hasarsız veya en az hasarla tedavi etmeyi sağlayan hizmetlerdir. Bağışıklık kazandırmak için aşılama yapma, bireylerin uygun beslenmesini sağlama, sağlık eğitimi, aile planlaması, okul sağlığı, erken teşhis ve bu amaçla yapılan periyodik muayene bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri içinde değerlendirilmektedir.

### **2.3.1.2. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Çevredeki olumsuz biyolojik, fiziksel ve kimyasal faktörleri yok ederek, düzelterek ya da insanları etkilemelerini önleyerek kişilerin sağlıklarını koruyabilmeyi anlatan çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, katı ve sıvı atıkların kontrolü, kanalizasyon hizmetleri, temiz hava ve su temini, gıda sağlığı, haşerelerle mücadele gibi hizmetleri kapsamaktadır<sup>8</sup>. Bu tür hizmetler çeşitli mesleklerin işbirliğini gerektirmektedir. Sağlık Bakanlığı, çevreye yönelik hizmetlerde genellikle danışmanlık, eğitim ve denetim işlevlerini üstlenmektedir<sup>9</sup>.

Koruyucu sağlık hizmetlerine önem ve öncelik verilmesi, hem toplumun sağlık güvenliğine katkı hem de tedavisi daha masraflı olan hastalıkların engellenmesinde rol oynayarak sağlık harcamalarından tasarruf sağlar. Çünkü koruyucu sağlık hizmetlerinin maliyetleri, hastalıkların ortaya çıkmasından sonra katlanılan maliyetlerden düşük kalmakta, sağladığı toplumsal fayda ise daha yüksek olmaktadır.

### **2.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri**

Hastalığın ortaya çıkmasından sonra, hastalığın muayene ve tedavisini içeren hizmetlere tedavi edici sağlık hizmetleri denilmektedir<sup>10</sup>. Tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha büyük organizasyon ve maliyet gerektiren hizmetler olmakla birlikte koruyucu sağlık hizmetleri gibi pozitif

---

<sup>8</sup> Ertekin, a.g.e., s. 10.

<sup>9</sup> Oral, a.g.e., s. 38-39.

<sup>10</sup> y.a.g.e., s. 39.



dışsallıklara sahip bulunmaktadır<sup>11</sup>. Dışsallık, bir ekonomik birimin faaliyetinden başka birimlerin olumlu ya da olumsuz etkilenmesidir. Eğer söz konusu etkilenme olumlu ise pozitif dışsallık, olumsuz ise negatif dışsallıktan bahsedilmektedir. İşte bir bireyin bulaşıcı bir hastalığı nedeniyle gördüğü tedavi edici sağlık hizmetleri, hasta bireyin yanı sıra yarattığı pozitif dışsallık sayesinde diğer bireyler için de fayda oluşturmaktadır.

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin serbest piyasa şartları bakımından cazip oluşu nedeniyle, özel sektör tarafından üretilmesi tercih edilen sağlık hizmeti türü olduğu da belirtilmelidir. Çünkü hasta olan bir kişinin sağlığına kavuşmak için harcama yapmaktan kaçınmayacağı bilinir. Oysa koruyucu sağlık hizmetleri için bireylerin tek tek harcama yapmak istemeyeceği açıktır. Ayrıca tedavi amaçlı kullanılan ilaç ve tıbbi araçların da sermayeye kâr sağlayıcı birer sektör olarak görüldüğü göz önünde bulundurulduğunda, tedavi edici sağlık hizmetlerinin niçin özel kesim için cazibe alanı olduğunu anlamak zor olmayacaktır. Özel sektör kâr elde edemediği alanda hizmet sunmak istemez; çünkü özel sektörün doğasında kârını maksimize etme isteği vardır.

Tedavi edici sağlık hizmetleri dört grupta incelenebilmektedir.

### **2.3.2.1. Kendi Kendine Bakım**

Hastanın kendi kendini iyileştirmeye çalışması ya da yakınlarının ve çevresindekilerin hastayı iyileştirmeye çalışması amacıyla yapılan tedavilere kendi kendine bakım denilmektedir. Bu amaçla evde yapılan ilaçlar ya da eczaneden alınan ilaçlar kullanılmaktadır<sup>12</sup>.

### **2.3.2.2. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri**

Birinci basamak tedavi hizmetleri, hastanın ilk başvurduğu hekim tarafından muayene ve tedavi edilmesini içermektedir. Genellikle hastaların hastanelere başvurmadan önce başvurup, gerekli görüldüğünde hastanelere gönderildikleri sağlık

---

<sup>11</sup> Ertekin, a.g.e., s. 171.

<sup>12</sup> Kayıhan Pala, "2000'e Doğru Türkiye'de Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Genel Durumu", **Toplum ve Hekim**, Cilt: 10, Sayı: 68, Temmuz-Ağustos 1995, ss. 64-75, s. 64.

kuruluşları tarafından verilen hizmetleri kapsayan birinci basamak tedavi hizmetleri; ilk yardım sağlık hizmetleri, acil tedavi hizmetleri, sağlık kontrolü, ambulans hizmetleri, ayakta tanı ve tedavi hizmetleri, evde bakım hizmetleri ve hasta sevk ve izleme hizmetleri gibi hizmetlerden oluşmaktadır<sup>13</sup>.

Sağlık ocakları, ana çocuk sağlığı merkezleri, aile planlaması merkezleri, tüberküloz dispanserleri koruyucu sağlık hizmetlerinin yanı sıra birinci basamak tedavi hizmetlerini de veren sağlık kuruluşları olup, yataklı tedavi kuruluşları olan hastaneler önünde birer filtre görevi görmektedir. Ancak uygulamada birinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşların, malzeme ve personel eksikliği, personelin motive olamayışı, yer seçiminde hatalar, kuruluşların birbirine entegre olmaması, sevk zincirinin işletilememesi gibi sebeplerle etkin ve verimli hizmet sunamadıkları ve onların hizmet yükünü de ikinci basamak sağlık kuruluşları olan hastanelerin yüklendiği, bunun sonucunda da hastanelerin yetersiz kaldığı, aşırı merkeziyetçilik, profesyonel hastane yöneticiliğinin gelişmemesi, nedenleriyle verimsiz çalıştığının tespit edildiği yönünde görüşler bulunmaktadır<sup>14</sup>. Türkiye’de sıklıkla sağlık ocaklarından önce ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmeti sunan hastanelere başvurulması ve buraların poliklinik olarak kullanılmasından kaynaklı yığılmaların yaşanması söz konusudur. Oysa hastanelerin temel görevi poliklinik hizmeti sunmak değil, yataklı tedavi hizmeti sunmaktır.

### **2.3.2.3. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri**

Hastalıkları birinci basamak tedavi hizmeti ile giderilemeyen hastaların, hastanelere sevk edilmeleri sonucu, uzman hekimler tarafından yatırılarak muayene ve tedavi edilmeleri hizmetlerini kapsamaktadır<sup>15</sup>.

### **2.3.2.4. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri**

Uzmanlık gerektiren bir tedaviye gereksinim duyulduğunda, ileri teknoloji ile çalışan ve belirli alanlarda uzmanlık kazanmış ihtisas hastanelerince verilen sağlık

---

<sup>13</sup> Nurcan Turan, **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar: Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanakları**, T.C. Anadolu Üniversitesi Yay. No: 1555, İ.İ.B.F. Yay. No: 182, Eskişehir, 2004, s. 12-13. Ertekin, a.g.e., s. 12, 45.

<sup>14</sup> Ertekin, a.g.e., s. 12, s. 45.

<sup>15</sup> Turan, a.g.e., s. 13.

hizmetleridir. Bu hizmetleri veren kuruluşlar, ya belli bir hastalığın tedavisi ile ilgilenmekte (onkoloji hastaneleri, akıl ve ruh sağlığı hastaneleri, göğüs hastalıkları hastaneleri, kemik hastalıkları hastaneleri gibi) ya da belli yaş gruplarına hizmet vermektedir (doğum ve çocuk bakımevleri, çocuk hastaneleri gibi). Eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversite hastaneleri de üçüncü basamak tedavi hizmeti veren kuruluşlar içinde yer almaktadır<sup>16</sup>.

### 2.3.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin verilmesine karşın, sakatlanan ve çalışma gücünü yitiren kişilere verilen sağlık hizmetleri türü olan rehabilitasyon (esenlendirme) hizmetleri, tedavi hizmetlerinin son basamağını oluşturup, sakatlanan ve çalışma gücünü yitirenleri tüketici durumundan üretici durumuna getirmeyi hedeflemektedir<sup>17</sup>.

Rehabilitasyon bedence ya da ruhca sakat kalmış olanların başkalarına bağımlı olmaksızın yaşayabilmelerini sağlamak için yapılan bütün çalışmaları kapsamaktadır. İki türlü rehabilitasyon vardır. Birincisi, bedensel sakatlıkların protezler, işitme cihazları vs. ile mümkün olduğu kadar düzeltilmesini içeren *tıbbi rehabilitasyon*; ikincisi de sakatlıkları nedeniyle eski işlerini yapamayanlara ya da belirli bir işte çalışmayanlara iş öğretme, iş bulma ve işe uyum sağlamalarına yönelik her türlü hizmeti kapsayan *sosyal (mesleki) rehabilitasyon*dur<sup>18</sup>.

### 2.4. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

- *Sağlık, yasal ve anayasal temel bir insan hakkıdır:*

İnsan yaşamının devamlılığı sağlığın sürdürülebilmesine bağlıdır. Bu nedenle sağlığın korunması önemlidir. Bu korumayı toplumsal yaşamda sağlayacak olansa, sağlığın korunmasını bir hak olarak tespit eden hukuki düzenlemelerdir. Sağlıklı ve kendi sağlık sorunlarına sahip çıkan bir toplum için yine sağlıklı ve kendi sağlık sorunlarına sahip çıkan bireylere ihtiyaç vardır. Bireylerin kendi sağlık sorunlarına

---

<sup>16</sup> Pala, a.g.m., s. 64.

<sup>17</sup> Turan, a.g.e., s. 14.

<sup>18</sup> Bekir Metin (Nisan 2002), *Türkiye'nin Sağlık Sorunları-Cumhuriyet Döneminde Sağlık Reformları*, Erişim: 02.01.06, <http://www.un.org.tr/who/bulten/turk/bul7turksorunlar.htm>

çözüm getirebilmeleri ve buna paralel olarak toplumun devamlılığı, sağlığın vazgeçilmez bir insan hakkı olarak hukuki zemine oturtulmasına bağlıdır. Bireyin sağlığını, dolayısıyla toplumun sağlığını etkileyen, biyolojik, kimyasal, sosyal, kültürel ve ekonomik alanlara yönelik olarak, eşit dağılımı gerçekleştirecek hukuki düzenlemeler geliştirilmeli ve uygulanmalıdır<sup>19</sup>. Sağlık hizmetlerinden yararlanmak doğuştan kazanılmış kişisel bir haktır; herkese, her yerde, her zaman verilmesi gerekir<sup>20</sup>.

Sağlığın bir hak olduğu fikri ilk kez 19. yüzyıl ortalarında bir Fransız hekimi tarafından ileri sürülmüştür. İkinci Dünya Savaşı sonrasında da, BM İnsan Hakları Bildirgesi'nde şu şekilde dile getirilmiştir:

*“İrk, din, politik inanç, ekonomik ve sosyal durum farkı gözetilmeksizin herkesin, erişilebilecek en yüksek sağlık düzeyine ulaşması temel haklarından biridir”<sup>21</sup>.*

1961 yılında imzalanan Avrupa Sosyal Şartı'nın sağlığın korunması hakkına ilişkin 11. maddesinde ise şöyle denmiştir:

*“Sağlığın korunması hakkının etkin uygulanmasını temin etmek üzere taraflar, doğrudan ya da kamu/özel örgütlerle işbirliği içinde aşağıdaki uygun önlemleri almayı taahhüt ederler:*

- i) Sağlığı bozan sebepleri mümkün olduğunca uzaklaştırmak;*
- ii) Sağlık konularında bireysel sorumluluğu teşvik etmek ve sağlığın geliştirilmesi için eğitim ve danışma fırsatlarını sağlamak;*
- iii) Mümkün olduğu kadar epidemik, endemik ve diğer hastalıkları önlemek”<sup>22</sup>.*

---

<sup>19</sup> Aydın Öztürk, “Sağlık Hakkı”, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2001, s. 15.

<sup>20</sup> Zafer Öztekin, “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı”, **I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi Sempozyumu (24-25 Kasım-Ankara)**, (Der. Mithat Çoruh), Haberal Eğitim Vakfı, 1996, ss. 37-40, s. 37.

<sup>21</sup> Nusret Fişek, “Sağlık Hakkı ve Yeni Anayasa”, **Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmış Yazıları: Sağlık Yönetimi**, (Der. Rahmi Dirican), Türk Tabipleri Birliği, 1997, s. 12.

<sup>22</sup> Ümmühan Bardak ve Dilaver Tengilimoğlu, “Sağlık Alanında İnsan Hakları ve Etik”, **Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt:16, Sayı:1-2,1998 ss. 215-243, s. 217.

Sağlık hizmetlerinden yararlanmanın bir insan hakkı olduğu ilkesinden hareketle, Dünya Sağlık Örgütü'nün 1977'de başlattığı "2000 yılında herkes için sağlık hedefleri" ile sağlık hizmetleri uluslararası alana taşınmıştır<sup>23</sup>.

1961 Anayasası'ndan önceki Sened-i İttifak, 1876 Anayasası, 1921 ve 1924 Anayasalarında kamu haklarını içeren hükümler bulunmakla birlikte, sağlıkla ilgili bireyi koruyucu haklar yer almamaktadır.

1961 Anayasası'nın 49. maddesi "sağlık hakkı" başlığıyla şu şekilde düzenlenmiştir: "Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet yoksul veya dar gelirlili ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır". 1961 Anayasası, sağlığın insan hakkı olduğunu kabul etmekle kalmamış, devleti insan sağlığının koruyucusu olmakla sorumlu kılmıştır<sup>24</sup>.

1961 Anayasası'ndaki sağlık hakkının devlet tarafından güvence altına alınmasını öngören "sosyal devlet" anlayışı, devletin sorumlu değil "düzenleyici" olduğunu ifade eden bir anlayışla değiştirilmiştir<sup>25</sup>. 1982 Anayasası'nın 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 arttırmak, 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". 1982 Anayasası ile devletin sağlığı koruma görevi ortadan kalkmış, birey devletle birlikte yükümlülük altına girmiş, genel sağlık sigortası kavramına ilk kez yer verilmiş ve özel sağlık kuruluşlarının açılmasına olanak tanınmıştır<sup>26</sup>.

---

<sup>23</sup> Ertekin, a.g.e., s. 15.

<sup>24</sup> Öztürk, a.g.e., s. 17.

<sup>25</sup> Ata Soyer, "1980'den Günümüze Sağlık Politikaları", **Praksis**, Sayı: 9, Kış-Bahar 2003, ss. 301-319, s. 305.

<sup>26</sup> Öztürk, a.g.e., s. 18.

1961 ve 1982 Anayasalarındaki sağlıkla ilgili düzenlemeler karşılaştırıldığında, dünyadaki sosyal ve politik sistemlere ilişkin değişim rüzgârlarından etkilendikleri görülmektedir. Öyle ki, 1961 Anayasası'nın hükümleri, dolayısıyla sağlıkla ilgili hüküm hazırlanırken Fordist birikim rejiminin beraberinde getirdiği sosyal devlet anlayışının etkisinde kalınmış ve sosyal devleti temel alan bir anlayış egemen olmuştur. 1982 Anayasası'nda ise, 1980 sonrasında yükselişe geçen liberal politikaların etkisi olmuştur. Liberal politikaların önemli bir unsuru olan özel sektör faaliyetlerinin sağlık hizmetleri bakımından da geçerliliği Anayasa'nın 56. maddesinde yer bulmuştur.

- *Sağlık hizmetleri genel olarak kamusal hizmet özelliği taşımaktadır ve dışsallık yaratabilmektedir:*

Ekonomi ve maliye biliminde mal ve hizmetler arasında, mal ve hizmetin faydasının bölünüp bölünememesi, tüketicilerin birbirlerine rakip olup olmaması, tüketimden mahrum edilip edilememesi, mal ve hizmetin fiyatlandırılıp fiyatlandırılmaması ve dışsallık gibi kriterler dikkate alınarak tam kamusal mallar, yarı kamusal mallar, doğal tekel malları, ortak havuz malları, merit ve demerit mallar şeklinde bir sınıflandırma yapılmaktadır<sup>27</sup>. Bunlardan tam kamusal mal ve hizmetler, faydaları bölünemeyen, pazarlanamayan, ortak tüketim için üretilen, yararlananların tüketimde birbirlerine rakip olmadıkları, üretiminde ve tüketiminde zorlamaya başvurulmayan, bizzat devlet tarafından üretilme zorunluluğu olan mal ve hizmetlerdir<sup>28</sup>. İşte bu sayılan özellikler nedeniyle koruyucu sağlık hizmetleri, tam kamusal hizmetlere yakın olmaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin sadece bedelini ödeyene verilmesi söz konusu olamaz. Bu nedenle de bu tür hizmetlerin özel sektöre bırakılması akılcı bir yol değildir<sup>29</sup>. Örneğin; çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinden hava kirliliğinin önlenmesi için yapılan faaliyetlerden toplumun tümü yarar sağlamaktadır. Toplum

---

<sup>27</sup> Ertekin, a.g.e., s. 16.

<sup>28</sup> Aytaç Eker, **Kamu Maliyesi**, Anadolu Matbaacılık, 3. Baskı, İzmir, 1998, s. 35-36.

<sup>29</sup> Osman Hayran, "Sağlık Hizmetlerinin Özel ve Kamusal Yönü", **Sağlık Hizmetleri El Kitabı**, (Der. Osman Hayran ve Haydar Sur), Yüce Yayın, İstanbul, 1998, ss. 49-61, s. 50.

için sağlanan temiz havanın kullanıcılarına pazarlanması söz konusu değildir. Ayrıca bireyler arasında temiz havayı solumak için bir rekabet de yoktur<sup>30</sup>.

Kamusal mal ya da hizmetler, bir kere üretildikten sonra başka bireylerin tüketimini kısmadan tüketilmesi mümkün olan veya diğerlerinin tüketimden çıkarılmasının mümkün olmadığı mal ya da hizmetlerdir. Yani bu tür hizmetlerde sadece ödemeye istekli olanlar dikkate alınıp diğerleri göz ardı edilemez. Bir başka örnek de bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri için verilebilir. Örneğin; çocuk felci aşısının fiyatlandırıldığını varsayalım. Fiyat konulduktan sonra aşı yaptıracak bireyin aşığı yaptıırıp yaptıırmama kararını etkileyen birçok faktör olacaktır. Birey, aşığı yaptıırmaması durumunda hastalığın ortaya çıkma riskinden ne kadar kurtulabileceğini, yaptıırmaması durumunda ise katlanacağı özel maliyetleri (fiyat, harcanan zaman vs.) göz önüne alacaktır. Karşılaştığı maliyetlerin elde ettiği faydalardan yüksek çıkması halinde birey aşı yaptıırmamayı tercih edecektir. Bunun sonucunda, sadece aşığı yaptıırmayan birey değil onun yakınındaki diğer kişiler de hastalığa yakalanma riskiyle karşı karşıya kalacaktır. Oysa elde edilecek fayda sadece birey değil, toplum bazında dikkate alınsaydı toplam fayda maliyetlerin üzerinde bir değer alırdı<sup>31</sup>. İşte sağlık hizmetlerinin kamusal ve dışsallık yaratabilme özellikleri, piyasa işleyişine müdahaleyi ya da koruyucu sağlık hizmetlerinin piyasaya terk edilmemesini gerektirmektedir.

Yarı kamusal mal ve hizmetler ise, faydası bölünebilen, pazarlanabilen, fiyatlandırılabilen, tek tek bireylerin yanında topluma da fayda sağlayan hizmet türüdür. Tedavi edici sağlık hizmetleri de bu grupta değerlendirilebilir. Yarı kamusal özellikleri tedavi edici sağlık hizmetlerinin özel kesimce sunulmasına imkan sağlamaktadır. Sağlık hizmetlerinde kamu ve özel kesimin rolünün ne olması gerektiği konusunda tüm ülkeler için geçerli olabilecek bir formül bulunmamakta, her ülke kendi ekonomik, sağlık ve kültürel gerçeklerine uygun bir yapıyı oluşturmaktadır. Bir nokta dikkati çekmektedir ki, o da gelişmiş ülkelerde devletin

---

<sup>30</sup> Ertekin, a.g.e., s. 17.

<sup>31</sup> Fahrettin Tatar ve Mehtap Tatar, "Sağlık Hizmetlerinde Özel Sektör/Kamu Sektörü Tartışmasının İdeolojik Boyutları", **Toplum ve Hekim**, Cilt: 11, Sayı: 72, Mart-Nisan 1996, ss. 32-41, s. 35-36.

düzenleyici ve denetleyici rolünün yanı sıra sağlık hizmetlerinin finansmanında önemli rol oynadığıdır<sup>32</sup>.

Bazı serbest piyasa yanlısı yazarlara göre, sıtma ile mücadele programı içinde bataklıkların kurutulması ve ilaçlama gibi sadece tam kamusal özellik gösteren hizmetler kamu tarafından sunulmalı ve tam kamusal olmadıkça hizmetin finansmanı devlet sorumluluğunda olmamalıdır. Verimliliğin artırılmasının amaçlandığı bu anlayışta, devletin sadece hizmete ulaşamayan yoksul kesimi finanse etmesi savunulmaktadır. Piyasa mekanizmasının karşıtı olanların eleştirileri ise, sağlık hizmetlerinin burada sayılan özelliklerinden dolayı kendi başına bırakılması durumunda verimsizlik yaratabileceği ve toplumun tek amacının verimlilik olmadığı, eşitliğin de hedefler arasında olduğu noktalarında toplanmaktadır<sup>33</sup>.

- *Sağlık hizmetleri hakkında tüketici bilgisi yetersizdir; dolayısıyla sağlık hizmetleri piyasası tekelleşmeye elverişlidir:*

Sağlık hizmetleri, yalnızca konusunda uzman olan hekimlerin bileceği bir karmaşıklıktadır. Sağlık hizmetleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmayan tüketici, sağlayacağı faydayı ve kaliteyi de ölçememektedir. Hangi ilaçların gerekli olduğuna, hangi tedavi türünün uygulanacağına hekimler karar vermektedir. Tüketici, bilgisizliğin getirdiği belirsizlik ortamında seçim yapmak zorunda kalmaktadır. Bu durum, sağlık hizmetlerinin tamamen pazara bırakılması noktasında sakıncalı görülmektedir<sup>34</sup>. Çünkü serbest piyasada bilgisiz olan tüketicinin artan maliyet ve fiyatlara katlanma riski artacaktır. Ayrıca sağlık hizmetleri talebinin fiyat esnekliğinin düşük olması sebebiyle yüksek fiyatın, o hizmete olan ihtiyacın şiddetini, yani talebi azaltmadığı da düşünüldüğünde muhtemel riskin artışı daha iyi anlaşılabilir.

Hekimliğin özel bir eğitim gerektirmesi, tüketicilerin hizmetin içeriği hakkında fazla bir şey bilmemesi, üreticilerin az sayıda olması ve hizmet talebinin

---

<sup>32</sup> Hayran, “Sağlık Hizmetlerinin Özel ve...”, a.g.m., s. 51.

<sup>33</sup> Fahrettin Tatar ve Mehtap Tatar, a.g.m., s. 35-36.

<sup>34</sup> Hayran, “Sağlık Hizmetlerinin Özel ve...”, a.g.m., s. 50.



üretici tarafından belirlenmesi sağlık hizmetleri sunumunun tekelleşmesine elverişli bir ortam yaratmaktadır<sup>35</sup>.

- *Sağlık hizmetleri talebi önceden belirlenmemektedir:*

Sağlık hizmetlerine olan talep beslenme ve barınmada olduğu gibi süreklilik göstermemektedir. Sağlık hizmetlerine ne zaman gereksinim duyulacağı önceden kestirilememektedir. Bu durum, hem talep hem de arz edenlerin ekonomik fizibilite yapmasına engel olmaktadır. Talepteki belirsizlik, sağlığa yapılacak yatırımlarda riski de arttırmaktadır. Belirsizliğin çözümü olarak piyasada sağlık sigortası sistemi geliştirilmiştir.

- *Sağlık hizmetlerinin ikamesi yoktur:*

Tüketiciler talep ettikleri mal ve hizmetlerin fiyatlarının yükselmesi karşısında kendilerini, elde edecekleri faydayı daha düşük fiyatlı başka bir mal ya da hizmete kaydırarak koruyabilmektedirler. Ancak sağlık hizmetleri talebinde durum farklıdır. Tüketici, yani hasta, hekimin önerdiği hizmeti almak durumundadır. Ayrıca önerilen tedavinin ikame olanağı ya yoktur ya çok sınırlıdır. İkame olanağının olmaması, tekelci koşulları pekiştirmektedir.

- *Sağlık hizmetleri sosyal amaçlıdır:*

İnsan sağlığının ölçülemez değerinde olması anlayışı, sağlık hizmetlerinin kâr amacından çok sosyal bir amaçla sunulması sonucunu doğurmaktadır. “Sosyal amaçlı olma” yoksul kesimlere sağlık yardımı yapılmasını gerekli kılar. Sağlık hizmetlerinin tümüyle serbest piyasa koşullarına bırakılması, maliyet ve kâr gibi liberal ekonomi kavramlarının sağlık sektörüne aşılması yoksul kesimlerin aleyhine olan bozuk dengeleri daha da bozacaktır<sup>36</sup>.

---

<sup>35</sup> Erdal Zorlu, “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılanmasında Özelleştirmenin Yeri”, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 1996, s. 13.

<sup>36</sup> Oral, a.g.e, s. 42-45.

## 2.5. Sağlık Hizmetlerinde Finansman

Sağlıkla ilgili finansman yöntemleri, sosyal güvenlik sistemlerinin bir parçasıdır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin finansmanından önce sosyal güvenlik sistemi ile ilgili kavramlar ve uygulamalardan bahsetmek gerekir.

### 2.5.1. Sosyal Güvenlik Kavramı

Sosyal güvenlik, bir takım kamu önlemleriyle hastalık, doğum, iş kazası, işsizlik, iş göremezlik, yaşlılık, ölüm gibi nedenlerle ortaya çıkabilecek ekonomik ve sosyal rahatsızlıklara karşı, toplumun kendini korumasıdır. Çağdaş sosyal güvenlik kavramının hedeflediği risklerin çoğu sağlıkla ilgilidir. Genel pratisyenlik bakımı, ayakta ve yataklı bakım veren uzmanlık bakımı, temel ilaçlar, doğumla ilgili hizmetler sağlıkla ilgili olup sosyal güvenlik programı kapsamına giren asgari yararlanımlardır<sup>37</sup>. Sosyal güvelik, Anayasa'nın 60. maddesinde "Herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet, bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar" hükmüne yer verilerek, Anayasal bir hak olarak düzenlenmiştir.

Sosyal güvenlik sistemi de; mesleki, fizyolojik ve sosyo-ekonomik herhangi bir risk nedeniyle çalışma ve gelir elde etme olanağından geçici veya sürekli olarak yoksun kalmış kişilerin insan onuruna yakışır biçimde yaşamını devam ettirebilmesini sağlayan önlemler ve katkıların bütünü biçiminde tanımlanabilir. Bir toplumda kişisel birikimler ile toplumsal katkılardan ya da sadece kamusal fonlardan oluşturulan kaynaklardan yapılan; sosyal içerikli ayni ve nakdi her türlü ödeme ve yardımlar "sosyal güvenlik" olarak adlandırılır. Sosyal güvenlik, "soysal yardımlar", "sosyal hizmetler", "sosyal sigortalar" aracılığıyla yürütülür ve toplumun belirli koşul ve niteliklerdeki kesimlerini kapsar<sup>38</sup>.

Sosyal güvenlik sistemlerinin içinde iki ana yapının bulunduğu saptanmaktadır. Bunlar sosyal sağlık sigortacılığı ve genel bütçeden finanse edilen sağlık sistemleridir. Sağlık hizmetlerinin finansmanında sosyal sigorta ve genel verginin dışında iki uygulama daha bulunmaktadır. Bunlardan birisi özel sigortacılık,

<sup>37</sup> Cemal Hüseyin Güvercin, "Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye'de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi", **Anakara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası**, Cilt: 54, Sayı: 2, 2004, ss. 89-95, s. 89-90.

<sup>38</sup> T.C. Başbakanlık Yüksek Denetleme Kurulu, **Genel Rapor 2000**, Ankara, 2002, s. 265.

diğeri ise hizmeti kullanım anında cepten yapılan ödemelerdir. Her ikisi de “isteğe bağlı ” olarak değerlendirilebilir ve özel niteliklidirler<sup>39</sup>.

### 2.5.1.1. Sosyal Sağlık Sigortası

Sağlık sigortası, iş kazaları ve meslek hastalıkları ile analık sigortaları kapsamı dışında kalan tüm hastalık ve kaza hallerinde belirli yardımların yapılmasını sağlayan bir sigorta koludur<sup>40</sup>. Sosyal sağlık sigortası ve özel sağlık sigortası da sağlık sigortasındaki farklı modellerden ikisidir.

Türkiye, Almanya, Fransa, Belçika, Avusturya ve Japonya’da uygulama alanı bulan sağlık sigortası, üyeliğin zorunlu olduğu prim ödentisine dayalı bir sigortadır. Sigorta, kamu ve özel sektördeki bütün çalışanlarla tarım kesiminde çalışanları kapsar. Sigorta fonu, sigortalıdan, yani çalışandan ve patrandan belli miktarlarda kesilen primlerden oluşturulur. Çoğu durumda devlet de sisteme katkıda bulunur. Paranın kullanımı fona kaynak akıtan tarafları temsil eden bir kamu kurumunun elindedir. Kurum elindeki kaynakla hizmeti dolaylı ya da doğrudan üretebilir.

Dolaylı yöntemde kurum sağlık hizmetlerini başka bir kurumdan (özel ve/veya kamu) satın alır. Sigortalının hastalandığı zaman başvurduğu kurum, sosyal güvenlik kurumunun anlaşmalı olduğu kurumdur. Sigortalının kullandığı hizmetler, bu kurum tarafından sigorta kuruluşuna fatura edilir. Ödeme de sigorta kuruluşu tarafından sağlık kurumuna yapılır. Sigortalının hizmeti kullandığı anda hizmetin karşılığını ödemesi ve ödediği parayı sonradan bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumundan geri alması da dolaylı yöntemin başka bir çeşididir.

Doğrudan yöntemde ise, kurumun kendisi sağlık hizmeti üretir. Yani, sosyal güvenlik kurumu sahibi olup işlettiği dispensar, sağlık merkezi ve hastaneler yoluyla üyeleri ile onların bakmakla yükümlü olduğu bireylere doğrudan hizmet sunar. Sosyal güvenlik kurumuna hizmeti denetleme olanağı veren bu yöntem, aşırı

---

<sup>39</sup> İlker Belek, “Nasıl Bir Sağlık Sistemi III: Sigorta Değil, Genel Vergi”, **Toplum ve Hekim**, Cilt: 15, Sayı: 2, Mart-Nisan 2000, ss. 91-107, s. 91.

<sup>40</sup> Oral, a.g.e., s. 48.

merkeziyetçilik, hastaya hekim seçmede kısıtlama getirme gibi yönlerden eleştirilebilir<sup>41</sup>.

Dolaylı yöntem, daha çok gelişmiş ülkelerde benimsenmiş bir modeldir; doğrudan yöntemse genellikle gelişmekte olan ülkelerde kullanılan bir yöntemdir. GOÜ’de sosyal güvenlik sisteminin kuruluşu aşamasında kamu ve özel sağlık hizmetlerinin yeterince gelişmemiş olması, bu ülkelerdeki doğrudan yöntem tercihinin temel nedeni olarak gösterilmektedir<sup>42</sup>.

Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), doğrudan yönetime göre sağlık hizmeti sunan bir sosyal güvenlik kurumuna örnek olarak gösterilmekteydi. Ancak SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı’na devredilmesinden sonra SSK da artık hizmeti üreten durumundan çıkmış satın alan durumuna gelmiştir. Bu nedenle SSK’nın yeni konumu artık dolaylı sisteme örnek olarak gösterilebilir.

Sosyal sağlık sigortasının uygulanması için, sigortalanacak toplum kesiminin düzenli ve belli bir gelire sahip olması gerekir. Bu nedenle bu sigorta türünün, kırsal nüfusa, marjinal sektörde çalışanlara, işsizlere uygulanması son derece zordur. Gelişmiş ve yüksek gelirli ülkelerde nüfusun tamamının kapsanması olanağı varken, kırsal ekonomiye dayanan, gelişmekte olan ülkelerde kapsayıcılık daha dar kalmaktadır. Ayrıca, sigorta fonu ile garanti altına alınan hizmetlerin kapsamı da (yararlanma ya da teminat paketi) fonun, dolayısıyla ülke ekonomisinin gücüyle ilişkilidir.

Sigorta, bir risk paylaşım programıdır. Bireyler gelecekteki olası sağlık sorunları ya da sağlık gereksinimleri için, bugünden belli bir fona prim ödeyerek geleceklerini garanti altına almayı hedeflerler. Yüksek ve düşük gelirliler, gelirlerinin belli oranıyla oluşturdukları prim havuzundan gereksinimleri ölçüsünde yararlanırlar. Böylece, yüksek gelirlilerden düşük gelirlilere, az sağlık sorunu yaşayanlardan çok sağlık sorunu yaşayanlara doğru kaynak aktarımı sağlanmış, yüksek riskliler

---

<sup>41</sup> İlker Belek, **Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlıkın Ekonomi Politikası**, Sorun Yayınları, 3. Baskı, İstanbul, 2001, s. 52, 91, 95-96.

<sup>42</sup> D. K. Zschock, “General Review of Problems of Medical Care Delivery Under Social Security in Developing Countries”, **International Social Security Review**, 35 (1), 1982’den aktaran Fahrettin Tatar, “Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları”, **Toplum ve Hekim**, Cilt: 11, Sayı: 72, Mart-Nisan 1996, ss. 42-50, s. 46.

desteklenmiş olur. Başka bir deyişle, yoksul ve sağlığı bozuk olan bireyler, zengin ve sağlığı yerinde olan bireylerin katkılarıyla korunacak, ekonomi ve sağlık açısından riskler paylaşılacaktır. Sosyal sigortanın sosyalliği buradan kaynaklanmaktadır<sup>43</sup>.

Sağlık Sigortası, sağlık hizmetlerine talebi arttırır. Çünkü insanlar, nasıl olsa prim ödeniyor düşüncesiyle hasta olmasalar da, gereksiz hizmet kullanma eğilimi (moral tehlike) gösterirler. Bu durum da tedavi edici sağlık hizmet kullanımını öne çıkaran bir risk taşımaktadır. Bir başka deyişle, hizmet talebinin koruyucu sağlık hizmetleri şeklinde değil, tedavi edici sağlık hizmetleri, ilaç ve tıbbi teknoloji yönünde olması, toplam sağlık hizmeti maliyetinin daha da artmasına; fakat tahsisatla ilgili verimliliğin azalmasına yol açmaktadır. Ayrıca sosyal sigortanın eşitlik üzerindeki etkisi, kapsanan nüfusun ve yararlanma paketinin genişliğine bağlıdır. Eğer nüfusun dar bir kesimi kapsanabiliyorsa, eşitsizlikçi bir sonuç ortaya çıkabilecektir. Özellikle düşük gelirli ülkelerde belirli bir işi ve geliri olan, genellikle de endüstride istihdam edilen nüfus sigortalanabilmekte, bu da var olan sağlık hizmetlerinin, sağlık hizmetlerinden zaten daha iyi yararlanan bu gruba yönlendirilmesi sonucunu yaratmaktadır. Sonuç olarak kırsal nüfus, işsizler, belli bir geliri olmayanlar hem sağlık güvencesinden, hem de sağlık hizmetlerinden daha da yoksun kalmaktadır. Bu da sağlıktaki eşitsizliklerin artması sonucunu doğurmaktadır. Öte yandan, yüksek gelirli insanların kendi sağlık gereksinimlerini kendi özel kaynaklarıyla çeşitli kanallardan karşılayabiliyor olmaları nedeniyle sosyal sigorta programlarına üyeliğin kendi isteklerine bırakılması sonucunda bu kesimin sosyal sigorta kapsamı dışına kayması da sosyal sigortanın finansman yükünü arttırır<sup>44</sup>.

### **2.5.1.2. Genel Vergi Sistemi**

Genel vergi sistemi, sağlık hizmetlerinin bütçeden finanse edildiği sistemdir. Politik kararlarla ilintili olan vergi sisteminin yapısı, toplumsal sağlık düzeyini ve toplumsal sınıfların sağlık hizmeti kullanımını etkiler. Sağlık sektörüne verilen politik öncelik genellikle düşük olduğundan, genel vergi sistemi sağlık sektörü için en güvenilir finansman kaynağı değildir. Ayrıca özellikle dolaylı vergilerin önemli bir ağırlığa sahip olduğu GOÜ açısından bakıldığında; dolaylı vergilerin adaletsiz

<sup>43</sup> Belek, "Nasıl Bir Sağlık...", a.g.m., s. 93.

<sup>44</sup> Belek, *Sosyal Devletin Çöküşü...*, a.g.e., s. 99; Belek, "Nasıl Bir Sağlık...", a.g.m., s. 93.

karakteri nedeniyle, genel vergi sisteminin eşitliği gözetilen belli önlemler alınmadan uygulanmasının adaletsizliklere yol açabileceği söylenebilir. Vergi adaletsizliği ortamında, yani az kazananların çok kazananlara göre daha yüksek oranlarda katkı sağladığı bir ortamda, çok kazananların az kazananlar üzerinden sağlık hizmetlerinden yararlanması sonucu doğabilir<sup>45</sup>.

Eşitliği azaltıcı başka bir yön de, vergiyle finanse edilen sağlık hizmetlerinin büyük bölümünün GOÜ’de kentsel yörelere verilmesi, kırsal yörelere ise sadece çok sınırlı hizmet götürülmesidir. Bundan başka, önceliğin genellikle çok pahalı ekipman kullanan ve daha çok ülkenin ekonomik ve politik elitine hizmet veren hastaneye dayalı programlara verilmesi de söz konusu olmaktadır. Bu ekipmanın ithal ediliyor olması da başka bir gerçekliktir<sup>46</sup>.

Çok gelirliden az geliriye doğru akan genel vergi sisteminin (progresif) sigorta sistemine göre daha verimli ve eşlikçi olduğu yönünde araştırmalar bulunmaktadır. Katkı paylarının ücret ya da gelir içinde sabit bir oran olarak belirlenmesi ve sigortaya tabi kılınan gelirin bir üst sınırının olması nedeniyle, sigorta sistemlerinin çoğunun eşitsizlikçi (regressif) nitelikte olduğu belirtilmektedir. Ne var ki, ülkeler sağlık sektöründeki kaynak yetersizliği nedeniyle progressif nitelikli vergi sistemini kur(a)madıkları için, daha regressif nitelikli bir finans sistemi olan sigortaya yönelmektedirler<sup>47</sup>.

Sağlık hizmetlerin finansmanında genel vergi gelirlerinin kullanıldığı tipik ülke örneği İngiltere’dir. İngiltere’de devlet, 1946 yılında kabul edilen Ulusal Sağlık Servisi/Sistemi (NHS-National Health Services) aracılığıyla tüm ulusa yönelik olarak sağlık hizmetlerini üstlenmiştir. Sağlık sistemi önemli oranda kamusal bir özellik taşıyan İngiltere’de nüfusun neredeyse tamamının (% 97) kamu sağlık güvencesine sahip olduğu görülmektedir. Yaklaşık 12 milyon kişinin de tamamlayıcı özel sağlık sigortasının bulunduğu tespit edilmiştir. Kişi başına yapılan yıllık sağlık harcaması 1400\$ civarında gerçekleşmektedir. Bu miktar, Avrupa ülkeleri içindeki en düşük miktar olarak belirlenmiştir. ABD’deki kişi başına yapılan yıllık sağlık harcaması

<sup>45</sup> Belek, “Nasıl Bir Sağlık...”, a.g.m., s. 94.

<sup>46</sup> Tatar, “Sağlık Hizmetleri...”, a.g.m., s. 45-46.

<sup>47</sup> Belek, “Nasıl Bir Sağlık...”, a.g.m., s. 94-95.

miktariysa, 4000\$ olarak tespit edilmiştir. İngiltere'deki oranın hem ABD'den hem de Avrupa ülkelerinden düşük olmasının nedeni, İngiltere'de NHS yoluyla birçok sağlık sorununun ortaya çıkmadan önlemesine bağlanmıştır. NHS yoluyla İngiltere'nin GSMH'nin yaklaşık % 6,8'i gibi, ABD ve çoğu Avrupa ülkesinin 3-4 puan altında bir harcamayla başarılı bir sağlık hizmeti verebildiği ifade edilmektedir<sup>48</sup>.

NHS, coğrafi olarak yaygın, bünyesindeki hemen bütün sağlık hizmetleri parasız ve finansmanı genel bütçeden sağlandığı için merkeziyetçi özellikleri olan bir sistemdir. 1948 yılından itibaren uygulanmaya başlanan bu sistem, Thatcher'ın iktidara gelmesiyle yapısal değişiklikler geçirmiştir. Muhafazakâr hükümetin reform önerileri daha fazla esneklik uygulamak, bunun için de karar alma mekanizmalarının yerel düzeye aktarılması; hastanelerin özleştirilerek hastane işletmeleri haline getirilmesi; ödemelerin iş bittikten sonra yapılması, genel pratisyenlerin kendi hastaları adına hastanecilik hizmetleri satın alabilmesi üzerine kurulmuştur.

NHS'nin piyasaya açılması Muhafazakâr hükümetin beklentilerinin tersine sistemin verimliliğinde ve maliyetlerin azalmasında önemli bir değişiklik yaratmadığı gibi, halkın memnuniyetinde, hizmetlerin klinik kalitesinde artış ve bekleme sürelerinde de azalma yaratmamıştır. NHS'nin parçalanarak hizmet üretenlerle satın alanların ayrılması yönetsel maliyetleri arttırmıştır. Hastalara hekim seçme hakkı verilmiş olması da hekimler üzerinde finansal baskı oluşumuna neden olmuştur<sup>49</sup>.

### 2.5.1.3. Özel Sağlık Sigortası

Genellikle Sosyal Sigorta'nın veya NHS'nin bulunmadığı ülkelerle gelişmiş ülkelerde başvuru bir finansman mekanizmasıdır. Ayrıca Sosyal Sigorta ya da NHS örgütlenmesine sahip olan ülkelerde de tamamlayıcı ve daha özel hizmet almak isteyenlerin ihtiyaçlarına cevap vermek üzere başvuru bir mekanizmadır. Farklı kişisel tercihlere cevap verme özelliği ülkenin temel sağlık finansman yapısını tehdit

<sup>48</sup> A. İlhan Oral, "ABD ve İngiltere Kamu Sağlık Sigortası Programları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme", *T.C. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt: 2, Sayı: 2, 2003, ss. 61-77, s. 62, 74-75.

<sup>49</sup> Belek, *Sosyal Devletin Çöküşü...*, a.g.e., s. 173, 175, 177.

etmediği sürece olumlu bakılan özel sağlık sigortasında<sup>50</sup>, prim özel sektörde yer alan bir sigorta şirketince toplanır. Prim düzeyi sigortacılık matematiği olan aktüeryal hesapla belirlenir. Hastalık riski ve bu riski etkileyen yaş, cinsiyet unsurları ile hizmeti kullanma sıklığı prim düzeyinin belirlenmesinde dikkate alınır. Risk düzeyine göre her bireyden farklı prim alınır. Riski yüksek olan daha fazla prim vermek durumundadır. Eğer risk, dolayısıyla prim çok yüksekse ve bu primi toplamak mümkün olmayacaksa birey sigortalanmayabilmektedir. Özellikle kronik hastalıklar için böyle bir durum geçerli olabilmektedir. Yüksek gelirlilere hitap eden özel sigortacılıkta risk paylaşım ilkesinin hayata geçirilmesi zordur<sup>51</sup>.

Özel sağlık sigortacılığına en iyi örnek ABD'dir. ABD, endüstrileşmiş ülkeler içinde hizmet sunumu, finansmanı ve hizmetin satın alınması anlamında ağırlıklı olarak özel sağlık sigortacılığı üzerine oturan tek ülkedir. Kamu sağlık sigortaları toplumun küçük bir bölümüne (yaşlılara ve yoksullara) hizmet vermektedir<sup>52</sup>. Ülkede sağlık ihtiyacı büyük ölçüde (% 74) özel sigortalarda karşılanmaktadır. Bu nedenle ABD sağlık sistemi, diğer gelişmiş ülkelerin sağlık sistemlerine göre yetersiz kalmaktadır. Oysa hemen hemen tüm gelişmiş ülkelerde asgari düzeyde de olsa tüm nüfusu kapsayacak bir sağlık sistemi bulunmaktadır. ABD'de kamu sağlık sigortacılığının toplumun geneline yeterince yaygınlaştırılmadığı ve kişilerin kendilerine tamamlayıcı bazı özel sağlık sigortası yaptırmadığı sürece yeterli hizmet alamayacağı düşünülmektedir. Sağlık güvencesi olmayan nüfus kesiminin geniş olduğu ABD'de, sağlık hizmetleri pek çok kişi için çok pahalı olduğundan birbiriyle rekabet eden çok sayıda sigorta şirketi kurulmuştur<sup>53</sup>. Türkiye'de de son yıllarda sağlık harcamaları içinde özel sağlık sigortalarının payı artmış ve günümüzde %30'lara ulaşmıştır<sup>54</sup>. Özel sağlık sigortası satan şirket sayısı 2000, 2001 ve 2002 yılları itibariyle sırasıyla 40, 40, 34; özel sağlık sigortalı kişi sayısı 690.363, 655.703 ve 697.505'tir<sup>55</sup>.

<sup>50</sup> Tatar, "Sağlık Hizmetleri..", a.g.m., s. 47.

<sup>51</sup> Belek, **Sosyal Devletin Çöküşü**..., a.g.e., s. 104.

<sup>52</sup> y.a.g.e., s. 160-161.

<sup>53</sup> Oral, a.g.m., s. 62, 74.

<sup>54</sup> [http://www.sigortam.net/bultenler/29/29\\_saglik.asp](http://www.sigortam.net/bultenler/29/29_saglik.asp), Erişim: 20.02.2006

<sup>55</sup> Mustafa Su (Ocak 2004), *Özel Sağlık Sigortası Sistemine Giren Kişilerin Sayısında Önemli Düşüş Olacaktır*, Erişim: 09.01.2006, [http://www.tisk.org.tr/isveren\\_sayfa.asp?yazi\\_id=876&id51](http://www.tisk.org.tr/isveren_sayfa.asp?yazi_id=876&id51)



#### 2.5.1.4. Cepten Ödeme Modeli

Özel sağlık piyasasının en ilkel biçimi olan bu modelde sigorta yoktur. Ödeme gücüne dayanan cepten ödemeler hizmet başına yapılır. Gelir, sağlık harcamaları karşısında yetersiz kalınca hizmet alınamayacağından eşitsiz bir yapı oluşur<sup>56</sup>.

#### 2.5.2. Türkiye'deki Kamu Sosyal Güvenlik Kurumlarının Sağlık Harcamaları

Türkiye'de sağlık harcamalarının kaynaklarını devlet bütçesi, sosyal güvenlik kurumları ve bireylerin kişisel harcamalarının oluşturduğu karma bir yapı söz konusudur. Türkiye'de sağlık harcamaları alanında en geniş paya sahip ve sağlık politikalarını saptayıp yürütmek konusunda en yetkili kuruluş olan Sağlık Bakanlığı'nın yanı sıra sağlık harcaması yapan çok çeşitli kuruluş bulunmaktadır. Bunlar; Üniversiteler, Milli Savunma Bakanlığı, diğer bakanlıklar, Kamu İktisadi Kuruluşları, Sosyal Güvenlik Kurumları<sup>57</sup> (Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur), Belediyeler, Fon'lar ve özel kuruluşlar (özel poliklinikler, özel hastaneler, özel hekim muayenehaneleri, eczaneler)dir<sup>58</sup>. Bu kuruluşların yaptığı sağlık harcamalarının yanında, aktif devlet memurları için genel bütçeden yapılan sağlık harcamalarıyla direkt kişilerin yapmış oldukları sağlık harcamaları da bulunmaktadır.

Sağlık harcamasında da bulunan sosyal güvenlik kurumları SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur arasında norm ve standart birliği bulunmamaktadır. Bu kurumların farklı güvenceleri, farklı koşullarla ve farklı şekillerde sunmaları

---

<sup>56</sup> Belek, **Sosyal Devletin Çöküşü...**, a.g.e., s. 145.

<sup>57</sup> 2006 tarih ve 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu'nda, kanunun yürürlük tarihi itibarıyla, Türkiye'deki sosyal güvenlik kurumları olan SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'nın merkez ve taşra teşkilatları, personeli ile her türlü taşınır ve taşınmaz mallarıyla birlikte Sosyal Güvenlik Kurumu'na devredileceği belirtilmiştir. Böylece kurumların tek çatı altında toplanması amaçlanmıştır. Ancak devam eden bir süreç söz konusu olduğundan ve devir öncesinde bu kurumların işleyişlerinin sağlık sistemi açısından değerlendirilmesini yapmak konu bütünlüğünü sağlamak noktasında gerekli görüldüğünden, sosyal güvenlik kurumlarıyla ilgili anlatım ve ifadelere çalışma boyunca yer verilmiştir. Adı geçen kanunun tam metni için [http://www.calisma.gov.tr/birimler/sgk\\_web/html/sgk.doc](http://www.calisma.gov.tr/birimler/sgk_web/html/sgk.doc) internet adresine bakılabilir.

<sup>58</sup> Mehmet Tokat, "Türk Sağlık Sisteminin Ekonomik Boyutu", **ASOMEDYA**, Şubat 2004, ss. 62-86, s. 68.

uygulama sorunlarına yol açmaktadır. Örneğin, üç kurum arasında koruma sağladıkları sigorta kolları, sigorta prim oranları, sigorta yardımları ve bu yardımlardan yararlanma süreleri farklılık göstermektedir. Bunun sonucu ise, sigortalı toplum kesimlerinin yararlanım ölçülerinin farklılaşmasıdır. Norm birliğinin sağlanması, çok başlılığın kaldırılması amacıyla sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanmasına yönelik çalışmalar bazı çevrelerce desteklenirken, bazı çevrelerce de bunun rasyonel olmadığı, idari, hukuki ve siyasi açıdan da gerçekleştirilmesinin zor, hatta gereksiz olduğu ileri sürülmüştür<sup>59</sup>.

### 2.5.2.1. T.C. Emekli Sandığı Sağlık Harcamaları

T.C. Emekli Sandığı, 1950 yılında kurulmuş, Maliye Bakanlığı'na bağlı, tüzel kişiliği bulunan bir kurumdur. 657 sayılı *Devlet Memurları Kanunu*'na tabi devlet memurluğundan ve KİT'lerden emekli, dul ve yetim maaşı alanlarla bunların bağımlıları Emekli Sandığı'nın sosyal güvencesi kapsamındadır<sup>60</sup>. Amacı, devlet memurlarının emeklilik haklarını ve sağlık ödemelerini gerçekleştirmek olan kurumun üyelerine sağladığı haklar; emeklilik aylığı, malullük, dul ve yetim aylığı, emeklilik ikramiyesi, ölüm yardımı, evlenme ikramiyesi, toptan ödeme ve kesenek iadesidir<sup>61</sup>.

Aktif iştirakçilere ve bakmakla yükümlü oldukları aile bireylerine yönelik sağlık yardımları çalıştıkları kurumların sorumluluğuna bırakılmıştır. İştirakçiler, %20'lik ilaç katkı payı vb. katılımlar dışında herhangi bir prim ödemeye tabi kılınmamıştır. Kurumdan aylık almakta olanlar bakımından ise; 1949 yılında kabul edilen 5434 sayılı *T.C. Emekli Sandığı Kanunu*'na 1971'de eklenen geçici 139. madde uyarınca; emekli, adi malullük ve malullük aylığı alanlarla dul ve yetim aylığı alanlar ve bakmakla yükümlü oldukları kimselere sağlık yardımı yapılması görevi hizmet satın alması suretiyle, T.C. Emekli Sandığı'na verilmiştir. Genel sağlık sigortası kuruluncaya kadar Sandığın bu görevini iştirakçilerinden ek prim almadan

<sup>59</sup> Ufuk Aydın, *Sosyal Güvenlik Sorunlarının Çözümünde Özel Sigortalar*, T.C. Anadolu Üniversitesi Yay. No:1117, İ.İ.B.F. Yay. No: 156, Eskişehir, 1999, s. 26, 58-61.

<sup>60</sup> Güvercin, a.g.m., s. 93.

<sup>61</sup> T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, *Türkiye İstatistik Yıllığı*, 2004, s. 132-1333.

sürdüreceği belirtilmiştir. Aylık almakta olanlar bakımından da herhangi bir sağlık primi öngörülmemiştir.

Kurumun finansmanı, iştirakçilerden kesilen keseneklerden ve bunlara karşılık çalıştıkları kurumlardan alınan karşılıklardır. Örneğin; iştirakçilerin aylıkları üzerinden her ay emeklilik keseneği adıyla kesilen % 15’lik oranın karşılığı olarak Sandığa % 20’lik bir karşılık yatırılmaktadır. Bağışlar, gecikme cezaları, Sandığın gelirlerinin işletilmesiyle sağlanan gelirler, disiplin cezaları diğer finansman kaynaklarıdır<sup>62</sup>.

2002 yılı verilerine göre Sandık kapsamında; aktif nüfus 2.372.777, pasif nüfus (emekliler) 2.470.896 ve bağımlı nüfus (aile bireyleri) 5.283.320 olmak üzere toplam 10.126.993 kişi bulunmaktadır<sup>63</sup>.

**Tablo 1:** T.C. Emekli Sandığı’nın Sağlık Ödemeleri

YILLAR	2002 (TL)*	2003 (TL)*	2004 (TL)*	2005 (YTL)
Hastane - Ameliyat - Tedavi	645.117.204	867.045.910	1.134.706.726	1.175.374.232,94
Diş Tedavi-Protez	4.583.478	6.349.592	8.439.428	8.963.358,54
Gözlük Camı-Çerçeve	29.943.046	44.355.649	48.183.643	47.405.465,90
Vücut ve Organ Protezi	1.262.046	1.776.517	2.301.752	2.001.349,03
İçmece-Kaplıca Tedavi	585.747	863.793	1.374.289	1.711.866,54
İşitme Cihazı	2.169.634	4.726.073	8.647.778	9.993.236,25
Sağlık Yolluğu	2.990.164	3.833.036	4.655.638	5.292.443,94
Eczane-İlaç	1.099.663.956	1.516.600.601	1.524.299.745	1.607.042.801,77
İyileştirme	53.905.955	52.638.553	63.086.602	59.260.821,72
<b>TOPLAM</b>	<b>1.840.221.230</b>	<b>2.498.189.724</b>	<b>2.795.695.601</b>	<b>2.917.045.576,63</b>

\* Milyon TL.

(Kaynak: <http://www.emekli.gov.tr/ISTATISTIK/saglik.html#s1>, Erişim:20.02.2006)

<sup>62</sup> Oral, a.g.e., s. 234-236.

<sup>63</sup> Güvercin, a.g.m., s. 93.

Emekli Sandığı tarafından gerçekleştirilen toplam sağlık harcamalarının, harcama fonksiyonlarına göre dağılımını gösteren Tablo 1 incelendiğinde, Emekli Sandığı sağlık harcamalarının temelini ilaç harcamalarının oluşturduğu görülmektedir. Bunun Kurum üyelerinin genellikle yaşlı bireylerden oluşmasından kaynaklandığı söylenebilir. Emekli Sandığı sosyal güvenlik kurumları içinde kişi başına ilaç harcaması en yüksek olandır. 2003 yılı verilerine göre Emekli Sandığı kişi başına yaklaşık 1 milyar TL. Sağlık harcaması gerçekleştirmiş ve bunun 604 milyon TL'si ilaçtan kaynaklanmıştır<sup>64</sup>.

### 2.5.2.2. SSK'nın Sağlık Harcamaları

Türkiye'de ilk kez 1936 tarihli 3008 sayılı *İş Kanunu* ile sosyal sigortaların özü oluşturulmuş ve İşçi Sigortalarının kurulması zorunlu kılınmıştır. 1945 yılında İşçi Sigortaları Kurumu kurulmuştur. 1946 yılında iş kazası, meslek hastalığı sigortacılıkları, 1951 yılında da hastalık sigortacılığı başlatılmıştır. İşçi Sigortaları Kurumu adı, 1964 yılında kabul edilen 506 sayılı *Sosyal Sigortalar Kanunu*'nun 136. maddesiyle Sosyal Sigortalar Kurumu olarak değiştirilmiştir<sup>65</sup>. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), kamu tüzel kişiliğini haiz, idari ve mali özerkliğe sahip, özel hukuk hükümlerine tabi ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın bağlı kuruluşu olan Sosyal Güvenlik Kurumu'nun ilgili kuruluşudur. SSK, iş kazası, meslek hastalığı, hastalık, analık, malullük, yaşlılık ve ölüm hallerinde bir hizmet akdine bağlı olarak çalışanlarla bunların bağımlılarına hizmet sunmaktadır.

Kurumun finansmanı, primlerle ilaç ve protez, araç ve gereç bedellerine katılım paylarıyla sağlanmaktadır. Örneğin sigortalının kazancının % 11'i olan hastalık sigortası priminin, % 5'i sigortalının, % 6'sı da işverenin payıdır. Sigortalının kendisi, eşi, bakmakla yükümlü olduğu çocukları, geçindirmekle yükümlü olduğu anne ve babasının ayakta tedavi olmaları halinde verilen ilaç bedellerinin % 20'sinin, protez, araç ve gereç bedellerinin % 20'sinin sigortalı

---

<sup>64</sup>Mehmet Top ve Menderes Tarcan (2004), "*Türkiye İlaç Ekonomisi ve İlaç Harcamaları: 1998-2003 Dönemi Değerlendirmesi*", Erişim: 20.02.2006, <http://www.econturk.org/Turkiyeekonomisi/ilac.doc>, s. 10.

<sup>65</sup>Turan, a.g.e., s. 19.

tarafından ödeneceği ilgili kanunda belirtilmiştir<sup>66</sup>. 2005 Haziran ayı verilerine göre SSK kapsamında; aktif nüfus 7.321.200, pasif nüfus 4.210.859 ve bağımlı nüfus 28.394.804 olmak üzere toplam 39.926.863 kişi bulunmaktadır<sup>67</sup>.

**Tablo 2:** SSK'nın Toplam Sağlık ve İlaç Harcamaları

Yıllar	Toplam Sağlık Harcaması *	İlaç Harcaması *	İlaç Harcaması Artış Oranı (%)	Sağlık Harcamaları İçindeki Oranı (%)
1999	748.699,5	304.016,7	83,6	40,6
2000	1.280.188,8	572.409,3	88,3	44,7
2001	2.257.957,6	992.615,6	73,4	44,0
2002	3.594.350,1	1.878.558,2	89,3	52,3
2003	4.981.193,7	2.101.495,7	11,9	42,2
2004**	6.413.000,0	2.655.000,0	26,3	41,4

\* Milyar TL

\*\* Tahmini

**Not :** Toplam sağlık harcamalarına ilaç giderleri dahildir.

(Kaynak: [http://www.calisma.gov.tr/basinbulteni/bk\\_saglik\\_giderleri3.htm](http://www.calisma.gov.tr/basinbulteni/bk_saglik_giderleri3.htm), Erişim: 20.02.2006)

SSK toplam sağlık harcamalarını ve ilaç harcamalarını artış oranları ile birlikte gösteren Tablo 2 incelendiğinde, SSK ilaç harcamalarının kurumun toplam sağlık harcamaları içindeki payının diğer sosyal güvenlik kurumlarına göre daha düşük olması göze çarpmaktadır. SSK kişi başına yaklaşık 40\$ ilaç harcaması yaparken, diğer sosyal güvenlik kurumları SSK'ya göre 2-10 misli daha çok kişi başı ilaç harcaması yapmaktadır. Emekli Sandığı kişi başına ilaç harcaması en yüksek sosyal güvenlik kurumudur. Emekli Sandığı ve Bağ-Kur ilaç harcamaları bu kurumların toplam sağlık harcamaları içinde yaklaşık % 55-60 oranında yer alırken, 2003 yılı verisine göre SSK toplam sağlık harcamasının % 42,2'sini ilaç harcamaları oluşturmuştur. SSK kapsamındaki kişi sayısının çok daha fazla olmasına rağmen ilaç

<sup>66</sup> Sosyal Sigortalar Kanunu (1964 tarih ve 506 sayılı), Erişim: 21.02.2006, [http://www.ssk.gov.tr/sskdownloads/bilgibankasi/mevzuat/506\\_turkce.doc](http://www.ssk.gov.tr/sskdownloads/bilgibankasi/mevzuat/506_turkce.doc)

<sup>67</sup> SSK Sigortalı Sayıları, Erişim: 21.02.2006, [http://www.calisma.gov.tr/basinbulteni/2005\\_bulten1/8\\_aylik/ssk\\_sigortalı\\_sayilari.htm](http://www.calisma.gov.tr/basinbulteni/2005_bulten1/8_aylik/ssk_sigortalı_sayilari.htm)

harcamalarının daha düşük olmasının nedeni olarak SSK'nın, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur'unkinden farklı ilaç politikası izlemesi gösterilmiştir<sup>68</sup>.

### 2.5.2.3. Bağ-Kur'un Sağlık Harcamaları

1971 tarihli 1479 sayılı kanunla kurulan Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu, kısa adıyla Bağ-Kur, özel hukuk hükümlerine tabi, tüzel kişiliği haiz, idari ve mali bakımdan özerk, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın bağlı kuruluşu olan Sosyal Güvenlik Kurumu'nun ilgili kuruluşudur. Sosyal Sigortalar kapsamı dışında kalan bir işverene bağlı olmadan kendi adına ve hesabına çalışan, mesleğini sürdürebilmesi için kanunla kurulu bir meslek kuruluna girmesi zorunlu bulunan esnaf ve sanatkârlarla diğer bağımsız çalışanlar ve bunların bağımlıları Bağ-Kur kapsamına girer.

1479 sayılı kanuna göre, sigortalılara yapılan yardımlar; malullük aylığı, yaşlılık aylığı, yaşlılık toptan ödemesi, ölüm aylığı, ölüm toptan ödemesi, cenaze yardımı ve sağlık sigortasıdır<sup>69</sup>. Bağ-Kur sağlık sigortası, sigortalıların hem hastalık hem de iş kazası riskiyle karşılaşması durumunda yapılan yardımları içermektedir. SSK'daki gibi iş kazası ve hastalık sigortası ayrı ayrı düzenlenmemiştir. Bağ-Kur, 1985 yılında başlatmış olduğu sağlık hizmetlerini kademeli olarak geliştirerek 1988 yılı sonunda tüm üyelerine yaygınlaştırmıştır<sup>70</sup>.

Sağlık hizmetlerini satın alma yoluyla sağlayan Bağ-Kur'un, en önemli finansman kaynağı topladığı sağlık primleridir. 1999 yılında 4447 sayılı kanunla yapılan değişiklikle, ilk sekiz basamakta bulunan Bağ-Kur sigortalılarının sekizinci gelir basamağı tutarının, dokuz ve daha yukarı basamaklarda bulunanlarınsa buldukları gelir basamağı tutarının % 15'i oranında sağlık sigortası primi ödeyecekleri belirtilmiştir<sup>71</sup>.

<sup>68</sup> Top ve Tarcan, a.g.m., s. 13, 20.

<sup>69</sup> *Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sigortalar Kurumu Kanunu (1971 tarih ve 1479 sayılı)*, Erişim: 21.02.2006, <http://www.bagkur.gov.tr/mevzuat/s01.shtml>

<sup>70</sup> Oral, a.g.e., s. 222-223.

<sup>71</sup> *İşsizlik Sigortası Kanunu (1999 tarih ve 4447 sayılı)*, Erişim: 11.02.2006, <http://www.belgenet.com/yasa/k4447.html>

Kurumun bir başka finansman kaynağı da aylık alanlardan kesilen sigorta primleridir. Oysa, diğer sosyal güvenlik kurumlarında sağlık hizmetleri karşılığı olarak emekli aylıklarından prim kesilmemektedir. Bağışlar ve katkı payları da Kurumun diğer gelirlerini oluşturmaktadır. Örneğin, ayakta yapılan tedavilerde poliklinik muayene ücretinin ve verilen ilaç bedellerinin % 20'si sigortalı ve hak sahipleri, % 10'u aylık alanlar ve hak sahipleri tarafından karşılanır. İş kazası ve meslek hastalığı sonucu verilecek olanlar hariç, protez, araç ve gereç bedellerinin %20'si sigortalı ve hak sahipleri, % 10'u ise aylık alanlar ve hak sahipleri tarafından karşılanır<sup>72</sup>.

2002 yılı verilerine göre Bağ-Kur kapsamında; aktif nüfus 3.321.332, pasif nüfus 1.393.670 ve bağımlı nüfus 10.832.989 olmak üzere toplam 15.547.991 kişi bulunmaktadır<sup>73</sup>.

**Tablo 3:** Bağ-Kur'un Toplam Sağlık ve İlaç Harcamaları

Yıllar	Sağlık Harcamaları *	Artış (%)	İlaç Giderleri*	Artış (%)	İlaç Gideri/Top. Sağ. Har. (%)
2000	730.296	76,6	458.336	98,1	62,8
2001	1.228.849	68,3	780.446	70,3	63,5
2002	2.195.308	78,6	1.321.532	69,3	60,2
2003	2.977.270	35,6	1.747.657	32,2	58,7

\* Milyar TL

**Not 1:** Sağlık harcamalarına ilaç giderleri dahildir.

**Not 2:** 2003 yılı verileri geçici gerçekleşme rakamlarıdır.

(Kaynak:[http://www.calisma.gov.tr/basinbulteni/bk\\_saglik\\_giderleri.htm](http://www.calisma.gov.tr/basinbulteni/bk_saglik_giderleri.htm), Erişim: 20.02.2006)

Tablo 3'Ten, Emekli Sandığı'nda olduğu gibi Bağ-Kur toplam sağlık harcamaları içinde de ilaç harcamalarının payının yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

<sup>72</sup>Oral, a.g.e., s. 237.

<sup>73</sup>Güvercin, a.g.m., s. 93.

Bağ-Kur, 2003 yılında kişi başına 353.635.877 TL. sağlık harcaması yapmış ve bununun 207.584.202 TL.'lik kısmını ilaç harcaması için gerçekleştirmiştir<sup>74</sup>.

Sonuç olarak, Sosyal Güvenlik Kurumlarının toplam sağlık harcamaları içinde ilaç giderlerinin payının yaklaşık % 45-50 arasında seyrettiği, yani Sosyal Güvenlik Kurumlarının toplam sağlık harcamalarının yaklaşık yarısını ilaç ürünleri için kullandığı söylenebilir<sup>75</sup>.

## 2.6. Sağlık Sistemi Kavramı ve Çeşitleri

### 2.6.1. Tanım

Sağlık Sistemi; amacı doğrudan sağlığı geliştirmek olan her türlü hizmeti bünyesinde barındıran girdi, süreç, çıktı ve sonuç unsurlarından oluşan, sosyal, kültürel, ekonomik, tıbbi, örgütsel, fiziksel altyapı ve teknolojik nitelikleri olan, birey ve toplum sağlığını istenilen düzeye ulaştırmaya yönelik bir bütündür<sup>76</sup>. Sistemin bileşenlerini oluşturan çoğu değişkenin dinamik niteliği ve katı bir kesinlik taşımayışı, sağlık sistemlerinin karmaşık bir yapıda olmasına yol açar<sup>77</sup>. Sağlık sistemleri tarihsel, kültürel, ekonomik, coğrafik ve siyasal farklılıklardan dolayı ülkeden ülkeye değişiklik gösterir. Çeşitli kriterler baz alınarak sağlık sistemlerine ilişkin çok sayıda sınıflandırma yapılmıştır; fakat bunların herhangi bir ülkede tek bir sistem olarak benimsendiğini görmek zordur. Çünkü yaygın olan uygulama, farklı sistemlerin özelliklerini taşıyan karma bir sistemin uygulanmasıdır. Aynı ülke içinde birden fazla sağlık örgütlenmesi ve farklı finansman yöntemleri bulunabilmektedir. Bu nedenlerden dolayı ülkeleri, sağlık sistemleri açısından kesin kategorilere yerleştirmek mümkün olmamaktadır.

---

<sup>74</sup> Top ve Tarcan, a.g.m., s. 15.

<sup>75</sup> y.a..g.m., s. 8.

<sup>76</sup> H. Hüseyin Yıldırım ve Menderes Tarcan, *Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri: Türkiye İçin Çıkarılacak Dersler*, (I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, 20-21 Mayıs 2000, Ankara), Erişim: 14.02.2006, [http://www.absaglik.net/hhy\\_kss.pdf](http://www.absaglik.net/hhy_kss.pdf), s. 2.

<sup>77</sup> Sönmez Işık, *Sosyal Bir Kurum Olarak Sağlık*, (Haziran 1997), Erişim: 10.01.2006, <http://www.spgk.gov.tr/ss/sayilar/9706/7.htm>



## 2.6.2. Sağlık Sistemi Çeşitleri

Sağlık sistemlerinin finansman şekline göre çeşitleri aslında yukarıdaki anlatımlar sırasında ele alınmıştır. Ancak birbirine benzer kriterlere dayanılarak bir çok bilim adamı ve düşünür tarafından sağlık sistemlerinin sınıflandırılmaya çalışıldığı görülmektedir. 1978 yılında Milton Terris tarafından yapılan ilk sınıflandırmaya göre sağlık sistemleri; kamuya dayalı sistem, sigortaya dayalı sistem ve ulusal sağlık sistemi şeklinde üçe ayrılmıştır. 1980'li yıllarda Mark Field tarafından yapılan Field tipolojisi adını taşıyan sınıflandırmaya göre de sağlık sistemleri; gelişmekte olan ülkeler, serbest piyasa tipi, sigorta ve sosyal güvenlik, ulusal sağlık hizmeti, sosyalist sistem olarak beş gruba ayrılmıştır. Bu sınıflamayı daha kapsamlı ve ayrıntılı bir hale sokan Kılıç ve Bumin'in sınıflaması ise; özel sigorta ağırlıklı, soysal sigorta ağırlıklı, ulusal sağlık sistemi, sosyalist sağlık sistemi, karmaşık yapıda sağlık sistemi, ilkel yapıda sağlık sistemi, şeklindedir. Milton Roemer da 1984 yılından itibaren üç sınıflama geliştirmiştir<sup>78</sup>. 1993 yılında geliştirdiği sınıflama çerçevesinde, devletin üstlendiği sorumluluk esas alınarak oluşturulduğu söylenebilecek dört grup bulunmaktadır<sup>79</sup>.

i) *Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri*: İleri düzeyde endüstrileşmiş ülkeler için uygun olan bu sağlık sisteminin tipik örneği ABD sağlık sistemidir. Özel sağlık sigortacılığının yaygın olduğu ABD'de, sağlık harcamalarının % 60'ı özel sektör tarafından yapılmaktadır. Hastane yataklarının 2/3'ü özel sektördedir ve temel sağlık hizmetleri özel hekimlerce sunulur. Orta gelir grubundaki ülkelere Filipinler, düşük gelir grubundaki ülkelere de Kenya bu sisteme sahip ülke örnekleridir.

ii) *Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri*: Sağlık harcamalarının % 70-80'inin kamuya, kalanının da özel sektöre ait olduğu bu sistemde, kamu harcamalarının önemli kısmı zorunlu sigorta fonlarından gelir. Almanya bu sistemin en tipik örneğidir. Orta gelir grubundaki ülkelere Peru, düşük gelir grubundaki ülkelere de Hindistan bu sistemi uygulamaktadır.

<sup>78</sup> Orhun Kalkan (Mart 2003), "Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması", Erişim: 14.02.2006, <http://www.bsm.gov.tr/makale/20033.asp?sayi=20033>

<sup>79</sup> Belek, *Sosyal Devletin Çöküşü...*, a.g.e., s. 136-140.

iii) *Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemleri*: Finansmanın tamamen genel vergilerden sağlanması, sağlık çalışanlarının ücret sistemi ile istihdam edilmeleri ve bütün nüfusu kapsamaması sistemin özellikleridir. Bu sistem İngiltere ve İskandinav ülkelerinde 1950’de; İspanya, Yunanistan ve İtalya’da 1970’de uygulanmaya başlamıştır. Harcamaların % 87’sinin hükümete ait olduğu İngiltere’de bu oranın, sistemin uygulanmaya başlamasından 10 yıl önce sadece % 9 olduğu belirtilmiştir<sup>80</sup>. Bu sisteme sahip olan az sayıdaki gelişmekte olan ülkeler arasından Kosta Rica ve Sri Lanka örnek olarak verilmektedir.

iv) *Sosyalist Tip Sağlık Sistemleri*: Sağlık sisteminin merkezi planlamayla devlet tarafından finanse edildiği Küba, dünyada bu sistemin tek uygulayıcısı olarak gösterilmektedir. 1980 sonrası dönemde önemli yapısal değişimler geçirmiş olsa da kısmen Çin de bu sisteme örnek gösterilmektedir.

## **2.7. Rakamlarla Türkiye Sağlık Sektöründe Mevcut Durum**

Sağlık göstergelerinin ortaya konması, Türkiye’deki sağlık düzeyinin durumu hakkında bilgilendirici olması açısından önemlidir. Kaba doğum hızı, doğurganlık hızı, kaba ölüm hızı, bebek ölüm hızı, ana ölüm hızı, doğumda beklenen yaşam süresi, milli gelirden sağlığa ayrılan pay, kişi başına düşen sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının kamu-özel dağılımı, hekim başına düşen nüfus, yatak sayısı, kişi başına düşen ilaç harcamaları sağlık düzeyinin ve sektörünün anlatımında en çok başvurulan göstergelerdir<sup>81</sup>.

---

<sup>80</sup> Belek, *Sosyal Devletin Çöküşü...*, a.g.e., s. 138.

<sup>81</sup> Gösterge rakamları, farklı resmi kurumlar arasında çeşitlilik göstermektedir.

**Tablo 4:** AB Ülkeleri İle Karşılaştırmalı Temel Sağlık Göstergeleri

Göstergeler	Türkiye			AB Ortalaması		
	1990	2000	2003*	1990	2000	2003*
Nüfus Artış Hızı (Yüzde)	2,2	1,48	1,39	0,4	0,2	0,2
Kaba Doğum Hızı (Binde)	29,7	21,5	20,9	12	10	10
Kaba Ölüm Hızı (Binde)	7,9	6,7	7,0	11	9	8
Doğumda Bekl. Yaşam (Yıl)	63	69,1	68,7	74	77	78
Bebek Ölüm Hızı (Binde)	48,8	35,3	38,3	10	7	7
5 Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızı	60	50	50	12	8	8

\* Tahmin

(Kaynak: DPT, **Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005) 2004 Yılı Programı Destek Çalışmaları: Ekonomik ve Sosyal Sektörlerdeki Gelişmeler**, Ankara, 2004, s. 202.)

Tablo 4’te Türkiye’nin AB ülkeleri ortalaması ile karşılaştırmalı, bazı temel sağlık göstergelerine yer verilmiştir. Tablo incelendiğinde Türkiye’nin özellikle bebek ölüm hızı ve 5 yaş altı çocuk ölüm hızı göstergelerinin AB ülkeleri ortalamasının oldukça üzerinde bulunduğu görülmektedir. Binde 40’lar, binde 10’ların yanında çok yüksek oranlardır. Doğumda beklenen yaşam süresi olarak da anılan ortalama insan ömrünün son yıllarda AB ülkelerinde arttığı da Tablo 4’ten anlaşılmaktadır.

Gelir ve sağlık düzeyi arasında doğru orantılı bir ilişki olduğu hem uygulamalı hem de teorik çalışmalarla büyük ölçüde ortaya konmuştur. Örneğin; yüksek gelirin daha iyi ve temiz su arzını sağlayarak, daha iyi bir koruyucu sağlık hizmeti sunumunun gerçekleştirilmesine imkan tanıyacağı açıktır. Bununla birlikte, gelirin yüksek olması her zaman sağlık hizmetlerinin en verimli şekilde sunulduğu anlamına gelmemektedir. Bu durumun en belirgin örneğini ABD oluşturmaktadır. ABD’de sağlık harcamaları yüksek olmasına rağmen verimlilik düzeyi, harcamaların daha düşük olduğu İngiltere’ye göre daha alt düzeydedir. Bu bağlamda gelirle sağlık düzeyi arasındaki ilişkinin ölçülmesi son derece zordur. Çünkü sağlık düzeyi, gelirin

dışında harcama politikaları, sigorta uygulamaları, kalıtımsal özellikler vb. unsurlarla da yakından ilişkilidir<sup>82</sup>.

**Tablo 5:** Türkiye’de Yıllara Göre Sağlık Harcamaları

Yıllar	Toplam Sağlık Harcaması GSMH (%)	Kamu (%)	Kişi Başı Sağlık Harcaması(\$)	Kişi Başı Sağlık Harcaması (\$/SAGP)*
1995	3.9	64.3	106.5	234.3
1996	3.7	64.0	111.4	251.1
1997	3.6	63.0	119.8	259.1
1998	4.0	63.0	139.9	279.1
1999	4.1	79.9	116.4	220.0
2000	4.3	80.0	135.3	250.0
2001	3.9	78.0	81.4	170.9
2002	4.3	77.0	111.7	245.7
2003	4.5	77.0	153.5	322.3

\*Satın Alma Gücü Paritesi (SAGP) ne göre hesaplanmıştır.

(Kaynak: <http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/ytkiy2004/T10.XLS>,

Erişim:05.02.2006)

Tablo 5’e göre Türkiye’de toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı 2000 yılında % 4,3; 2001 yılında % 3,9; 2002 yılında % 4,3 ve 2003 yılında % 4,5 olarak gerçekleşmiştir. Kamu harcamalarının payı açısından 2000’lerin başlarında önemli değişiklikler yaşanmamıştır. Kişi başı sağlık harcamalarının düşüklüğü de Tablo 7’deki diğer ülkelerle bir karşılaştırma yapıldığında ortaya çıkmaktadır.

<sup>82</sup> Kerem Bulut ve Ö. Selçuk Emsen, “Doğu Anadolu Bölgesinde Sağlık Sektörü ve Bir Model Önerisi”, *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, Cilt: 4, Sayı: 1, Nisan 2003, ss. 19-31, s. 24.

**Tablo 6:** Seçilmiş Bazı OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları, 2001

Ülkeler	Kamu H./Top. Sağ.H. (%)	Özel H./ Top.Sağ.H.(%)	Top.Sağ.H./GSMH (%)
ABD	44,9	55,1	13,7
Almanya	78,6	21,4	10,8
Fransa	75,9	24,1	9,4
İngiltere	83,0	17,0	7,5
İtalya	76,0	24,0	8,3
Japonya	81,7	18,3	7,8
Meksika	44,8	55,2	6,0
Yunanistan	53,1	46,9	9,4

(Kaynak: <http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/ytkiy2004/T13.XLS>,  
Erişim:05.02.2006)

Tablo 6’da, toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki payının gelişmiş bazı ülkelerde % 10 seviyelerinde bulunduğu görülmektedir. Toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki % 3-% 5 arası seyreden payları, Türkiye’nin gelişmiş ülkelerin gerisinde olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü tarafından asgari olarak tavsiye edilen % 5 hedefine de ulaşamamıştır.

OECD ülkelerinde son yıllar içerisinde sağlık maliyetleri artmıştır. Ülkelerin çoğunda sağlık harcamaları, genel ekonomik büyümeden daha hızlı bir artış göstermiştir. 2003 yılında OECD ülkeleri GSYH’nın ortalama % 8,8’ini sağlık harcamalarına ayırmışlardır. Bu oran 1990 yılında % 7,1, 1970 yılında ise % 5’in biraz üzerinde idi. Sağlık harcamalarındaki artış ve bu artışın ülkeler arasında farklılık göstermesi çeşitli etmenlere bağlanabilir. Kişi başına düşen gelirin artması, diğer mal ve hizmetlere göre ek sağlık harcamalarına verilen değer artması, sağlık sistemlerinin organizasyon yapıları ve finansmanındaki farklılıklar, harcama seviyeleriyle ilgili politik kararlar, tıbbın hastalıkları önleme, teşhis ve tedavi olanaklarında kaydedilen ilerlemeler, yeni donanım, tedavi yöntemleri ya da ilaçların finansmanının nasıl sağlanacağına dair karar verme süreci, yeni tıp teknolojilerinin

ve yeni ilaçların geliştirilmesi ve yaygınlaşması, nüfusun yaşlanması bu etmenler arasında yer almaktadır<sup>83</sup>.

Sağlık harcamaları bakımından en büyük paya sahip olan Sağlık Bakanlığı'nın bütçesinin devlet bütçesine oranı; 1980 yılında % 4,21; 1985 yılında %2,54; 1990 yılında 4,12; 1995 yılında % 3,65; 2000 yılında % 2,26; 2001 yılında %2,66; 2002 yılında 2,40; 2003 yılında % 2,43; 2004 yılında % 3,19 olarak gerçekleşmiştir<sup>84</sup>. Bu oranların düşük olduğu konusunda genel bir kanı bulunmaktadır.

**Tablo 7:** Seçilmiş Bazı OECD Ülkelerinde Kişi Başı Sağlık Harcaması (\$)

Ülkeler	1996	1998	2000	2002
ABD	3.708	4.180	4.499	5.274
Almanya	3.036	2.488	2.768	2.817
Fransa	2.550	2.102	2.380	2.736
İngiltere	1.365	1.532	1.804	2.160
İtalya	1.597	1.830	2.028	2.166
Japonya	-	1.844	2.009	2.133
Kore	-	720	899	982
Meksika	163	-	477	550
Türkiye	108	-	315	420
Yunanistan	693	1.207	1.349	1.814

(Kaynak: **Türkiye Sağlık İstatistikleri 2006**, (Der. Onur Hamzaoğlu ve Umut Özcan), TTB Yayınları, 2006, s. 102.)

Tablo 7'de, Türkiye'deki kişi başına düşen sağlık harcamalarının, gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında çok alt seviyelerde kaldığı görülmektedir. Öyle ki,

<sup>83</sup> OECD, *Health at a Glance: OECD Indicators (2005)* / Türkçe Özeti, Erişim: 03.01.2006, <http://www.oecd.org/dataoecd/55/49/35636867.pdf>, ss. 1-18, s. 3.

<sup>84</sup> Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Devlet Bütçesine Oranı, Erişim: 02.02.2006, <http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/apk/2003istatistik/22sayfa.htm>

gelişmiş ülkeler için 2000\$-5000\$ kişi başı sağlık harcaması söz konusuken, Türkiye için ancak 100\$-300\$ arasında değişen rakamlardan bahsedilebilmektedir.

2002 yılı itibariyle hekim sayısı 95.190, hekim başına düşen nüfus da 729 olarak belirlenmiştir. Yine aynı yıl itibariyle hastane yatağı sayısı 178.135 ve yatak başına düşen nüfus 390 şeklinde tespit edilmiştir<sup>85</sup>. Hastane hizmetlerinin büyük şehirlerde toplanması, hasta akınına neden olmaktadır. Bu durum aslında sağlık yatırımları, hizmetleri ve personeli bakımından bölgeler arasındaki mevcut dengesizliğe de işaret etmektedir. Yüksek ücretlerle sözleşmeli personel çalıştırmaya özendirme, mecburi hizmet ilkesini yerleştirme çabalarına rağmen bölgeler arasındaki farklılıkları giderme konusunda pek başarı sağlanamamıştır. Ayrıca, koruyucu sağlık hizmetlerine yeterince önem verilmediği, tedavi edici hizmetlere öncelik tanındığı da bilinmektedir.

19.01.2005 tarihli 5283 sayılı *Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Kanun*'un yürürlüğe girmesiyle SSK'nın tüm kurumlarındaki, 6 bin 364'ü uzman, 3 bin 675'i asistan ve pratisyen hekim olmak üzere toplam 10 bin 39 hekimin Sağlık Bakanlığı bünyesinde hizmet vereceği bildirilmiştir. Ayrıca söz konusu devirle, SSK'nın yataklı 148 adet tedavi kurumu ile 425 adet yataksız sağlık tesisi, Sağlık Bakanlığı bünyesine katılmış ve Türkiye'deki yataklı sağlık tesislerinin % 56'sını elinde bulunduran Sağlık Bakanlığı, SSK bünyesindekilerin de katılımıyla bu payını % 68'e çıkarmıştır<sup>86</sup>.

Türkiye'deki özel hastane sayısı Kasım 2005 tarihi itibariyle 270 olarak bildirilmiştir. Hastaların sadece % 9'una özel sağlık sektörünün; geriye kalan %91'lik paya ise devlet, üniversite ve vakıf hastanelerinin hizmet verdiği ve son yıllardaki özel hastane yatırımlarının yıllık 300 milyon doları bulduğu belirtilmiştir<sup>87</sup>.

Son yıllarda yapılan ilaç harcamalarındaki artış, dikkati çekmektedir. 2003 yılında, kişi başına düşen ilaç harcamasının en yüksek olduğu ülke 700\$ ile ABD

<sup>85</sup> Devlet Planlama Teşkilatı ( DPT), **Ekonomik ve Sosyal Göstergeler (1950-2004)**, Ağustos 2005, s. 170-171.

<sup>86</sup> *573 Tesis Sağlık Bakanlığı'na Geçti*,

Erişim: 21.01.2005, <http://www.milliyet.com.tr/2005/01/21/ekonomi/eko06.html>

<sup>87</sup> *Özel Hastanelere Her Yıl 300 Milyon Dolarlık Yatırım*,

Erişim: 27.11.2005, <http://www.milliyet.com.tr/2005/11/27/ekonomi/eko01.html>

iken, onu 600\$ ile Fransa ve yaklaşık 500\$ ile Kanada ve İtalya izlemiştir. En düşük harcamanın olduğu ülkeler ise 100\$'ın biraz üzerindeki rakamlarla Meksika ve Türkiye'dir. İlaç harcamalarında ülkeler arasındaki farklılıkların nedenleri; gelir düzeyi farklılıkları, tüketim yapısı, fiyat seviyesindeki farklılıklar, ilaçların ulusal sağlık programları ve kamu tarafından finanse edilen sigorta kapsamına girip girmemesidir. Ayrıca Bilgisayarlı Tomografi ve Manyetik Rezonans Görüntüleme cihazları gibi tıbbi teknolojilerinin kullanımının son on yıl içerisinde tüm OECD ülkelerinde arttığı da belirtilmektedir<sup>88</sup>. İlaç ve tıbbi cihaz konusunda Türkiye'nin büyük ölçüdeki dışa bağımlılığı eleştiri konusu olmaktadır. Tıbbi cihaz ithalatının toplam tıbbi ithalat içindeki payı sürekli artan bir eğilim göstermektedir. Bu pay 1980'de % 10 seviyelerinde iken, 1990'ların başında % 20'nin üzerine çıkmıştır. Bu cihazların büyük çoğunluğunun İngiltere'dekinin aksine özel sağlık kurumlarının elinde olduğuna ve sağlık piyasasının geliştiği bölgelerde yoğunlaştığına dikkat çekilmektedir<sup>89</sup>.

Sağlık sigortası kapsamındaki nüfus 2000 yılında % 83,1; 2001 yılında %81,0 ve 2002 yılında % 83,8 şeklinde gerçekleşmiştir<sup>90</sup>. Başka bir deyişle, nüfusun yaklaşık % 20'si sağlık güvencesi kapsamı dışındadır. Genel Sağlık Sigortasıyla tüm nüfusun güvence kapsamına alınması amaçlanmaktadır.

Finansman sıkıntısı, sağlık hizmeti sunumundaki çok başlılık, ilgili kuruluşlar arasında standart birliğin ve yeterli koordinasyonun olmaması, teknolojik alt yapı yetersizliği, etkili bir sevk zinciri sisteminin olmayışı, kamu hastanelerindeki profesyonel sağlık yönetimi anlayışının eksikliği, kadrolaşma, tıp fakültelerinin sayısında artış yaşanırken, eğitim ve işgücü kalitesinde düşüş yaşanması, özel sektörün sağlık hizmeti arzının mevcut eşitsizliği arttırması Türkiye'deki sağlık sektörünün temel sorunlarını oluşturmaktadır. Türkiye'de sağlık mevzuatının eski, dağınık, karışık, yetersiz ve sık sık değişen özellikte olması da bir başka sorundur. Örneğin; 1930 tarihli *Umumi Hıfzısıhha Kanunu*, o günün koşullarına göre hazırlanmış, sağlığın anayasası niteliğinde; fakat günümüz gereksinimlerini

<sup>88</sup> OECD, a.g.e, <http://www.oecd.org/dataoecd/55/49/35636867.pdf>, s. 3.

<sup>89</sup> İrfan Gökçay, "Sağlık Hizmetleri", **Özelleştirme Değil Kamulaştırma**, Kaynak Yayınları, 1. Baskı, 1995, s. 145.

<sup>90</sup> Devlet Planlama Teşkilatı, **Sekizinci Beş Yıllık...**, a.g.e., s. 200.



karşılamaktan oldukça uzak bir kanundur<sup>91</sup>. Sağlık Bakanlığı'nın bir kuruluş kanununun bulunmaması ve bakanlığın teşkilat ve görevlerinin hala 13.12.1983 tarihli ve 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'ye dayandırılıyor olması da mevzuatın eskiliğine dair başka bir örnektir.

---

<sup>91</sup> Turan, a.g.e., s. 14.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKASININ TARİHSEL GELİŞİMİ

#### 3.1. Cumhuriyet'in Kuruluş Dönemi

Cumhuriyet döneminde her alanda olduğu gibi sağlık alanında da önemli adımlar atılmıştır. Cumhuriyet'in kurulduğu ilk yıllarda sağlık alanında en büyük sorun savaşın neden olduğu salgın hastalıkların önlenemesiydi. TBMM'nin kurulmasından hemen sonra 3 Mayıs 1920'de 3 sayılı kanunla *Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti* (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) kurulmuş ve Dr. Adnan Adıvar ilk Sağlık Bakanı olarak görevlendirilmiştir. Dr. Adnan Adıvar, Ankara Vilayet Konağı'nda göreve başladığında, elde mevcut kayıt ve bilgi bulunmadığından, görev yapmakta olan hekimlerin isimleri telgrafla istenerek, İstanbul Hükümeti'nin kanun ve nizamnameleri temin edilmiş, ayrıca Bakanlık usul ve kadroları tertip edilmiştir. 10 Mart 1921'de Dr. Adnan Adıvar'ın ayrılması ile Sağlık Bakanlığı görevine, daha sonra bu görevi aralıklı olarak toplam 15 yıl yapacak olan Dr. Refik Saydam atanmıştır.

1937 yılına kadar süren bakanlığı süresince, sağlık hizmetlerinin kuruluşunda ve gelişmesinde büyük katkılar sağlayan Dr. Refik Saydam'ın döneminde, bugünkü Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatının temelini oluşturan, 1593 sayılı *Umumi Hıfzıssıhha Kanunu* (1930) ve 3017 sayılı *Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu* (1936), 1219 sayılı *Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun* (1928) gibi halen yürürlükte olan kanunlar çıkarılmıştır<sup>1</sup>.

Sağlık Bakanı Dr. Saydam, sağlık hizmetlerinin plan ve programla yönetiminin tek elden yürütülmesinin ve koruyucu hekimliğin devlet görevi, tedavi edici hekimliğin ise yerel yönetimlerin hizmeti olması gerektiğini savunmuştur. Hükümet koruyucu hekimlik hizmetlerini, özellikle sıtma, frengi, trahom, verem, cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele için kurduğu örgütleri genel bütçeden finanse etmiştir. Sağlık insangücü ihtiyacını karşılamak üzere hükümet, tıp öğrencilerinin yeme, içme, giyinme ve barınma gereksinimlerini sağlamak amacıyla

<sup>1</sup> Haluk Özseri (Aralık 1998), *Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları*, Erişim:10.01.2006, <http://www.spgk.saglik.gov.tr/ss/sayilar/9812/3.htm>

tıp öğrenci yurtları kurmuştur. Bu yurtlarda para ödemedi kalan öğrenciler, mezun olduktan sonra dört yıl Sağlık Bakanlığı'nda zorunlu hizmette bulunacaklardı<sup>2</sup>. 1923 yılında 554 olan hekim sayısı 1930'da 1.182'ye, 1940'da da 2.387'ye çıkmıştır<sup>3</sup>.

Hastane hizmetlerinin yürütülmesi, yani tedavi edici hizmetler yerel yönetimlere bırakılmış, her ilçede hükümet tabipliği kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı belediyelere ve özel idarelere yol gösterici olması amacıyla Ankara, İstanbul, Sivas, Diyarbakır ve Erzurum'da birer Numune hastanesi açmış, böylece yerel yönetimlerin hastane açmaları teşvik edilmiştir.

1926 yılında çıkarılan bir kanunla, özel idare ve belediyelerde çalışan tüm sağlık personelinin atama ve yükseltmelerinin Sağlık Bakanlığı'nca yapılması ve bütçelerinin sağlık harcamalarıyla ilgili bölümünün yine bu bakanlıkça hazırlanan bir yönetmeliğe göre düzenlenmesi kabul edilmiştir. Böylece kamu kesiminde çalışan sağlık personelinin yönetimini tek elde toplayan bir merkezi yönetim dönemi başlamıştır<sup>4</sup>. Sağlık Bakanlığı, koruyucu hekimlik hizmetlerini hekimler için çekici duruma getirmek amacıyla devlet memurlarına verdiği maaştan çok yüksek bir ücret sistemi kabul etmiştir. Ayrıca hekimlerin serbest çalışması yasaklanmıştır.

Bir ülkenin sağlık düzeyini saptayan birinci basamak sağlık hizmetleri örgütlenememiştir. Bu nedenle Saydam döneminde sağlık adına çok şey yapılmakla birlikte herkes için sağlıklı yaşam amacına ulaşılamamıştır<sup>5</sup>.

1946 yılında Sağlık Bakanı olan Dr. Behçet Uz, yaptığı "Milli Sağlık Politikası" çalışmaları çerçevesinde kırsal bölgede 20 köye birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık merkezlerinin kurulmasını planlamıştır. Nüfusa düşen yatak sayısının artırılması gereği üzerine oturduğu politikasında, yaklaşık 40.000 nüfusa 10 yataklı sağlık merkezleri kurarak koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bir arada verilmesini sağlamıştır. Bu anlayış, İkinci Dünya Savaşı sonrası dünyada, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin entegre verilmesi genel anlayışına

---

<sup>2</sup> Nusret Fişek, "Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Sağlık Politikaları", **Toplum ve Hekim**, Aralık 1991, ss. 2-4, s. 2-3.

<sup>3</sup> Kerman, a.g.e., s. 17.

<sup>4</sup> Rahmi Dirican ve Nazan Bilgel, **Halk Sağlığı: Toplum Hekimliği**, Uludağ Üniversitesi Basımevi, 2. Baskı, Uludağ Üniversitesi Güçlendirme Vakfı Yayın No: 70, 1993, s. 544-546.

<sup>5</sup> Fişek, "Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde...", a.g.m., s. 3.

paralellik göstermiştir<sup>6</sup>. Behçet Uz tarafından hazırlanan ve koruyucu hekimlik örgütü kurmak, köylere sağlık örgütü kurmak, ihtiyaca uygun sağlık personeli yetiştirmek, hastane ve sağlık kuruluşlarını çağdaş hale getirmek, tüm ülkede her şeyiyle tamamen yeni sağlık tesisleri kurmak hedeflerini içeren Bir “On Yıllık Milli Sağlık Planı”nın<sup>7</sup> uygulanması, ancak ilçe merkezlerine sağlık merkezi adıyla 10-25 yataklı tedavi kurumlarının kurulmasıyla sürdürülmüştür.

1954’te yeniden Sağlık Bakanı olan Behçet Uz, önceki döneminde emek harcadığı planını hayata geçirmek için gerekli çabayı bu kez harcamamıştır; çünkü planın kapsamında, bazı kesimlerin çıkarlarını zedeleyecek türden olan ilaç sanayiini denetlemek, çocuk beslenmesi için gerekli tesisleri kurup işletmek gibi konular bulunmaktaydı<sup>8</sup>. Bu dönmemde, Refik Saydam döneminden farklı olarak hastanecilik hizmetleri, sağlık hizmetlerinin özelliğinden ve sağlık personelinin hizmet sunumundaki öneminden dolayı yerel yönetimlerden alınarak Sağlık Bakanlığı’na verilmiş ve ilk kez sağlık sigortasına geçilmesi önerilmiştir<sup>9</sup>.

### **3.2. 1950-1960 Dönemi**

Demokrat Parti’nin iktidarda olduğu 1950-1960 arası dönemde liberal ekonomik politikalara rağmen sağlık alanının ana eksenini korumakla beraber Refik Saydam’ın koyduğu prensiplerde önemli değişiklikler olmuştur. Yerel yönetimlere bağlı olan hastaneler Sağlık Bakanlığı’na devredilmiş ve hastanelerin genel bütçeden finanse edilmesi ilkesi kabul edilmiştir. Hastaneciliğin gelişmesine büyük önem verilmiş, koruyucu sağlık hizmetleri gerilemese bile ikinci planda kalmıştır. Hastaneciliğin geliştirilmesine koşut olarak yeterli sağlık personeli yetiştirilmediği için hasta bakım hizmeti gelişmemiştir<sup>10</sup>.

Genel Sağlık Sigortası (GSS) kurulması için çalışmalar başlatılmıştır. Ancak uzun çalışmalar sonucunda bunun ülke düzeyinde uygulanmasının mümkün olmayacağına, ücret karşılığı çalışan işçiler için bir sağlık sigortası

<sup>6</sup> Özseri, a.g.m., <http://www.spkgk.saglik.gov.tr/ss/sayilar/9812/3.htm>

<sup>7</sup> Ali Gürsel, “Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları”, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Hacettepe Üniversitesi Atatürk İlkeleri ve İnkılap Tarihi Enstitüsü, Ankara, 1998, s. 37.

<sup>8</sup> Dirican ve Bilgel, a.g.e., s. 547.

<sup>9</sup> Kerman, a.g.e., s. 20.

<sup>10</sup> Metin, a.g.m., <http://www.un.org.tr/who/bulten/turk/bul7turksorunlar.htm>

geliştirilebileceğine karar verilmiştir. Bu amaçla 1945’de kurulan İşçi Sigortaları Kurumu’na, 1952 yılında işçilere sağlık sigortası hizmeti verilmesi görevi verilmiştir. 1953 yılında 6023 sayılı *Türk Tabipleri Birliği Kanunu*; 1954 yılında 6283 sayılı *Hemşirelik Kanunu*; 1960 yılında 12578 sayılı *Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi* yürürlüğe girmiştir.

1950-1960 arası dönem uluslararası kuruluşlarla ve özellikle WHO ve UNICEF ile işbirliğine, onlardan yardım alınmasına önem verilen bir dönem olmuştur. Ana ve çocuk sağlığı, tüberküloz savaşı gibi koruyucu hekimlik hizmetlerinin geliştirilmesi için büyük destek alınmıştır.

Sağlık personelindeki eksikliklerin kapatılmak istendiği bu dönemde hekim sayısı 9826’ya hemşire ve yardımcı hemşire sayısı 2420’ye, ebe ve köy ebesi sayısı 3126’ya yükseltilebilmiştir. Sağlık Bakanlığı’na sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi yönünde önerilerde bulunması için yabancı uzmanlar çağırılmış ve bunlar tarafından hazırlanan raporlarda birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine önem verilmesine ilişkin öneriler bulunmasına rağmen gereken önem verilmemiştir<sup>11</sup>.

### 3.3. 1960-1980 Dönemi

27 Mayıs 1960 tarihinden sonra Türkiye Planlı Kalkınma Dönemi’ne geçmiş ve 1963 yılından itibaren sağlık politikaları Beş Yıllık Kalkınma Planları ile belirlenmiştir. Kalkınma dönemi ile birlikte sağlık sektöründe iki önemli düzenleme getirilmiştir. Bunlar; 224 sayılı *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun* ile 554 sayılı *Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun*’lardır<sup>12</sup>. 224 sayılı kanun Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmış ve ülke yönetimini elinde bulunduran Milli Birlik Komitesi tarafından 5 Ocak 1961 tarihinde kabul edilmiştir. Söz konusu kanun, “Alma-Ata Bildirgesi”ne gönderme yapılarak sağlık hizmetlerinde çok önemli ve dünya çapında ileri örnek bir kanun olarak nitelendirilmektedir. Zira, 1978’te yayınlanan Alma-Ata Bildirgesi’yle aynı ruhu taşıdığı ve Türkiye’nin bu kanunla daha 1961 yılında, yani adı geçen deklarasyondan yıllar önce, sağlıkta eşitliği ilke olarak kabul ettiği belirtilmektedir. Türkiye’de tüm sağlık hizmetlerinin

<sup>11</sup> Fişek, “Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde...”, a.g.m., s. 3.

<sup>12</sup> Kerman, a.g.e., s. 21.

bir devlet görevi olduğunu, birinci basamak tedavi hizmetini köylere kadar yayarak herkesin sağlık hizmetinden yararlandırılmasını, sağlık ocaklarında koruyucu ve tedavi edici hekimlik hizmetlerinin bir arada yürütülmesini, kamu sektöründe sağlık hizmetlerinin bir elden yönetimini, halk ile bütünleşmeyi ve kamu sektöründe hekimlerin tam süre çalışma ilkesini öngörmüştür<sup>13</sup>.

Sağlık hizmetlerinde reformu öngören 224 sayılı kanunun 2. maddesinde sosyalleştirme şu şekilde tanımlanmıştır.

*“vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile amme sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafin bir kısmına iştirak suretiyle eşit şekilde faydalanmalarıdır”<sup>14</sup>.*

Sosyalleştirmeye ilgili temel ilkeler aşağıdaki gibi sıralanabilir<sup>15</sup>:

- a) Sağlık hizmetlerinden herkes eşit şekilde yararlanacaktır.
- b) Hastalar devlet bütçesinden ayrılan ödenek karşılığı sağlık hizmetinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafların bir kısmına iştirak etmek suretiyle yararlanacaktır.
- c) Hastalar, ücretini ödemek koşuluyla, tedavi için istedikleri hekimi veya sağlık kurumunu seçmekte özgürdürler.
- d) Hekimler kamu veya serbest olarak mesleklerini uygulamada özgürdürler. Ancak kamuda görev alan bir hekim, özel olarak hekimlik yapamaz.
- e) Hekimler ve diğer sağlık personeli kamu kesiminde sözleşmeli olarak çalışacaktır. Sözleşme süresi üç yıldır. Bu sürede hekim atandığı görevde çalışır; sözleşmeli personelin emeklilik, kıdem ve terfi hakları saklıdır.
- f) Sözleşme ile çalışan sağlık personeline ödenecek ücret, bu meslek mensuplarından serbest çalışanların kazançları düzeyinde olacaktır.
- g) Kamu sektöründe çalışan sağlık personeline yansız ve adaletli bir atama, yer değiştirme ve yükseltme yöntemi uygulanacaktır.

<sup>13</sup> Metin, a.g.m., <http://www.un.org.tr/who/bulten/turk/bul7turksorunlar.htm>

<sup>14</sup> Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (1961 tarih ve 224 sayılı), Erişim: 12.01.2006, <http://www.istabip.org.tr/yasa/sosyalk.html>

<sup>15</sup> Fişek, “Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde...”, a.g.m., s. 3-4; Dirican ve Bilgel, a.g.e.,s.548-552.

h) Köy ve kentlerde birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık ocakları kurulacak ve bu ocaklar hastanelerle işbirliği yaparak hasta tedavi hizmetlerini yürütecektir. Hizmetin temel birimleri olan sağlık ocakları, kırsal alanda 5-10 bin nüfusa, kentsel alanlarda ise her 50 bin nüfusa hizmet vermek üzere kurulacaktır. Ocaklarda, sorumlu olunan nüfusa ve sağlık insangücü sayısına bağlı olarak değişen sayıda sağlık personeli (hekim, hemşire, sağlık memuru, ebe, tıbbi sekreter, şoför, hizmetli ve duruma göre diş hekimi, eczacı, çevre sağlık teknisyeni, laboratuvar teknisyeni vb.) görevlendirilir. Ayrıca sağlık ocaklarına bağlı olarak her 2500-3000 nüfus için bir sağlık evi kurulacak ve sağlık evlerinde sadece bir ebe hizmet sunacaktır.

i) Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı olanlar dışında, sağlık hizmetleri tek elde toplanacaktır.

j) Sağlık teşkilatı il içinde bir bütündür. Nüfusu ortalama 50-100 bin olan bölgelerde, genellikle her ilçenin idari sınırları içinde kalan 5-10 sağlık ocağının bağlı olduğu bir "Sağlık Grup Başkanlığı" ve nüfusu ortalama 200-500 bin olan bölgelerde, genellikle her ilin idari sınırları içinde kalan 20-50 sağlık ocağının bağlı bulunduğu "İl Sağlık Müdürlükleri" oluşturulacaktır. Sağlık müdürü valiye karşı sorumlu olarak Sağlık Bakanlığı'nın saptadığı kanunlara göre hizmet yürüten amir statüsündedir.

k) Bir bölgede sağlık hizmetinin iyi bir şekilde yürütülmesi için gerekli tesisler, lojmanlar, malzeme, araç ve personel temin edilmeden o bölgede sosyalleştirme planı uygulanamaz.

l) Personel ve finansman sıkıntısı nedeniyle Kanun'un tüm ülkede uygulanması, aşamalı olarak 15 yılda (1976'ya kadar) tamamlanacaktır.

m) Sağlık örgütü ile halk arasındaki ilişkilerin geliştirilmesi için örgütün her kademesinde, halkın da katılacağı kurullar kurulacaktır.

n) Yabancı uyruklular sağlık hizmetlerinden ücret ödeyerek yararlanacaklardır.

o) Hekimler için de olmak koşuluyla tüm personelin hizmet içi sürekli eğitimi planlanmıştır.

p) Herkesin sağlık durumunu sürekli izleyebilmek için, kişilerin sağlık fişleri tutulacaktır.

r) Özel sağlık hizmeti gerektiren yerler (işyerleri, maden ocakları vb. gibi) için ayrı sağlık birimleri kurulmuştur.

s) Sağlık personelinin hizmetinin gereksiz yere kullanılmaması ve ilaç tüketiminin gereksiz yere artmaması için önlemler alınacak ve tedavi hizmetine disiplin getirilecektir.

t) Bu kanunun tıp fakültelerinde uygulanması, fakülteler yönetimlerinin kararına bırakılmıştır.

Sağlık hizmetlerinin ilkelerini temelden değiştiren 224 sayılı kanunla nüfusa dayalı, yaygın, sürekli, entegre, katılımlı, kademeli (sağlık evleri-sağlık ocakları-il ve ilçe hastaneleri), sosyal adalet ve eşitlik ilkelerine dayalı bir anlayışla köydeki vatandaşın ayağına kadar sağlık hizmeti götüren bir yapılanmaya gidilmiştir<sup>16</sup>. 1962 yılında kabul edilen, Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda (I. BYKP/1963-1967) sağlık alanında, "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun"un ilkeleri esas kabul edilmiştir. I. BYKP'ye göre; koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilecek, kamu sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesine çalışılacak, toplum hekimliği eğitimine önem verilecek, sağlık personelinin ülke düzeyinde dengeli dağılımı sağlanacaktır. Ayrıca özel sektör hastane kurmaya teşvik edilecek, yerli ilaç sanayi teşvik edilecek, hastanelerin döner sermayeli kuruluşlar haline gelmesinin araştırılması sağlanacak ve sağlık sigortasının kurulması için gerekli adımların atılmasına çalışılacaktır<sup>17</sup>.

Pilot il olarak seçilen Muş'ta 1 Ağustos 1963 tarihinden itibaren 19 sağlık ocağı ve 35 sağlık evi kurularak Kanun'un uygulanmasına başlanmıştır. Bu uygulamanın, BYKP'ler çerçevesinde 1984 yılına kadar tüm illeri kapsamı hedeflenmiştir. Ancak 1969 yılında çıkarılan 1175 sayılı kanunla hedeflenen 15 yıllık süre 7 yıl daha uzatılarak 22 yıla çıkarılmıştır. Sosyalleştirmenin en yoğun olarak uygulandığı 1963-1971 yılları arasında 67 ilden 25'i sosyalleştirilmiştir. Sosyalleştirme kapsamındaki il sayısı 1964'te 6 (Muş'a ek Ağrı, Bitlis, Hakkari, Kars, Van), 1965 ve 1966'da 12 (ilk 6 ile ek Diyarbakır, Erzincan, Erzurum, Mardin,

<sup>16</sup> Ali Doğu Keskin, "Yurdumuzda Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi (1960-1971), (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Türkiyat Araştırmalar Enstitüsü, İstanbul, 2002, s. 8-9.

<sup>17</sup> Kerman, a.g.e., s. 22-23.



Siirt, Urfa), 1967’de 17 (daha önceki 12 ile ek Adıyaman, Bingöl, Elazığ, Malatya, Tunceli)’dir. Böylece 1967 sonuna kadar doğu illerinin sosyalleştirilmesi tamamlanmıştır. Sosyalleştirilmiş il sayısının 1968’de 22, 1969’da 24 ve 1970 yılında da 25 olduğu görülmektedir<sup>18</sup>. 1960 öncesi sağlık hizmeti uygulamalarıyla kıyaslandığında sosyalleştirmenin uygulandığı ilk yıllarda (1963-1966) çeşitli güçlüklerle rağmen başarılı olduğu yorumu yapılabilir de, daha sonraki yıllar için aynı yorum yapılamamaktadır.

Aşağıda sıralanan nedenler sosyalleştirmede bir takım güçlüklerin yaşanmasına ve istenen başarının elde edilememesine gerekçe gösterilmektedir<sup>19</sup>.

-İlk yıllardakinin aksine daha sonraki yıllarda sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin gereğine inanmayan bazı sağlık bakanları ve üst düzey yöneticilerle birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemini anlamayan hükümetlerin görev yapması (Örn: Sağlık ocakları, hastane ve sağlık merkezleri yanında niteliksiz hizmet veren kurumlar olarak kalmışlar, uzun yıllar ocakların çoğuna hekim atanmamıştır),

-Sağlık ocakları ile hastaneler arasında gerekli işbirliği kurulamamış olması,

-Sosyalleştirmeye uygun sağlık personelinin yetişmesinde, atanmasında ve çalıştırılmasındaki yetersizlikler (Örn: hastane ve sağlık ocaklarına yeteri kadar hekim atanmamıştır),

-Hekim ve diğer sağlık personelinin fakülte ve okullarda hizmetin gerektirdiği şekilde yetiştirilmemiş olması,

-Hizmet için verilmesi kanun gereği olan ödeneklerin hiçbir zaman yeteri düzeyde verilmemiş olması dolayısıyla daima araç, gereç ve ilaç sıkıntısı çekilmesi,

-Sağlık yönetimi ve denetleme ilkesinin yerleşmemesi (Örn: Bakanlık ve il düzeyinde yönetim yetersiz kalmış, sağlık ocaklarını denetleyecek sağlık grup başkanlıkları çoğu yerde kurulamamış, kurulsada etkili olamamıştır),

---

<sup>18</sup> TTB, “On Soruda 224 Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”, **Toplum ve Hekim**, Cilt: 16, Sayı: 1, Ocak-Şubat 2001, ss. 28-33, s. 28.

<sup>19</sup> Kerman, a.g.e., s. 82-83; Fişek, “Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde...”a.g.m., s. 4.

-1965 yılında kabul edilen Devlet Personel Kanunu ile hekimlerin ve diğer sağlık personelinin sözleşmeyle çalıştırılması ilkesinin yürürlükten kaldırılmasıyla tam süre çalışma ilkesinin uygulanamamış olması,

-Sağlık teşkilatının il içinde bir bütün olarak yönetileceği ilkesine önem verilmemiş, genel yönetim içinde görülmüş olması ve sonunda da ilçelerde sağlık personelinin kaymakam emrine verilmiş olması.

Kanun gereği kırsal bölgelerde hizmete ağırlık verildiği için, kentsel bölgelerdeki hizmet sunumunda aksaklıklar yaşanması ve Kanun'un 17. maddesinin ruhuna aykırı hareket edilerek, bir ilde alt yapı, ekipman ve personel eksiklikleri tamamlanmadan sosyalleştirilme yapılmaya çalışılması ve o ilde işlemin yarım bırakılarak başka ilin sosyalleştirilmesine geçilmesi, eleştirilen noktalar olmuştur<sup>20</sup>.

224 sayılı kanunun daha önce belirtildiği gibi hem 1978 yılında yayınlanan ve temel sağlık hizmetleri anlayışının formüle edildiği Alma-Ata Bildirgesi ile hem de uluslararası düzeyde halk sağlığı politikalarını belirleyen diğer iki belgeyle uyumlu olduğu belirtilmektedir. Bunlar, 1984 yılında Avrupa Bölgesi için belirlenen 2000 Yılı Herkes İçin Sağlık Hedefleri ve 1998 yılında oluşturulan Sağlık 21 Hedefleri'dir. Alma-Ata Bildirgesi'nin 4. önerisine göre sağlıkla uzak yakın ilgisi olan sektörlerin katkıları tam olarak sağlanmalı; 5. önerisine göre ülkenin sağlık hizmetleri, en çok görülen sağlık sorunlarına yönelik örgütlenmeli; 6. önerisine göre sağlık hizmetleri yerel düzeyde, geniş kapsamlı ve entegre biçimde örgütlenmeli; 9. önerisine göre devletin etkin bir temel sağlık hizmeti kurup işletmesi için çeşitli meslek gruplarını içeren bir ekip kurulmalı; 10. önerisine göre hükümetler, özellikle hekim ve hemşirelerin topluma hizmet edecek şekilde, toplumsal ve teknik yönden eğitilmesini sağlama ve çalışmalarını denetleme görevini yerine getirmeli; 11. önerisine göre hizmeti sunanların görevleri özendirici kılınmalı ve hizmete bağlılığı sağlanmalı; 13. önerisine göre temel sağlık hizmetlerinden başarı elde edebilmek için sağlık hizmetinin tüm kademelerinde her an yeterli malzeme ve gereç bulundurulmalıdır.

---

<sup>20</sup> Keskin, a.g.e., s. 115.

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Herkes İçin Sağlık Hedefleri'nin 26.sına göre ülkeler, temel sağlık hizmetlerine dayalı olan, ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerle desteklenen basamaklı bir sağlık sistemi kurmalıdır. 29. hedefe göre, temel sağlık hizmetleri sistemleri ekip çalışmasına dayanmalı, sağlık hizmetleri toplumsal katılımı ve işbirliğini sağlayacak şekilde formüle edilmeli; 36. hedefe göre personelin planlama, eğitim ve kullanımı temel sağlık bakımına yönelik olmalıdır.

Sağlık 21 Hedefleri'nin 14.süne göre 2020 yılına kadar bütün sektörler sağlıkla ilgili sorumluluklarını belirleyip üstlenmeli, bunun için de sektörler arasında işbirliği sağlanmalı; 15. hedefe göre 2010 yılına kadar üye ülkeler ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleriyle bütünleşen kapsamlı bir temel sağlık hizmetleri sistemi kurmuş olmalıdır. Temel sağlık hizmetleri sistemi çeşitli sektörlerden gelen değişik meslek sahiplerinden oluşan bir ekibe dayanmalıdır. 17. hedefe göre üye ülkeler eşitlik, dayanışma, etkinlik ilkelerine dayalı sürdürülebilir evrensel düzeyde kapsayıcı ve dayanışmacı bir finansman mekanizması kurmalıdır. 18. hedefe göre, üye ülkeler 2010 yılına kadar sağlık personeline sağlığı koruyup, geliştirecek bilgi ve becerileri kazandırmalı ve eğitim sistemleri buna göre düzenlenmelidir<sup>21</sup>.

### **3.4. 1980-1990 Dönemi**

1980 yılından itibaren hızla uygulamaya sokulan neo-liberal politikaların etkisiyle devletin sosyal nitelikli hizmetlere ilişkin işlevlerinde önemli değişiklikler olmuştur. Kuşkusuz sağlık alanı da bu değişikliğin şiddetli bir şekilde kendini gösterdiği ve hala göstermeye devam ettiği alandır.

Neo-liberalizme göre, kamusal sağlık hizmetlerinde verimsizlik, etkinsizlik, yüksek maliyet gibi sorunlar bulunmaktadır. Bu sorunların nedeni, devlet müdahalesidir ve çözüm de aşamalı bir özelleştirme süreci sonunda hizmetin serbest piyasaya mantığıyla üretilmesinde yatmaktadır. Türkiye'de 1980'den bu yana sağlık alanında yaşanan gelişmeler, devletin sağlık hizmetlerini aşamalı olarak özel sektöre aktarmasından çok, devletin bizzat özel kesimin desteklenmesinde aktif rol alması biçiminde olmuştur<sup>22</sup>.

<sup>21</sup> TTB, "On Soruda 224...", a.g.m., s. 31-32.

<sup>22</sup> Soyer, a.g.m., s. 302.

24 Ocak Kararları ile başlayan dönemde ithal ikameci model terk edilmiş, ihracata yönelik kalkınma modeli benimsenmiştir. İhracata yönelik stratejinin temelini oluşturan ticaretin serbestleşmesi hedefinin gerçekleşmesi için ulusal kaynak tahsisinin, ithal ikamesi yaklaşımında olduğu gibi salt iç talep tarafından değil, uluslararası talep tarafından belirlenmesine izin verilmesinin zorunlu olduğu savunulmuştur. Bu bağlamda, ihracata yönelik strateji, devletin küçültülmesi ve bütün ekonominin serbestleştirilmesi politikası çerçevesinde dile getirilmiş ve kapitalizmin dünya ölçeğinde yaşadığı bunalıma çözüm olarak önerilmiştir. Sonuç olarak ithal ikamesinin terk edildiği dönem, ekonomik ve siyasal ilişkilerin yeniden tanımlandığı ve gelişmekte olan ülkelerdeki sosyal devletin de tasfiye edildiği bir sürece denk gelmiştir<sup>23</sup>. İdeolojisi neo-liberalizm olan “yeni dünya düzeni”nde artık sermaye, sosyal devlet olarak şekillenen yapıya karşı yerine getirdiği sorumluluklarını reddeder ve sağlık hizmetlerine de yansıyan vergi ya da prim yollu katkılarını sürdürmek istemez olmuştur<sup>24</sup>.

12 Eylül Darbesi'nin getirdiği siyasal ortamın başarısı olarak değerlendirilebilecek ihracata yönelik strateji döneminde emek ile sermaye arasındaki bölüşüm ilişkisi emek aleyhine bozulmuştur. Çünkü ihracatın teşvik edilmesi, Türk parasının değerinin düşürülmesi, pazarın daraltılması ve üretim girdilerinin ucuzlatılması gibi ihracatı arttırılabilmenin önemli araçları, ücretlerin düşürülmesi, tarım ürünü fiyatlarının ve sanayi üretiminde kullanılan hammadde ve ara ürün fiyatlarının ucuzlatılması sonuçlarını doğurmuştur. Nitekim, yıllık gerçek net ücretler 1981'de % 8.6, 1982'de % 10.3, 1983'te % 5.3 olmak üzere düzenli biçimde azaltılmıştır<sup>25</sup>.

1980 sonrasında benimsenen neo-liberal politikalar sağlıkta sosyalleştirmenin gerektirdiği makroekonomik ortamı tamamen bozmuş, bölgeler ve kırla kent arasındaki gelir dağılımı eşitsizlikleri, yoksulluk sınırı altında yaşayanların oranı,

---

<sup>23</sup> İlker Belek ve Onur Hamzaoglu, “Son Yirmi Yılda Sağlıkta Değişim: 12 Eylül Rejiminin Yarattığı Olumsuzluklar”, **Toplum ve Hekim**, Cilt: 15, Sayı: 4, Temmuz-Ağustos 2000, ss. 265-277, s. 265-266.

<sup>24</sup> Ata Soyer (2002), *Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Sağlıkta Değişim*, Erişim: 03.01.2006, [http://www.ato.org.tr/dergi/2002\\_kis\\_ilkbahar/12.html](http://www.ato.org.tr/dergi/2002_kis_ilkbahar/12.html)

<sup>25</sup> Belek ve Hamzaoglu, a.g.m., s. 266.

işsizlik oranı artmış, sosyalleştirme yerine özelleştirme politikası benimsenmiştir. 224 sayılı kanunda kendi sağlık ocaklarına başvuranların yararlanacakları hizmetlerin parasız olduğu belirtilmiş olmasına rağmen, birinci basamak sağlık kurumlarının hizmetlerinin paralı olarak sunulmaya başlanması da, özellikle birinci basamak hizmetlerine daha çok gereksinimi olan dar gelirli grupların hizmet kullanımını engelleyici ve eşitsizlikleri arttırıcı etki yaratmıştır<sup>26</sup>.

Günümüzde yürürlükte olan 224 sayılı kanun, hiçbir zaman tam olarak uygulanamamış olsa da 1980'lerin ortalarına kadar Türkiye'de sağlık sektörünün örgütsel boyutunu belirlemede önemli işlev görmüştür<sup>27</sup>. Ancak sağlıkla ilgili hemen her kanunda yaşanan tartışmalar bu kanun için de geçerliliğini korumaktadır. Sağlıkta özelleştirmeyi savunan kurum ve kişiler sosyalleştirme kanununa karşı çıkan çevreyi oluşturmaktadır. Kanun'un eskiliği, kırsal nüfusu çoğunlukta olan 45 yıl öncesinin Türkiye'sine ait olması bu karşı çıkışa gerekçe gösterilmekte, bugünkü kentleşmiş toplumumuz için yeni düzenlemelerin gerektiği ileri sürülmektedir.

224 sayılı kanunun yanında olanlara göre ise sosyalleştirme savunulmalıdır; çünkü sosyalleştirme sağlık ocaklarında parasız hizmet, entegre hizmet, ekip hizmeti nüfusa orantılı hizmet, koruyucu sağlık hizmetine öncelik ve önem, gezici hizmet, personelin sürekli eğitimi, toplum katılımı, sevk sistemi, tam gün prensiplerini kapsamaktadır; sosyalleştirmenin örgütlenme ilkeleri uluslararası düzeyde halen geçerlidir ve bu ilkeler sağlık hizmetlerinin giderek devlet denetiminden ve kamusalıktan çıkarıldığı dönemde herkesin sağlık hakkını eşit şekilde gerçekleştirmek açısından -eksik olsa da- vazgeçilmez koşullardır<sup>28</sup>.

1980'lere gelinceye kadar Türkiye sağlık sektörünün temel paradigması devletçilik/kamuculuk olarak biçimlenmiş ve sağlık 1961 Anayasası'nda devletin sorumluluğunda bir alan olarak tespit edilmişken, 1980'den itibaren 12 Eylül Rejimi'nin ekonomik tercihleriyle uyum sağlayacak şekilde devletçi paradigma değişikliğe uğramış, özel sağlık sektörünün kamu fonlarının özel sektöre aktarılması

---

<sup>26</sup> TTB, "On Soruda 224...", a.g.m., s. 32.

<sup>27</sup> Ata Soyer ve İlker Belek, "Türkiye'de Özel Sağlık Sektörü ve Sağlıkta Özelleştirme", **Kapitalizm, Sosyalizm ve Sağlık**, (Der. Ata Soyer), Öteki Yayınevi, Ankara, 1998, s. 254.

<sup>28</sup> TTB, "On Soruda 224...", a.g.m., s. 32-33.

yoluyla desteklenerek geliştirilmesi politikası benimsenmiş, özelleştirmeye “Beş Yıllık Kalkınma Planlarında” temel strateji olarak yer verilmeye başlamış ve 1990’ların başında da Sağlık Bakanlığı’nın üzerinde çalışmaya başladığı bir proje durumunu almıştır.

1982 Anayasası ile sağlığı bir hak olarak görüp devlet güvencesi altına alan anlayış bırakılmış, devletin düzenleyici ve denetleyici konumu tanımlanmıştır. 1980 sonrasında sağlık hizmetlerinde özel sektörün etkisinin arttığı rakamlarla da ifade edilmektedir. Buna göre 1980’de 91.2 milyar TL. olan özel sağlık harcamaları 1996’da 198 trilyon TL.’ye ulaşmıştır. Özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı 1980’de % 48.6’ dan 1981’de % 53.8’e, 1984’te % 56.1’e çıkmış, 1988’den sonra ise gerilemiştir. 1993’te % 31.8 olmuş, 1996’da da % 36’ya yükselmiştir<sup>29</sup>.

Özel kesimin sağlık alanındaki faaliyetlerinin 1980’lerle birlikte artması, dünyadaki dalgalanmaların Türkiye’ye de bir yansımasıdır. Siyasi ve ekonomik dalgalanmalara yön veren uluslararası kuruluşların da önemli aktörler olarak bu yıllarda ve özellikle de 1990’larda geliştirdikleri düzenlemelerle gelişmekte olan ülkelerin kalkınmalarında rol oynadıkları bilinmektedir. İşte Dünya Bankası da, adeta uluslararası alanda sağlık konusunda yetkili bir kuruluş olan Dünya Sağlık Örgütü’nü etkisizleştirecek kadar, sağlığa ilişkin teknik politikalar üretir ve bunları gelişmekte olan ülkelere “yapılması gerekenler listesi” halinde sunar duruma gelmiştir. Nitekim Banka, 1987 yılında yayınladığı “Financing Health Services In Developing Countries” (Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı) adlı raporunda; Türkiye benzeri ülkelerde sağlık hizmetlerinin özel teşebbüs eliyle yürütülmesinin gerektiğini savunarak, bu yolda teşvik edici bir program teklif etmiştir<sup>30</sup>. Söz konusu raporda sağlık hizmetlerinin finansmanı için birbiriyle yakından ilişkili dört politika bir paket halinde önerilmiştir. Bu reform önerileri<sup>31</sup>:

- i) Kullanıcıların özellikle ilaç ve tedavi bakım hizmeti karşılığında ücret ödemesi (yani kullanıcıdan katkı payı alınması),

<sup>29</sup> Soyer ve Belek, a.g.m., s. 255.

<sup>30</sup> Erdal Sargutan, **Türk Sağlık Hizmetleri Yapı ve Ürünlerinin İyileştirilmesi**, Sağlık-İş Yayınları, Ankara, 1993, s. 29.

<sup>31</sup> WB, A World Bank Policy Study, **Financing Health Services In Developing Countries: An Agenda for Reform**, The World Bank, Washington D.C., U.S.A., Nisan 1987, s. 2-9.

- ii) Sigorta sağlanması,
- iii) Hükümet dışı kaynakların (kâr amacı gütmeyen gruplar, özel hekim, eczacı ve pratisyen hekim gibi) etkin kullanılması,
- iv) Sağlık hizmetlerinin desantralize edilmesi biçiminde ifade edilmiştir. Ayrıca devletin sağlık sektörünü daha etkin yapmak konusunda sözü olmadıkça, finans politikalarında reforma gitmenin pek etkili olmayacağı da belirtilmiştir.

Sağlıkta özelleştirme kavramı, kamu mülkiyetindeki kurumların, mülkiyet olarak özel sektöre devredilmesinden öte daha geniş kapsamlı değişimleri ifade etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü de özelleştirmeyi, özel sektör hizmet sunumunu ve finansmanını yaygınlaştıran, kolaylaştıran ve uyaran hükümet politikaları olarak tanımlamıştır. Sağlık harcamalarının azaltılmasını hedefleyen sağlıkta özelleştirme faaliyetleri çeşitli biçimlerde gerçekleştirilmektedir. Kurumsal varlıkların satılarak parça parça ya da toptan özelleştirilmesi, kullanıcı katkısı alınması, kamu sektörü tarafından sunulan hizmetin özel sektöre ihale edilmesi (örneğin hastanelerde yardımcı, yönetsel ve klinik hizmetlerin ihale edilmesi), özel sektörün çeşitli mali yöntemlerle (vergi indirimi, gümrük muafiyeti vb.) desteklenmesi yaygın özelleştirme türleridir<sup>32</sup>.

Kullanıcı katkıları, bazı grupların sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğini olumsuz yönde etkileyebilecektir. Bu durumda sadece gereksiz kullanımlar değil, gerekli kullanımlar da engellenmiş, eşitsizlikler derinleştirilmiş olacaktır. Ayrıca kullanıcı katkılarıyla elde edilen kaynakların tekrar sağlık bakımı için kullanılmama olasılığı da vardır<sup>33</sup>. Katkı payı uygulamasına ek olarak; özel sektörde kâr için gereksiz ve pahalı olan klinik müdahalelerin tercih edilmesi ve bunun da tıbbi maliyet enflasyonuna sebep olması; özel sektörün koruyucu hizmetlerde olduğu gibi yaşlılara, özürlülere, akıl hastalarına yönelik bakımevleri vb. kâr getirici özelliği bulunmayan alanlardan çekilip estetik cerrahi, güzellik merkezi gibi cazibesi olan alanlara yönelmesi; yatırımların, tıbbi cihazların ve sağlık personelinin büyük şehirlerde yoğunlaşmasının bölgesel eşitsizlikleri arttırması; özel sektörün kamu

<sup>32</sup> Soyer ve Belek, a.g.m., s. 251-253; Fahrettin Tatar, "Özelleştirme ve Sağlık Hizmetleri: Teori ve Uygulama", **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt: 30, Sayı: 2, Haziran 1997, ss. 73-89, s. 76, 83.

<sup>33</sup> Tatar, "Özelleştirme ve Sağlık...", a.g.m., s. 85-86.

kaynaklarını çekmesi; eğitim ve araştırma alanından çekilmesi; özel sağlık kuruluşlarının çeşitli branşlarda uzmanlaşma yoluna giderek (el cerrahi, radyoloji, fizik tedavi gibi) kendi alanlarında ve ilaç, tıbbi cihaz alanında tekel haline gelmesi, özelleştirmenin diğer olası olumsuz etkileri olarak sayılmaktadır<sup>34</sup>.

Sargutan, özelleşmenin tek tek tüm bireylerin ve sonuçta toplumun değil, sadece bazı özel grupların beklentilerine uygun olduğunu, Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü yayınları da dahil olmak üzere, konuya ilişkin birçok yayında özelleştirme uygulamalarının yapıldığı Filipinler, Güney Kore, Malezya, Nepal, Şili, Arjantin, Meksika gibi ülkelerde sağlık hizmetlerinin bozulduğunun ve finansmanın tıkanığının anlatıldığını ifade etmiştir<sup>35</sup>.

### 3.4.1. Milli Güvenlik Konseyi Dönemi

12 Eylül'ün ilk politik ve ekonomik karar ile uygulamaları arasında 1978 yılında çıkarılan ve kamuda çalışan sağlık personelinin özlük haklarını düzenleyen *Tam Gün Kanunu*'nun kaldırılması ve 2514 sayılı *Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun* (1981), daha sık bilinen adıyla "*Mecburi Hizmet Kanunu*" ile, hekimlere dört yıllık zorunlu hizmet getirilmesi bulunmaktadır.

1981 yılı sonunda alınan bir Bakanlar Kurulu kararıyla, sağlık yatırımları teşvik kapsamına alınmış, sağlıkta kamu fonlarının özel sektöre akıtılması dönemi başlatılmıştır. 1983 yılında da, Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda döner sermaye uygulamaları yasalaşmıştır. Bu adımlar, kamu sağlık kuruluşlarının ticari bir anlayışla işletilmesi sürecini başlatmıştır. Finansmanı halktan alınan ek primlerle sağlanacak "Genel Sağlık Sigortası" ile ilgili yoğun çalışmalar da bu dönemde başlatılmış, ancak tamamlanamamıştır.

Bu dönemde, Türk Tabipleri Birliği (TTB), Tüs-Der, Has-İş, Devrimci Sağlık İş vb. sağlıkla ilgili demokratik örgütler kapatılmış, TTB Başkanı Erdal Atabek 3 yıl cezaevinde kalmış, TTB yöneticilerine "gizli örgüt" üyesi olmaktan dava açılmıştır. Sınırlı yetkiler içeren TTB Kanunu ve diğer meslek örgütleri kanunları, 1982

<sup>34</sup> Ayşe Yiğit Şakar, "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları", (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 1999, s. 112-114.

<sup>35</sup> Sargutan, a.g.e, s. 50, 63.



Anayasası'nda yapılan değişikliklere paralel olarak değiştirilmiş, yetkiler daraltılmış, üzerlerine devlet vesayeti getirilmiştir<sup>36</sup>.

Hekim sayısını acilen arttırmak için YÖK aracılığıyla gecekondtu tıp fakülteleri kurulmuş, mevcut fakülteler kapasitelerinin çok üzerinde öğrenci almaya zorlanmıştır. Yetersiz, niteliksiz hekimlerle öğretim üyeleri ve hekim işsizliği de bu yanlış uygulamanın katlanılmak zorunda kalınan bedelleri olmuştur ve olmaya da devam etmektedir. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Kanunu, Organ Nakli Kanunu, Adli Tıp Kurumu Kanunu, Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu, Kan ve Kan Ürünleri Kanunu bu dönemde çıkarılan kanunlardır<sup>37</sup>.

#### **3.4.1.1. Tam Gün Kanunu**

Tam Gün Kanunu'nun ücret ve mali düzenlemeler ile ilgili hükümleri yürürlükten kaldırılırken, çalışma süresi ile ilgili (diğer memurlara kıyasla günde 1 saat fazla çalışma) hükümler aynen korunmuştur. Tam gün çalışmanın gereksinim olduğu gerçeği ilk kez 1963 yılında, yani sosyalleştirme döneminde anlaşılmıştır. Çünkü sosyalleştirmenin tüm ülkeyi kapsamaması halinde hekimlerin tüm mesailerini bir hizmet için harcamaları, kamu hizmetleri dışında bir başka uğraştan uzak durmaları gerekmektedir. Özellikle kamu hizmetlerinin yanı sıra mesleklerini serbest olarak icra etme isteklerinin kesin olarak yasaklanması zorunluydu. 224 sayılı kanuna göre ortalama 7.000 nüfusa bir sağlık ocağı düşüyordu, bu sağlık ocağında bir ya da iki hekimle, bir diş hekimi görev yapacaktı. Bu hekimler, ocağa bağlı olan 7.000 kişinin sağlık hizmetlerinden sorumlu olacaklardı. Dolayısıyla az olan hekim sayısının ülke geneline dengeli dağılımını sağlayarak herkese sağlık hizmeti ulaştırabilmek için hekimlerin kamuda tam gün hizmet vermeleri gerekli görülmüştür. Bu hekimlere ayrıcalıklı olarak verilen aylıklar, hizmetlerinin karşılığı olarak kararlaştırılmıştı.

---

<sup>36</sup> Ata Soyer, "1980 Sonrası Sağlıkta Neler Oldu?", **Toplum ve Hekim**, Cilt: 15, Sayı: 4, Temmuz-Ağustos 2000, ss. 259-264, s. 259-260.

<sup>37</sup> Özgür Sevinç, *12 Eylül ve Sonrasında Sağlık*, Erişim: 26.01.2006, [http://ymm.net/ozgurce/dosya/yayin/12\\_eylul.pdf](http://ymm.net/ozgurce/dosya/yayin/12_eylul.pdf)

1965 yılında iki tam gün kanunu yürürlüğe girmiştir. Bunlardan ilki, Sağlık Bakanlığı eğitim hastaneleri uzmanları için kabul edilen 641 sayılı kanundu. Bu kanun ile hekimlerin sözde serbest meslek icra etmesi yasaklanıyor ve bu uzmanlara o zamanki aylıklarının üç katını bulan ek ödenekler veriliyordu. Bu düzenleme sosyalleştirme kanununun 3. maddesinde kamuda çalışan hekimler için öngördüğü serbest meslek icra etme yasağından çok farklı olmamıştır. Farklı olan, bunun yanı sıra kanunun öngördüğü uygulamaydı. Eğitim hastanelerinin şefleri ve şef muavinleri, tam gün uygulamasının öngördüğü mesainin bitimi olan saat 16'dan sonra, bağlı buldukları kurumları adına özel muayene yapabilecekler ve bu özel muayene için hastaların yapacakları ödemenin % 70'i de ilgili şef veya muavine ödenecekti. Bu mesai dışı muayene, daha sonraları mesai dışı ameliyatlara da dönüşmüştür.

Tam süre çalışma ilkesini halkın gözünde güvenilir duruma getiren bu yozlaşma, daha sonra tıp fakültelerince de benimsenmiş ve döner sermaye ismi ile mesai saatleri içinde vatandaştan ayrıca para talep eden sistem, üniversiteler kanununa eklenmiştir. Sosyal Sigortalar Kurumu'nun (SSK) hekim işgücünden daha fazla yararlanmak için desteklediği, SSK hekimleri için yürürlüğe sokulan 1965 tarihli 672 sayılı kanun da ikinci bir tam gün kanunuydu. Ülkenin o yıllarda içine düştüğü enflasyon sorunu bu kanunu yürürlükten kaldırmaya da fiilen yok etmiştir<sup>38</sup>. 1978 yılında tekrar çıkarılan tam gün kanununun akıbeti de kendisinden öncekilerden farklı olmamıştır.

Milli Güvenlik Konseyi hükümeti döneminde kaldırılan kanunun olumlu sonuçlar doğurduğundan bahsedilmektedir. Kanunun yürürlüğe girmesiyle uzman hekimler kamu hizmetini terk etmemiş, hatta sayılarında kanundan önceki döneme göre artış saptanmıştır. Bu bağlamda, ana sağlık personelinin mesaisi haftada 10 saat artmış, verimsiz mesailer verimli hale gelmiş; hekim yokluğundan yıkılma durumuna gelen sağlık ocaklarında hekim doluluk oranı % 30'dan % 90'a yükselmiş; nöbet hizmetleri ve acil vaka çağrıları angarya hizmetler olmaktan kurtulmuş ve gece hizmetlerine düzen gelmiş; mesai dışı ödemelerin sağlanması sayesinde başta

---

<sup>38</sup> Tonguç Görker (Nisan-Mayıs-Haziran 1999), *Tam Gün Yasası Zorunlu*, Erişim: 25.01.2006, [http://www.ato.org.tr/dergi/1999\\_2/dosya3.html](http://www.ato.org.tr/dergi/1999_2/dosya3.html)

hekimler olmak üzere birçok sağlık personeli hizmetinde vardiya uygulaması son bulmuş; çok sayıda personel tasarrufu sağlanmış; pratisyen hekimlik hizmetleri, istenmeyen hizmetler olmaktan kurtulmuş; üç büyük il dışındaki üniversite tıp fakültelerinde temel bilim öğretim üyesi bulma sıkıntısı azalmış; ülkenin yoksul kesimlerinde çalışanlara hizmetleri karşılığında ek ödemeler olanağı doğmasıyla, bu hizmetlere eleman bulma sıkıntısı giderilmiştir. Aynı ünite içinde, personelin aynı işte farklı değerlendirilmesinden doğan karışıklık da son bulmuştur.

Bazı akademisyenler tarafından sağlık hizmetlerinin kamu sağlık hizmet birimlerinde ve ülke genelinde verilmesini amaçlayan bir anlayışta tam gün uygulamasının bir zorunluluk olduğu, özelleştirmenin benimsenmiş olduğu bir anlayışta ise böyle bir kanuna gerek bile olmadığı; çünkü özel sektörün zaten tam gün çalıştırma eğiliminde olduğu dile getirilmiştir<sup>39</sup>.

Bazı akademisyenler de Tam Gün Kanunu'nun aksaklıkları giderilerek uygulanması gerektiği yönünde görüş bildirmişlerdir. Örneğin; hekim sayısı artık az değil, hatta ihtiyacın üstündedir. Bu nedenle tıp fakültelerine alınan öğrenci sayısının arttırılmasından vazgeçilmeli ve nitelikli hekim yetiştirilmesi önemsenmelidir. Ücretlerin enflasyonun karşısında erimesi engellenmelidir. Bu tür önlemler alındığı ve siyasal kararlılık gösterildiği takdirde Tam Gün Kanunu'nun faydalı olacağı savunulmaktadır<sup>40</sup>.

#### **3.4.1.2. Mecburi Hizmet Kanunu**

1981 yılında kabul edilerek yasalaşan ve yürürlüğe konulan 2514 sayılı *Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun* (Mecburi Hizmet Kanunu) 1986 yılına kadar uygulanmış, ortaya çıkan aksaklıklar nedeniyle 1986 yılında Kanun'un bazı maddeleri değiştirilmiştir. Kanun yeni şekliyle 8 yıl yürürlükte kalmış, zamanla zorunlu hizmet uygulamasının ülkenin sağlık sorunlarına hiçbir yarar sağlamadığı; tersine genç hekimlerin insan haklarını kısıtladığı, onları bedensel, rahatsızlıklara ve ruhsal bunalımlara sürüklediği, yıllarının yitimine yol

<sup>39</sup> Görker, a.g.m., [http://www.ato.org.tr/dergi/1999\\_2/dosya3.html](http://www.ato.org.tr/dergi/1999_2/dosya3.html)

<sup>40</sup> Özlem Kurt ve İlknur Uçar (1999), *Prof. Dr. Nevzat Eren'le Söyleşi*, Erişim: 03.01.2006, [http://www.ato.org.tr/dergi/1999\\_1/tamgun.html](http://www.ato.org.tr/dergi/1999_1/tamgun.html)

açtığı görülmüş ve mecburi hizmet uygulaması 1994 yılında kaldırılmıştır. Ancak Kanun yürürlükten kaldırılmamış, mevcut aksaklıklar ve eşitsizlikler nedeniyle 27.03.2002 tarihine kadar askıya alınmıştır.

Tabip Odalarına göre, 12 Eylül Rejimi'nin yarattığı ortamla uyumlu, antidemokratik ve insan haklarına aykırı olan Mecburi Hizmet Kanunu; tıp öğrencilerinin parasız yatılı okutulması diye bir olanak söz konusu olmamasına karşın, fakülteyi bitiren her hekim iki yıl ve uzman olan her hekim ek iki yıl devlet hizmetine zorlanmaktadır. Bu süre içinde hekim ne yurt dışına gidebilmekte, ne diplomasını alabilmekte, ne de herhangi bir biçimde zorunlu hizmetini kaldırabilmektedir<sup>41</sup>.

Mecburi hizmet uygulamasının durdurulmasından 7 yıl sonra, 27 Mart 2002 tarihinden itibaren yeniden uygulanacağı haberi, Kanun'a yönelik eleştirileri yeniden gündeme getirmiştir. Sağlık Bakanlığı, hekimlerin dağılımının eşit olmaması, bazı bölgelere hekimlerin gitmemesi nedeniyle o bölgelerdeki insanların mağduriyetinin giderilmesi gerekçesiyle Kanun'un yeniden uygulanacağını belirtmiştir<sup>42</sup>. Kanun'un uygulandığı yıllar boyunca ülkenin sağlık sorunlarını çözmeye yönelik ciddi bir adım atılmadığı ve devlet bütçesine ağır personel yükü bindiği ifade edilmiştir. Sorumluluğun tümünden hekimlik mesleğine yüklendiği ve hekimlerin temel hakları kısıtlanmış ucuz işçi durumuna sokulduğu, sadece belirli bir grup sağlık personeline uygulanmasının eşitlik ve adalet ilkelerine aykırı olduğu, görevlendirme yöntemi olan kuranın güvensizlik, kuşku ve huzursuzluk yaratacağı, tıp fakültelerine müracaat edenlerin kalitesinde belirgin bir düşme oluşacağı getirilen eleştiriler arasındadır<sup>43</sup>.

TBMM'nin 10 Temmuz 2003 tarihli toplantısında kabul edilen ve 24 Temmuz 2003 tarihli 25178 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren 4924 sayılı *Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik*

---

<sup>41</sup> *Hekimlere Mecburi Hizmet Uygulaması* (7 Mart 2002),  
Erişim: 25.01.2006, <http://www.ttb.org.tr/TD87/9.php.3>

<sup>42</sup> Yıldırım Gülhan, Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğü Üzerine,  
Erişim: 29.01.2006, <http://www.hukuki.net/saglikhukuku.net/bilgi/a002.asp>

<sup>43</sup> *Tepki... Üniversiteler... Dernekler...* (7 Mart 2002),  
Erişim: 25.01.2006, <http://www.ttb.org.tr/TD87/9.php.3>

*Yapılması Hakkında Kanun* ile, tepkiler alan ve geri çekilmesi istenen Mecburi Hizmet Kanunu yürürlükten kaldırılmıştır. Ancak 4924 sayılı kanunla birlikte gündemde, sağlık personeline yüksek maaşlı; fakat güvencesiz bir iş ortamı yaratıldığı haberleri yer almaya başlamıştır<sup>44</sup>. 2005 yılında tekrar geri getirmek isteyen hükümet, sağlık politikalarını hazırlıksız ve temelsiz ortaya sürmekle, sağlığı kamusal bir hizmet olarak görmemekle eleştirilmiş ve hükümetin, hekimlerin istihdam modelini değiştirmeye çalışarak hekimleri önce iş güvencesiz, sözleşmeli çalışmaya mahkum etmek, sonra da ucuz işgücüne çevirmek istediği tezleri ileri sürülmüştür<sup>45</sup>.

21 Haziran 2005 tarihinde kabul edilen 5371 sayılı *Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun, Devlet Memurları Kanunu ve Tababet Ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ile Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun*'la<sup>46</sup>, 15.5.1987 tarihli 3359 sayılı *Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu*'na eklemeler yapılmış ve mecburi devlet hizmeti yükümlülüğü getirilmiştir. Kanunla devlet hizmeti süresi, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı (DPT) tarafından hazırlanan ilçelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralamasına göre 300 ila 600 gün arasında kademelendirilmiştir.

Bu kademelendirmeye göre örneğin; İstanbul, Ankara ve İzmir gibi birinci gruptaki ilçe merkezlerinde 600 gün olan devlet hizmeti süresi, en son basamak olan altıncı grup ilçe merkezlerine bağlı yerleşim yerlerinde 300 gün olacaktır. Böylece hekimler daha zorlu bölgelerde daha kısa süre görev yapabilecektir. Yeni düzenlemeyle, mecburi hizmeti kaldıran uygulamadan tamamen geri dönülmemiş,

---

<sup>44</sup> *Sözleşmeli Sağlık Personeli Yasası*, Erişim: 25. 01. 2006, <http://www.istabip.org.tr/gunce2/sozlesmedosya.asp>

<sup>45</sup> *Askeri Darbe Yasası Tekrar Geliyor!* (16.06.2005), Erişim: 25.01.2006, [http://www.ato.org.tr/basin\\_aciklamalari/20050616.php3](http://www.ato.org.tr/basin_aciklamalari/20050616.php3)

<sup>46</sup> *Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Sağlık Personelinin Tazminat Ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun, Devlet Memurları Kanunu Ve Tababet Ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun İle Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (2005 tarih ve 5371 sayılı)*, Erişim: 28.01.2006, <http://www.istabip.org.tr/yasa/5371.html>

hekimlere daha yüksek ücretle sözleşmeli personel olarak veya Devlet Memurları Kanunu'na tabi olarak çalışabilme hakkı getirmiştir<sup>47</sup>.

Kanun'un karşıtı olanlar Mecburi Hizmet Kanunu'nun Anayasa'ya aykırı olduğunu, sağlık çalışanlarına "mecburi" kavramını getirmesinin yarar sağlamayacağını, çünkü insan sağlığının sadece sağlık personeli ile korunamayacağını, bölgesel eşitsizlikler düzeltilmeden sağlıkta eşitlik sağlanamayacağını ileri sürmüşlerdir. Onlara göre öncelikle hükümet kalkınmada öncelikli olan yörelerdeki sağlık merkezlerine yatırım yapmalı, hastane altyapısı ve donanımı dahil bütün ihtiyaçları tamamlamalı, çalışma koşullarını düzeltmeli ve iş güvenceli olmak kaydı ile özlük haklarını geliştirmelidir. Sağlık alanındaki düzenlemeler tarafların görüşü alınarak ve kamu yararı gözetilerek yapılmalıdır<sup>48</sup>.

Türk Tabipleri Birliği tarafından Kanun'un iptali için açılan davada Danıştay yürütmeyi durdurma kararı almış, Anayasa'ya aykırılık gerekçesi ile dosyanın Anayasa Mahkemesi'ne sevkine karar vermiş ve Anayasa Mahkemesi bazı maddeleri iptali ettikten sonra kanun tekrar uygulamaya konmuştur.

### 3.4.2. ANAP Dönemi

Gerek 1983 Hükümet Programı, gerekse V. BYKP (1985-1989) ANAP'ın sağlığa yaklaşımını yansıtmaları bakımından önemli belgelerdir. Hükümet programında, bütün vatandaşların sağlık sigortasına kavuşturulması, herkesin istediği hastaneden faydalanmasını sağlayacak bir sistemin geliştirilmesi hedef alınmış, ilaç sektörünün ve özel sağlık müesseselerinin teşvik edileceği dile getirilmiştir. V.BYKP'de temel ilke, sağlık hizmetlerinden bütün vatandaşların en iyi şekilde, eşit, sürekli ve etkili bir şekilde faydalanmasının sağlanması olarak belirlenmiştir. Bu amaçla; sağlık sigortasına geçişi, sağlık kuruluşlarının hizmet verimliliğinin artırılması için işletmecilik yönünden ele alınması, özel hastanelerin teşvik edilmesi, sundukları hizmetin karşılığı olan ücretlerin serbest bırakılması, serbest çalışan

<sup>47</sup> Doktorlara " Mecburi Hizmet " Geri Geliyor (29.01.2006), Erişim: 29.01.2006, [http://www.medimagazin.com.tr/haber\\_33294.html](http://www.medimagazin.com.tr/haber_33294.html)

<sup>48</sup> Mecburi Hizmet, Erişim: 25.02.2006, [http://www.tus.com.tr/haber\\_oku.asp?ID=49](http://www.tus.com.tr/haber_oku.asp?ID=49); Askeri Darbe Yasası Tekrar Geliyor! (16.06.2005), Erişim: 25.01.2006, [http://www.ato.org.tr/basin\\_aciklamalari/20050616.php3](http://www.ato.org.tr/basin_aciklamalari/20050616.php3)

hekimlerle anlaşmalar yapılarak sağlık hizmeti sunma yoluna gidilmesi öngörülmüştür<sup>49</sup>. Soyer, hükümet programındaki, kalkınma planındaki ve önemli ölçüde Dünya Bankası ve IMF uzmanlarının hazırladığı çalışmaların kötü bir çevirisi niteliğinde olduğunu belirttiği bu dönem metinlerindeki ibareleri, kamu sağlık hizmetlerine bütçeden ayrılan payın azaltılması ve sağlığın sermayenin kâr alanı haline getirilmesi yönündeki ANAP sağlık politikasının örnekleri olarak değerlendirmektedir<sup>50</sup>.

ANAP döneminde DPT Müsteşarlığı'nın başlattığı çalışmaların belirleyicisi, Dünya Bankası'nın Türkiye'deki sağlık durumunu değerlendirmesini öngören 1987 tarihli bir anlaşma olmuştur. Avrupa herkese sağlık politikası ve hedeflerinin ilk kez kabul edildiği 1984 yılından bu yana üye ülkelerin pek çoğu ve bölgenin tamamı ulusal sağlık politikaları geliştirmek ve uygulamak konusunda değerli deneyimler edinmiş; Türkiye ise bu ülkelerin arasına göreceli olarak geç katılmıştır. 1980'lerin başında birkaç girişimde bulunulduysa da ancak 1980'lerin sonunda ilk adım atılmıştır.

Türkiye ulusal sağlık politikasıyla ilgili, herkese sağlık hedeflerini belirleyen ilk "Türkiye Ulusal Sağlık Politikası" taslak belgesi 1990 yılında hazırlanmış ve Dünya Sağlık Örgütü'ne sunulmuştur. Türk temsilcilerin de katıldığı uluslararası bir toplantıda, Dünya Bankası'nın, ülkelerde sağlık sistemlerini geliştirmek için yapacakları girişimleri destekleme niyeti açıklanmış ve toplantıya katılan görevliler Türkiye'ye döndükten sonra Sağlık Bakanlığı ve Müsteşarlık arasında, Dünya Bankası'nca Türkiye'deki sağlık durumunun değerlendirilmesini öngören bir anlaşma yapılmıştır. 1987 yılında yapılan değerlendirme, Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerini geliştirmeye yönelik bir başka anlaşmanın da yolunu açmıştır. Böylece, 1988'de ilk Dünya Bankası projesinin taslağı hazırlanmış, bir yıl sonra da anlaşma imzalanmıştır<sup>51</sup>.

---

<sup>49</sup> Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), **Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989)**, Yayın No: DPT: 1974, s. 152.

<sup>50</sup> Soyer, "1980 Sonrası Sağlıkta ...", a.g.m., s. 260.

<sup>51</sup> Gül Ergör ve Zafer Öztekin (1996), *Türkiye'de Ulusal Sağlık Politikasının Gelişimi*, Erişim: 30.01.2006, [http://www.un.org.tr/doc\\_pdf/saglik\\_pol.pdf](http://www.un.org.tr/doc_pdf/saglik_pol.pdf), ss. 1-15, s. 1, 5.

ANAP döneminin en temel belgesi 7.5.1987 tarihinde kabul edilen 3359 sayılı *Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu*'dur. Bu kanun, yürürlükten kaldırılmamakla birlikte, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine ilişkin kanuna en büyük darbeyi vurmuştur. Bu kanunla, Sağlık Bakanlığı'na kamu ve özel sağlık kurumlarının düzenlenmesi görevi verilmiş, özel hekim ve sağlık kuruluşlarından yararlanma olanağı getirilmiş ve kamu sağlık fonlarının özel sağlık sektörüne akmasının önündeki engeller kaldırılmıştır. Kanunla Sağlık Bakanlığı'na sağlık personelinin meslekten men etmeye kadar varan yetkiler tanınmıştır. Devlete sağlık personelinin özel ya da kamu sağlık kuruluşlarında zorunlu hizmet yaptırma, yabancı sağlık personeli çalıştırılmasına izin verme, sosyal güvenlik fonlarına el koyup yönlendirme yetkisi verilmiştir. Tüm kamu sağlık kurumları işletme haline getirilmiş; gerek özel gerekse kamu sağlık kuruluşlarının hizmetleri fiyatlandırılmış; sosyal güvencesi olan herkesin kamu ya da özel istediği sağlık kuruluşundan yararlanabilmesi olanaklı kılınmış ve çalışanların sözleşmeli olacağı belirtilmiştir.

Bu içeriğiyle Kanun kendisinden sonraki, kamu sağlık hizmetlerinin ticarileştirilerek piyasaya açılması ve devletin sağlık hizmetleri alanındaki sorumluluğunu terk etmesine yönelik tüm düzenleme girişimlerinin öncüsü olmuştur. Genel Sağlık Sigortası'na geçişe yönelik bir anlayışla hazırlanan ve toplumda açık bir tartışmaya sokulmaksızın, yukarıdan bir dayatma ile çıkarılan bu kanunda bir fon kurulması ve bu fonun başkanlığını Sağlık Bakanı'nın yapmasına da yer verilmiştir. Sağlık çalışanları örgütlerinin ve siyasi partilerin (özel olarak SHP'nin) tepkisi üzerine Anayasa Mahkemesi, Kanun'un bazı maddelerini sosyal devlet ilkesi ve personel rejimiyle bağdaşmadığı gerekçesiyle iptal etmiş, ANAP da bu kanunu uygulama olanağını önemli ölçüde yitirmiştir.

ANAP döneminin bir başka belgesi de "Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Kanunu"dur. Bu kanun ile bir Fon oluşturulmuş, her il ve ilçede Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları kurulmuş, bu vakıflar "fakir ve muhtaç" kişilere yardım etmeyi amaçlamıştır. Kanun'un arka plandaki amacınınsa, 1980 sonrası dönemde bozulan bölüşüm ilişkileri ve düşen sosyal harcamalar nedeniyle toplumda oluşan tepkileri azaltmak olduğu şeklinde değerlendirmeler yapılmıştır. Daha sonraları bu



Fon uygulaması, “Fak-Fuk-Fon” gibi hafifseme içerikli bir ifade ile anılmaya başlanmıştır<sup>52</sup>.

Başka bir çaba da 1989’da Türkiye’de bir ulusal sağlık politikası geliştirilmesi çabasıdır. DPT’nin, 1988 yılında sağlık sektöründeki sorunları ve alternatif çözümleri belirlemek amacıyla yapmaya karar verdiği Master Planı, Price Waterhouse Şirketi’ne hazırlanmıştır. 1990 yılında tamamlanan çalışma, sektörün varolan durumunu kapsamlı olarak açıklamış ve sağlık hizmetlerinin *mevcut uygulamayı iyileştirmek, serbest pazar stratejisi, ulusal sağlık hizmeti stratejisi, bir ara strateji* gibi acil gereksinimlerini ortaya koymuştur. DPT, son seçenekte karar kılmıştır<sup>53</sup>.

Sonuç olarak ANAP dönemi, 2000’li yıllarda yaşama geçirilmeye çalışılan değişikliklerin temellerinin atıldığı dönem olmuştur. Öyle ki; 2000 yılında gazetelere manşet olan “SSK’nın sağlık hizmeti üreten değil, satın alan bir müessese olması” anlayışının, daha 21 yıl önce, SSK 40. Genel Kurulu’nda şu şekilde ifade edildiği görülmektedir:

*“Kamu hastaneleri özel hastane statüsünde çalışacak; hastane yönetimleri verimini arttıracak şekilde personel istihdam edecek; sağlık tesislerindeki tüm personel sözleşmeli olacak; başarısız ve verimsiz hekim ve diğer personel hastane yönetimince uzaklaştırılacak...”*<sup>54</sup>.

### **3.4.3. 1990 - 2000 Dönemi**

ABD’de G. Bush, İngiltere’de M. Thatcher tarafından seslendirilen Yeni Dünya Düzeni ve onun argümanları olan serbest piyasa koşullarının ekonomik ve sosyal hayatın her aşamasına hakim kılınması, özelleştirme, özel mülkiyetin teşvik edilmesi, devletin sosyal alanlardan çekilmesi olarak sunulmuştur. Bu döneme neo-liberal stratejinin ana boyutları olarak piyasa ekonomisi, özelleştirme ve

---

<sup>52</sup> Soyer, “1980 Sonrası Sağlıkta...”, a.g.m., s. 260-261; Soyer ve Belek, a.g.m., s. 265-266.

<sup>53</sup> Ergör ve Öztekin, a.g.m., s. 5-6.

<sup>54</sup> Soyer, “1980’den Günümüze...”, a.g.m., s. 309.

küreselleşme damgasını vurmuş; insan hakları, demokratikleşme, yerelleşme ve bölgeselleşme yeni düzeninin yükselen değerleri olmuştur<sup>55</sup>.

1990'lar aynı zamanda IMF ve Dünya Bankası ile “merkez” ülkelerin “çevre” ülkeler üzerindeki yönlendirmelerinin ağırlığını arttırdığı yıllar olmuştur. Özellikle bu iki kuruluşun yapısal uyum politikalarının çevre ülkelerdeki yoksullukta ve eşitsizlikte belirleyici öneme sahip olduğu konusunda yaygın bir görüş birliği bulunmaktadır. Yapısal uyum kavramı, IMF ve Dünya Bankası'nın 1974-1979 yılları arasında petrol fiyatlarında, 1975'te de mal fiyatlarında meydana gelen artışlar sonucu gelişmekte olan ülkelere önerdikleri programlar için kullanılmak üzere ortaya atılmış bir kavramdır ve ekonomik büyüme üzerindeki enflasyon, bütçe açıkları, dış ödemeler açığı, gibi negatif şokların etkilerini hafifletmek için ulusal ekonominin değiştirilmesi süreci olarak tanımlanabilir<sup>56</sup>. Kamusal harcamalarının kısılması, devalüasyon, özelleştirme, kamu hizmetleri için kullanıcı katkıları konulması gibi araçları bulunan yapısal uyum politikalarının sağlık sektörü üzerindeki etkilerine değinmek gerekirse şunlar söylenebilir<sup>57</sup>:

a) tarım ürünlerini destekleyen politikalardan, uluslararası piyasalarda talep edilen ihraç ürünlerini destekleyen politikalara yönelme beslenme durumunu olumsuz etkilemektedir;

b) Kendisine aktarılan kaynakların azalması sağlık sektörünü bozmaktadır;

c) Sağlık çalışanlarının ücretleri düşmektedir. Ücret düşüklüğü nedeniyle motivasyonu kırılan çalışanın bu sefer sunduğu hizmetin kalitesi düşmektedir.

1980'ler boyunca dünya ekonomisinde temel bazı değişimler meydana gelmiş ve küreselleşme akımları göze çarpmıştır. 1990'lara gelindiğinde değişimler hem hızlarını hem de etki ve derinliklerini arttırarak seyretmeye başlamıştır. Devletlerin ve vatandaşların rolleri de sorgulanır olmuştur. 12 Eylül Rejimi, 1982 Anayasası, 24 Ocak Kararları, özelleştirmeler, 5 Nisan Kararları da bu değişim rüzgârının Türkiye üzerindeki etkisinin birer sonucu olmuştur. Tabiki her sektör gibi sağlık sektörü de

---

<sup>55</sup> H. Hüseyin Yıldırım, *Yapısal Uyum Programları ve Sağlık Reformları: Türk Sağlık Reformları İçin Çıkarılacak Dersler*, Erişim: 15.12.2005, [http://www.absaglik.com/hhy\\_YUP.pdf](http://www.absaglik.com/hhy_YUP.pdf), ss. 1-25, s. 6.

<sup>56</sup> Yıldırım, a.g.m., [http://www.absaglik.com/hhy\\_YUP.pdf](http://www.absaglik.com/hhy_YUP.pdf), s. 9.

<sup>57</sup> İlker Belek, **Sınıf, Sağlık, Eşitsizlik**, Sorun Yayınları, İstanbul, 1998, s. 65.

“yeni bir paylaşım öncesinin kaosu”<sup>58</sup> diye de değerlendirilen Yeni Dünya Düzeni'nin argümanlarından nasibini almıştır.

1989'dan 1994'e kadar olan dönemde ekonomik gelişmenin etkisiyle kamu sağlık harcamalarında ve sağlık çalışanlarının yaşam koşullarında görece bir iyileşme yaşanmıştır. Ancak 1994 sonrasında yaşam koşullarında, gelir dağılımı dengesinde, kamu hizmetlerinde ve sosyal harcamalarda kamu maliyesindeki krize bağlı olarak gerileme yaşanmış, aynı yıl “5 Nisan Kararları” alınmıştır. “5 Nisan Kararları”yla; kamu sağlık hizmetleri ve kurumlarının çökertilmesi süreci son noktaya taşınmıştır. Bu bağlamda kamu sağlık kurumlarına devlet katkısı sadece maaş ödemek düzeyine indirilmiş, özellikle devlet hastaneleri en basit harcamalarını bile kendi başlarına çözmekle başbaşa bırakılmıştır. Sağlık Ocakları da, vatandaşlardan para alarak, hizmet vermek zorunda kalmışlardır. Döner sermayesi en kârlı devlet hastaneleri arasında olan Yüksek İhtisas ve Koşuyolu Hastaneleri, 1987 tarihli 3359 sayılı kanuna dayanarak ve 11.1.1995 tarihli *Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerini Yönetimi ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik* ile işletme haline getirilmiş; böylece ilk fiili hastane özelleştirmeleri gerçekleşmiştir<sup>59</sup>.

Hastanelerin kamu tüzel kişiliğini korumakla birlikte; kendi yönetim yapılarını oluşturabilen, kendi personelini atayabilen, personel ücretlerini belirleyebilen kendi kaynaklarını oluşturabilen kurumlar olması, yani özerkleşmesi, sonraki süreçte özelleştirilmesi ve yerelleşmesi kapsamında değerlendirilmektedir. Dünya Bankası, yerelleşmeyi doğrudan doğruya ve kısa sürede özelleştirilemeyen birimlerin/sektörlerin çeşitli piyasa mekanizmalarının etkilerine açık bir ortama sokulmaları şeklinde belirlemiş, onu özelleştirmenin bir ara aşaması olarak görmüştür<sup>60</sup>. Belek'e göre, hükümet tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, devlet hiyerarşisinin azaltılması, merkezi yönetimin zayıflaması, kapitalizm koşullarında sermaye akışkanlığının artırılması ve sermayenin gücünün

<sup>58</sup> İlker Belek, Eriş Bilaloğlu ve diğerleri, **Sosyalizm “Yeni Dünya Düzeni” Türkiye**, Sorun Yayınları, İstanbul, 1992, s. 70.

<sup>59</sup> Soyer, “1980 Sonrası Sağlıkta...”, a.g.m., s. 261-263.

<sup>60</sup> Hülya Belek ve İlker Belek, “Sağlık Hizmetlerinde Desantralizasyon”, **Toplum ve Hekim**, Cilt: 12, Sayı: 78, Mart-Nisan 1997, ss. 44-53., s. 50-52.

uç noktalara taşınması noktalarında işlevleri bulunmaktadır<sup>61</sup>. Türkiye’de 1990’lardan beri gerek Sağlık Bakanlığı örgütlenmesi, gerek sağlık hizmeti sunumu açısından yerleşme çerçevesinde hedefler belirlenmiştir ve belirlenmektedir.

1994 ortalarına kadar sağlık alanındaki özelleştirme tartışmaları sadece yataklı tedavi alanına yönelik sürdürülmüştür. Birinci basamaktaki özelleştirme uygulamaları ise; 1994’ün sonlarına doğru dikkat çekmeye başlamıştır. Sağlık Bakanlığı’nın birinci basamak kamusal sağlık örgütleri sağlık ocaklarının maddi kaynaklarını kesmeye başlaması ve ocaklarda hastanelerdeki “vakıf” uygulamasına benzer şekilde, vatandaşlardan sunulan hizmetlere karşılık “bağış” adı altında ücret alınımının yaygınlaşması, birinci basamaktaki özelleştirme faaliyetlerine işaret etmiştir. Vakıf, döner sermaye, özel sektörün teşviki, SSK’da “surtime” çalışma, yardımcı hizmetlerin (temizlik, yemek, çamaşır vb.) taşeronlaştırılması gibi faaliyetlerle özelleştirme uygulamaları çeşitlenmiştir<sup>62</sup>.

#### 3.4.3.1. Yeşil Kart Uygulaması

1991 genel seçimlerinden sonra Turgut Özal’ın liderliğindeki ANAP dönemi kapanmış ve DYP-SHP koalisyonuyla yeni hükümet kurulmuştur. Bu hükümetin önemli icraatlarından birisi, kendisini de iktidara taşıdığı söylenebilecek “yeşil kart” uygulamasını başlatmak olmuştur. Yeşil kart uygulaması, 3.7.1992 tarih ve 3816 sayılı *Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun*’a dayanılarak, 5 Ağustos 1992 tarihinde bütün Türkiye’de uygulanmaya başlamıştır. Yeşil kart uygulamasıyla, hiçbir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında olmayan ve sağlık hizmetleri giderlerini karşılayacak durumda bulunmayan vatandaşların bu giderlerinin, Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulamasına geçilinceye kadar devlet tarafından karşılanması amaçlanmıştır. Kanun’a göre yeşil kart kapsamında olanlar, hiçbir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında bulunmayan ve asgari ücretin vergi ve sosyal sigorta primi dışındaki miktarının 1/3’ünden az olan vatandaşlardır<sup>63</sup>.

<sup>61</sup> İlker Belek, “Sağlık Reformları Kriz ve Sağlık Paradigmasında Liberal Yeniden Yapılanma”, **Toplum ve Hekim**, Cilt: 16, Sayı: 6, Kasım-Aralık 2001, ss. 430-437, s. 435-436.

<sup>62</sup> Akif Akalın, “Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme Hızlanıyor”, **Toplum ve Hekim**, Cilt: 13, Sayı: 3, Mayıs-Haziran 1998, ss. 162-166, s. 164.

<sup>63</sup> *Yeşil Kart* (Nisan 1994), Erişim: 10.01.2006, <http://www.spgk.saglik.gov.tr/ss/sayilar/9404/6.htm#Y>

2002 yılında gerçek ihtiyaç sahipleri dışındaki kesimlerce de temin edilip kullanılarak istismar edildiği gerekçesiyle yeşil kart uygulamasının kaldırılması gündeme getirilmiştir. Asıl gerekçenin ise kriz sonrası IMF tarafından hükümete verilen raporda ve hükümetin IMF'ye gönderdiği niyet mektubunda yer alan, IMF'nin sağlık ve sosyal güvenlik harcamalarının kısılmasını, devletin sağlık hizmeti sunmaktan çekilmesini doğrultusundaki talepleri bulunmaktadır. Yeşil kartın liberal politikaların benimsendiği son 25 yılda devletin sosyal yanının belki de en çok görüldüğü uygulama olduğu ve kaldırılması halinde sosyal patlama olacağı sesleri yükselmiş; kaldırılması yerine verilmesinin iyi saptanmış belli kriterlere bağlanması ve torpilin önlenmesi; böylece gerçek ihtiyaç sahiplerinin mağduriyetlerinin engellenmesi gerektiği dile getirilmiştir<sup>64</sup>.

Yeşil kart uygulamasının, 2005 itibariyle bir milyonu aşkın vatandaş tarafından istismar edildiği tespit edilmiştir. Uygulandığı ilk yıl, 2.211.341 kişi yeşil kart alırken, bu rakamın 2004 yılında 13.400.000 bin kişiye ulaştığı saptanmıştır. Kartların 2003 yılında yenilenmesiyle, kart yolsuzlukları ortaya çıkmış; kartı mükerrer olan, sosyal güvencesi bulunan, ev, işyeri, otomobili olduğu halde yeşil kart kullanan 1.25.731 kişinin yeşil kartı iptal edilmiştir<sup>65</sup>. Kimileri yeşil kart kullanımındaki artışı, istismarcıların sayısındaki artmanın değil, ülkenin giderek yoksullaşmasının bir göstergesi olarak değerlendirmiştir<sup>66</sup>.

Günümüzde devam etmekte olan yeşil kart uygulamasında başlarda vatandaşların sadece teşhise yönelik tüm tetkik ve tahlil giderleri ile yataklı tedavi kurumlarında yatarak gördükleri her türlü tedavi, ameliyat, ilaç ve tetkik giderlerinin devlet tarafından karşılanması söz konusuken ve üniversitelere sevk mümkün değilken; 2004 yılında yapılan değişikliklerle ayakta tedavi kapsamında görecekları muayene, tetkik, tahlil, pansuman, diş çekimi, diş protez ve gözlük hizmetleri ile ilaç bedellerinin de devlet tarafından karşılanması ve tıbbi gereklilikte tedavilerinin devam ettiği ikinci veya üçüncü basamak sağlık tesisinden en yakın üniversite

<sup>64</sup> Şükrü Hatun (2002), *Yeşil Karta Dokunmayın*, Erişim: 03.01.2006, [http://www.ato.org.tr/dergi/2002\\_kis\\_ilkbahar/20.html](http://www.ato.org.tr/dergi/2002_kis_ilkbahar/20.html)

<sup>65</sup> *1 Milyon 25 bin 731 Kişinin Yeşil Kartı İptal Edildi*, Erişim: 31.01.2006, [http://www.byegm.gov.tr/yayinlarimiz/anadoluyahaberler-yeni/2005/subat/ah\\_16\\_02-05.htm](http://www.byegm.gov.tr/yayinlarimiz/anadoluyahaberler-yeni/2005/subat/ah_16_02-05.htm)

<sup>66</sup> Hatun, a.g.m., [http://www.ato.org.tr/dergi/2002\\_kis\\_ilkbahar/20.html](http://www.ato.org.tr/dergi/2002_kis_ilkbahar/20.html)

hastaneleri ile diğer kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık tesislerine sevk edilmeleri kabul edilmiştir<sup>67</sup>.

2005 yılında, yeşil kartlı vatandaşlardan israfı önlemek gerekçesiyle ilaç parasının % 20'sini tahsil edecek kanun çıkarılmıştır. Hükümet tarafından gereksiz ilaç tüketimine karşı bir önlem olarak görülen bu uygulama, kimilerince de sağlık hizmetlerinin piyasa hizmeti haline getirilmesinin tipik bir örneği olarak değerlendirilmiştir. Uygulamaya, 1.5 dolarla yaşayan insanların bulunduğu ülkede ilaç parasının % 20'sinin tahsilinin, yoksul vatandaşa “öl” demek anlamına geldiği şeklinde eleştiriler getirilmiştir<sup>68</sup>.

Tüm vatandaşların sosyal güvenlik şemsiyesi altına alınması adına yürütülen yasal çalışmaların sonuca vardırılması durumunda, yeşil kart sisteminin son bulacağı, yeşil kartlılar ve ödeme gücü bulunmayan yoksulluk sınırının altındaki vatandaşların sağlık primlerinin devlet tarafından karşılanacağı ve böylece bu kişilerle beraber herkesin genel sağlık sigortasına dahil edileceği sık sık dile getirilmiştir.

### 3.4.3.2. Ulusal Sağlık Politikası ve Sağlık Reformu Projeleri

1992 yılında Dr. Yıldırım Aktuna'nın bakanlığı döneminde, Sağlık Bakanlığı bir reform hazırlığı içerisine girmiştir. Bu reform hazırlığının temel amacı, Ulusal Sağlık Politikası'nın oluşturulması olmuştur. Reform projesi, sağlık hizmetleri sunumu, finansman, sağlık insangücü, sağlık yönetimi, mevzuat, sağlık enformasyon sistemi ve “Ulusal Sağlık Akademisi”nin kurulması ile ilgili konuları içermekteydi<sup>69</sup>.

İçeriği ve mevzuatta yapılacak değişiklikler göz önünde bulundurulduğunda, sosyalleştirme kanununu önemli ölçüde etkileyeceği açık olan reform projesi çerçevesinde, sağlıkta öncelikle hukuki reforma gidilmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla, 1993 yılında Sağlık Reformu Kanun Tasarısı Taslakları olarak; Sağlık Kanunu Tasarı Taslağı, Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Tasarı Taslağı,

<sup>67</sup> *Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Devlet Tarafından Karşılanması ve Yeşil Kart Uygulaması Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına İlişkin Yönetmelik (2004 tarih, No: 25678)*, Erişim: 26.12.2004, [http://www.istabip.org.tr/yasa/yesil\\_yon.html](http://www.istabip.org.tr/yasa/yesil_yon.html)

<sup>68</sup> Gencay Gürsoy (01.08.2005), *Paran Yoksa, Öl*, Erişim: 31.01.2006, <http://www.milligazete.com.tr/index.php.action=show&type=report&topicid=46>

<sup>69</sup> Sevinç, a.g.m., [http://ymm.net/ozgurce/dosya/yayin/12\\_eylul.pdf](http://ymm.net/ozgurce/dosya/yayin/12_eylul.pdf)

Bölge Sağlık İdareleri Kanun Tasarı Taslağı ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarı Taslağı hazırlanmıştır. Bölge Sağlık İdareleri Kanun Tasarı Taslağı'nda merkezi hükümet üzerindeki yükün yerel yönetimlere devredilmesi ve sektör planlamasının yerinden yapılması planlanmıştır. Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarı Taslağı da tüm nüfusa standart bir şekilde hakkaniyetli ve etkili bir sağlık güvencesi vermeyi hedeflemiştir<sup>70</sup>. Ancak bu kanun çalışmaları taslak olarak kalmaktan öteye gidememiştir.

Sağlık reformu çalışmaları kapsamında, sağlık hizmetlerinin sunumunda da yöntem değişikliğine gidilmek istenmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliğine dayandırılması, devlet hastanelerinin önce özertleştirilmesi ve süreç içerisinde özertleştirilmesi planlanmıştır. Bu noktada sosyalleştirme kanununun getirdiğinden farklı bir yapılanma söz konusudur. Planlanan hizmet sunumu modelinde sosyalleştirme kanununun kırsal alan için öngördüğü sistem hemen hemen tümüyle korunacak; kentsel alanda ise ilçelerde “Kamu Sağlığı Merkezleri” kurulacaktı. Böylece, kentlerde sağlık ocağı, ana-çocuk sağlığı merkezi, verem savaş dispanseri gibi sağlık kuruluşları birer örnek haline getirilecekti. Kamu sağlığı merkezlerinde halk sağlığı uzmanı ya da bu konuda eğitim görmüş bir başhekim ve yeterli sayıda personel görev yapacaktı. Bu merkezler, genel anlamda koruyucu hizmetlerden sorumlu olacaktı. Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından verilecekti. Aile hekimi, kendi muayenehanesinde serbest olarak çalışacak ve kendisine bağı nüfustan kişi başına ücret alacaktı. Hizmet sunumundaki bu düzenlemeler, koruyucu hizmetlerle tedavi hizmetlerini birbirinden ayıracak, özel hekimliği birinci basamak sağlık hizmetlerinde birincil hale getirecek ve sosyalleştirme kanunuyla getirilen entegre sağlık hizmeti anlayışını ortadan kaldıracak nitelikteydi. Ayrıca kentlerde var olan sağlık ocaklarının kentsel gereksinimlere göre yeniden yapılandırılması yerine bir de kamu sağlığı merkezleri kurulması daha karmaşık bir örgüt yapısı ortaya çıkaracaktı<sup>71</sup>.

<sup>70</sup> Oğuz Engiz, “Türkiye’de Sağlık Finansman Sorunu ve Çözüm Arayışları”, **Toplum ve Hekim**, Cilt: 11, Sayı: 72, ss. 22-31, s. 29.

<sup>71</sup> Sevinç, a.g.m., [http://ymm.net/ozgurce/dosya/yayin/12\\_eylul.pdf](http://ymm.net/ozgurce/dosya/yayin/12_eylul.pdf)

ANAP döneminde uygulamaya geçirilemeyen sağlık personelinin sözleşmeli hale getirilmesi hükmünün uygulamaya konması, sağlık reformu tartışmalarında ele alınan diğer konular olmuştur. Sağlık finansmanının reformu çerçevesinde de Genel Sağlık Sigortası'na geçiş planlanmıştır. Bu uygulama sonucunda hizmet sunumu ile hizmetin finansmanı birbirinden ayrılacaktı. Bu model, daha sonra da değinileceği gibi eşitlik, verimlilik ve kalite açısından değerlendirildiğinde GSS, sağlık finansmanında yeni sorunlar yaratabilecek bir finansman modelidir. DYP-SHP döneminde hedeflenen gerçekleştirilemediğinden, bu defa da RP-DYP koalisyon hükümeti döneminde Kasım 1996 tarihinde Sağlık Finansman Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanunu ile Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu Tasarı Taslakları hazırlanmıştır<sup>72</sup> ve TBMM'ye gönderilmiştir. 1997 genel seçimleri nedeniyle bu taslaklar kadük olmuştur. Yine benzer bir nedenle, 18 Nisan 1999 milletvekili seçimleri nedeniyle, kadük kalan bir diğer taslak da Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarı Taslağı'dır<sup>73</sup>.

Sağlık reformuna yönelik en güçlü eleştiri, planlanan Genel Sağlık Sigortası Sistemi'nin fazladan prim toplanmasını öngördüğünü ileri süren Türk Tabipleri Birliği'nden gelmiştir. Tartışma sürecinde kurumlardan ve Sağlık Bakanlığı'ndan gelen grupların toplanıp görüş alışverişinde bulunması sonucunda Ulusal Sağlık Politikası taslak belgesi yeniden düzenlemiş ve değerlendirilmek üzere WHO Avrupa Bölgesi Direktörlüğü'ne gönderilmiştir. Bölge Direktörlüğü belgenin biçimi, hedefler, ilkeler ve stratejilerle ilgili görüşlerini bildirdikten sonra Türkiye Ulusal Sağlık Politikası son haline getirilmiş ve 1993 Nisan ayında yayınlanmıştır. Ulusal Sağlık Politikası'nın amacı sağlıklı bireylerden oluşmuş sağlıklı bir nüfusa ulaşmaktır. Ancak bu amaca ulaşmak için sadece sağlık hizmetlerinin sağlanmasının yeterli olmadığı; sektörlerarası politikaların da gerekli olduğu vurgulanmıştır. Belge toplam 30 hedef içermekteydi. Bu belge bütün meclis üyelerine sunulmuş; fakat

---

<sup>72</sup> *Halkın Sağlığına ve Sağlık Çalışanına Karşı Sermaye Adına Düzenleme*, Erişim: 20.12.2005, <http://www.ses.org.tr/bilgi/gss/7.htm>

<sup>73</sup> İlker Belek, "Türkiye Sağlık Reformları", **Toplum ve Hekim**, Cilt: 16, Sayı: 6, Kasım-Aralık 2001, ss. 438-447, s. 442.



Avrupa bölgesindeki diğer ülkelerde izlenen prosedürün tersine mecliste tartışılmamış ve kanuna da dönüştürülmemiştir<sup>74</sup>.

DYP-SHP döneminin sağlık reformu çalışmaları, temel görevleri Dünya Bankası projeleri, sağlık reformu çalışmaları ve ulusal sağlık politikası hazırlama olarak belirlenen ve Dünya Bankası politikaları doğrultusunda kurulan “Sağlık Proje Koordinatörlüğü”(1991) aracılığıyla yaşama geçirilmiştir. Böylece, Bakanlık bürokrasisi devre dışı bırakılmış ve sağlık alanındaki girişimler Dünya Bankası politikaları doğrultusunda yapılmıştır. Adı geçen birim sayesinde, giderek Dünya Sağlık Örgütü'nün yerini alan Dünya Bankası'nın Türkiye'de sağlığın yönetimini devraldığı ve Bakanlığa da sadece siyasi kadrolaşma ve ihale işlerinin bırakıldığı bir sürece girilmesi mümkün olmuştur<sup>75</sup>.

23-27 Mart 1992 tarihleri arasında sağlık sektörü ve diğer sektörlerden beş yüzden fazla kişinin katılımıyla Ankara'da I. Ulusal Sağlık Kongresi, 12-16 Nisan 1993 tarihleri arasında da II. Ulusal Sağlık Kongresi düzenlenmiştir. Bu kongrelerde sağlıkla ilgili mevzuatın gözden geçirilmesi, sağlık insan gücü reformları, sağlık hizmeti sunumunun ve yönetim yapısının yeniden yapılandırılması üzerinde çalışmalar yapılmıştır. I. Ulusal Sağlık Kongresi'nde “Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı” adıyla yayınlanan belgede birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimleri tarafından sunumu öngörülmüştür<sup>76</sup>. Ulusal Sağlık Kongresi Temel Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubu, kendisine sunulan aile hekimliği önerisini reddederek sosyalleştirme kanununun belirlediği modeli benimsediğini açık şekilde belirtmiş olmasına rağmen Sağlık Bakanlığı, kongreden bir kaç ay sonra yayınladığı taslak raporunda aynı önerileri kongrenin onayını almış gibi sunmuştur. Sağlık Bakanlığı, 1993 yılındaki II. Ulusal Sağlık Kongresi'nde de aynı temel görüşleri yinelemiştir. Bu tarihten sonra ise bakanlık, o zaman dek kamuoyu önünde izlediği açık tutumunu terk ederek, çalışmalarını gizlilik içinde yürütmüştür<sup>77</sup>.

---

<sup>74</sup> Ergör ve Öztekin, a.g.m., s. 7.

<sup>75</sup> Soyer, “1980 Sonrası Sağlıkta...”, a.g.m., s. 261.

<sup>76</sup> Ertekin, a.g.e., s.62, 107.

<sup>77</sup> Sevinç, a.g.m., [http://ymm.net/ozgurce/dosya/yayin/12\\_eylul.pdf](http://ymm.net/ozgurce/dosya/yayin/12_eylul.pdf)

Hazırlık çalışmaları 1987-1990 yılları arasında tamamlanan, İkras Anlaşması, Dünya Bankası ile 16 Ağustos 1990 tarihinde imzalanarak 7 Ekim 1990 tarihli ve 20658 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan ve 1991 yılından itibaren uygulanmaya başlanan *Birinci Sağlık Projesi*, 1998 yılının sonunda tamamlanmıştır. 30 Nisan 1999’da da kapanışı yapılan bu projenin toplam bütçesi 147.47 milyon dolar olup, %51’i (75 milyon dolar) Dünya Bankası, % 49’u (72.47 milyon dolar) Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti tarafından finanse edilmiştir. Proje Ankara, Diyarbakır, Mardin, Muğla, Sivas, Tokat, Yozgat ve İstanbul (Pendik, Ümraniye, Eyüp ve Bakırköy ilçelerinde) olmak üzere 8 ilde yürütülmüştür. Seçilen bu sekiz ilde, il sağlık hizmetlerinin, özellikle de temel sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması ve güçlendirilmesi yoluyla halkın sağlık düzeyini yükseltmek; Sağlık Bakanlığı’nın yönetim kapasitesini geliştirmek; sağlık sektöründe finansman ve hizmet sunumunda yeni modellerin geliştirilmesini amaçlayan reform çalışmalarını desteklemek Birinci Sağlık Projesi’nin amaçları olarak ortaya konmuştur<sup>78</sup>.

1990 yılında imzalan kredi anlaşmasında, Dünya Bankası’nın yönlendirmesiyle devletin rolü koruyucu sağlık hizmetleriyle sınırlanmış, tedavi edici sağlık hizmetlerinin de özel sektör tarafından yerine getirilmesi öngörülmüştür. Anlaşmaya göre sağlığın özelleştirilmesi için ilk olarak hastanelere daha geniş işletme özerkliği verilip yerelleşme sağlanacaktı. Böylece, hizmetlerin etkinliğinin ve hizmetten yararlananların denetiminin sağlanması mümkün olacaktı. Kamu kuruluşlarınca verilen sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılmasının da istendiği anlaşmada, sağlık hizmetlerinin doğrudan özelleştirilmesinin Sağlık Reformu Proje Genel Koordinatörlüğü tarafından yönlendirileceği belirtilmiştir<sup>79</sup>.

Hazırlıkları 1992-1993 yıllarında Sağlık Bakanlığı uzmanları ve proje illeri yetkilileri ile birlikte yapılmış olan *İkinci Sağlık Projesi İkras Anlaşması* Türkiye ile Dünya Bankası arasında, 28 Eylül 1994 tarihinde imzalanmış, 22 Aralık 1994 tarih ve 22149 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu projenin, kalkınmada 1. ve 2. derecede öncelikli iller olan Adıyaman, Ağrı, Ardahan, Artvin,

---

<sup>78</sup> “Türkiye Cumhuriyeti ile Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası Arasında Akdedilen Sağlık Projesi İkras Anlaşması”, **Resmi Gazete**, Sayı: 20658, 7 Ekim 1990, s. 14-15,21; *Birinci Sağlık Projesi*, Erişim: 02.01.2006, <http://www.spgk.saglik.gov.tr/tr/1proje.html>

<sup>79</sup> Soyer, “1980’den Günümüze...”, a.g.m., s. 312-313.

Batman, Bayburt, Bingöl, Bitlis, Elazığ, Erzincan, Erzurum, Gümüşhane, Hakkari, Iğdır, Kars, Malatya, K.Maraş, Muş, Siirt, Tunceli, Ş.Urfa, Şırnak ve Van illerinde 1995-2001 yılları arasında uygulanması öngörülmüştür. 17 Ağustos 1999 tarihli Marmara Depremi'nden sonra başta hedeflenen 23 ile ek olarak İstanbul, Adapazarı, Yalova, Bolu ve Kocaeli illeri de proje kapsamına alınmıştır. Proje, % 75'i ( 150 milyon dolar) Dünya Bankası tarafından finanse edilen 200 milyon dolarlık bütçeye sahiptir<sup>80</sup>.

Proje illerinde halkın sağlık düzeyini yükseltmek; önlenabilir nedenlerden kaynaklanan hastalık ve ölümleri azaltmak ve temel sağlık hizmetlerinin kalitesini, kullanımını ve erişilebilirliğini arttırmak; sağlık hizmet sunumunda etkililik ve verimliliği arttırmak; Sağlık Bakanlığı'nın merkez ve taşra teşkilatında yönetim kapasitesini geliştirmek ve sağlık reformları hazırlık çalışmalarını desteklemek İkinci Sağlık Projesi'nin amaçları olarak ortaya konmuştur<sup>81</sup>. Proje kapsamında temel sağlık hizmetleri hizmet içi eğitimi, sağlık programları, temel sağlık hizmetlerini izleme, değerlendirme, denetim, sağlık sistemleri, hastane yönetimlerinin yeniden yapılandırılması, sağlık ekonomisi ve analizleri, sürdürülebilir finansman eğitimi başlıklarında pek çok çalışma gerçekleştirilmiş; hastane yönetimi ile ilgili olarak da Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu ve bağlı yönetmeliklerin taslakları hazırlanmıştır<sup>82</sup>.

Hazırlık çalışmalarına 1996 yılının Kasım-Aralık aylarında başlanan *Temel Sağlık Hizmetleri Projesi İkraz Anlaşması* Türkiye ile Dünya Bankası arasında 22 Eylül 1997'de imzalanmıştır. Projenin 3 temel amacı vardır<sup>83</sup>:

i) Yeterli altyapı ile desteklenen “Aile Hekimliği” ve etkili bir “Sevk Sistemi”ne dayanan pilot bir “Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Sistemi” geliştirmek,

ii) Ülke çapında bir uygulamaya geçmek için geliştirilen sistemi değerlendirmek,

---

<sup>80</sup> “Türkiye Cumhuriyeti ve Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası Arasında İkraz Anlaşması (İkinci Sağlık Projesi), **Resmi Gazete**, Sayı: 22149, 22 Aralık 1994, s. 2-3.

<sup>81</sup> *İkinci Sağlık Projesi*, Erişim: 02.01.2006, <http://www.spgk.saglik.gov.tr/tr/2proje.html>

<sup>82</sup> Belek, “Türkiye Sağlık...”, a.g.m., s. 441.

<sup>83</sup> “Türkiye Cumhuriyeti ve Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası Arasında İkraz Anlaşması (Temel Sağlık Hizmetleri Projesi)”, **Resmi Gazete**, Sayı: 23203, 17 Aralık 1997, s. 2-3, 9.

iii) Sağlık Bakanlığı bünyesinde sağlık ekonomisi kapasitesini geliştirmek. Yetkililer, projeye yeterli altyapı ile desteklenen ve etkili bir sevk sistemine dayanan birinci basamak sağlık hizmetleri sistemini geliştirmeyi amaçladıklarını kaydetmişlerdir.

Bilecik ve Eskişehir illerini kapsayan projenin 18.63 milyon dolar olan toplam bütçesinin % 78'inin (14.5 milyon dolar) Dünya Bankası, % 22'sinin (4 milyon dolar) de Türkiye tarafından finanse edileceği belirtilmiştir. Proje çerçevesinde halkın bilgilendirilmesi amacıyla kampanya düzenlenmesi, Bilecik ve Eskişehir'deki sağlık personelinin hizmet içi eğitime tabi tutulması, 350 aile hekiminin eğitilmesi, 33 sağlık evi, 21 şehir tipi sağlık ocağı ile 35 köy tipi sağlık ocağının onarılarak aile hekimliği ofislerine dönüştürülmesi ve Bilecik Devlet Hastanesi'nin tıbbi donanımının sağlanması tasarlanmıştır<sup>84</sup>.

Bu gelişmelere koşut olarak; Türkiye'nin Yeni Dünya Düzeni'nin kurallarına uymasının bir zorunluluk olduğunun tespitiyle başlayan, 1996-2000 dönemini kapsayan VII. BYKP'de şu ifadelerle yer verilerek projelerdeki piyasacı sağlık yaklaşımının korunduğuna dikkat çekilmiştir:

*“Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması, bulaşıcı ve salgın hastalıklar ve koruyucu sağlık hizmetleri kamu hizmeti olarak bedelsiz verilmeye devam edilecek, tedavi hizmetlerinin bedeli ise kullanıcılar tarafından ödenecektir. Daha kaliteli ve etkili sağlık hizmeti sunulabilmesi için hastaneler idari ve mali özerkliğe kavuşturularak, çağdaş işletmecilik anlayışıyla yönetim yapıları güçlendirilecek...”*<sup>85</sup>.

Birgül A. Güler, Dünya Bankası'nın yapılan kredi anlaşmalarıyla Türkiye gibi kendisinden borç alan gelişmekte olan ülkelerde temel ekonomik ve toplumsal politikalarla devlet örgütlenmesi üzerinde çok yönlü değişiklikler yaratmayı amaçlamasının, anlaşmalarda yer alan koşulların birer “dayatma” olarak

<sup>84</sup> Temel Sağlık Hizmetleri Projesi, Erişim: 10.01.2006, <http://www.spgek.saglik.gov.tr/ss/sayilar/9709/s7.html>; Üçüncü Sağlık Projesi İmzalandı, Erişim: 02.01.2006, <http://www.byegm.gov.tr/yayinlarimiz/TURKHABER/94/T59.htm>

<sup>85</sup> TTB, “7. Beş Yıllık Planın Hekimlerle İlgili Bölümleri”, **Toplum ve Hekim**, Cilt: 11, Sayı: 71, Ocak-Şubat 1996, ss. 76-77, s. 76-77.

algılanmasına yol açtığını ileri sürmektedir. Anlaşmaların “yönetimi geliştirme kılavuzu” niteliği taşıdıklarını ortaya koymak için de Sağlık Projesi İkraz Anlaşmalarını örnek vermektedir<sup>86</sup>. Bu bağlamda, BYKP’deki ve sağlık politikalarındaki değişim de temel toplumsal politikalarındaki değişimin en tipik örnekleridir.

1980 sonrası süreçte sağlık politikaları ve bu alandaki çalışmalar, Dünya Bankası projeleri ve politikaları doğrultusunda; özelleştirme, Genel Sağlık Sigortası oluşturulması, temel sağlık hizmetlerinin etkin sunumu, sevk zincirinin oluşturulması, aile hekimliği modeli geliştirilmesi üzerinde yoğunlaşmıştır. 1990’lı yılların başında başlayan sağlıkta reform çalışmalarının on yıllık geçmişine dönüp bakıldığında; reformların istenilen seviyeye getirilemediği, projelerin finansmanı için Dünya Bankası’ndan alınan kredilerin maliyetlerinin çok yüksek olması nedeniyle zaten ağır olan borç yükünü daha da ağırlaştırdığı sonucuna varılmaktadır<sup>87</sup>.

### **3.4.3.3. Sosyal Güvenlik Sistemi’nde Reform Çalışmaları**

1990’lı yıllara ilişkin olarak değinilmesi gereken konulardan biri de sosyal güvenlik sisteminin yeniden yapılandırılması tartışmalarının yoğunlaşmasıdır. 1994 yılından itibaren Sosyal güvenlik sistemi açık vermeye başlamıştır. 1994 yılında GSMH’nin % 1’ini bulan açık düzeyi 1999 yılında % 3.7’ye ulaşmıştır<sup>88</sup>. İki aşamalı bir sosyal güvenlik reform süreci tasarlanmıştır. İlk aşamayı 8 Eylül 1999 tarihinde yürürlüğe giren ve Sosyal Güvenlik Reformu adı altında sunulan 4447 sayılı kanun oluşturmuştur. DSP-MHP-ANAP koalisyon hükümeti tarafından Marmara Depremi sonrasında çıkarılan bu kanunla emeklilikte en az yaş sınırı kadınlar için 58, erkekler için 60 olarak belirlenerek emeklilik yaşı uzatılmıştır. Aynı kanunla işsizlik sigortası kurulmuştur. Ayrıca, Sosyal Sigortalar Kanunu, Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu, Emekli Sandığı Kanunu, Esnaf ve Sanâtkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu, Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu, İş Kanunu’nda değişiklikler yapılmıştır.

<sup>86</sup> Birgül A. Güler, “Kamu Yönetimi ve Dünya Bankası”, **Amme İdaresi Dergisi**, Sayı: 3, Eylül 1995, ss. 19-29, s. 24, 27.

<sup>87</sup> Yıldırım, a.g.m. s. 21.

<sup>88</sup> Şerife Özsuca, “Küreselleşme ve Sosyal Güvenlik Krizi”, **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi**, Sayı: 58[2], Nisan-Haziran 2003, ss. 133-152., s. 144.

4447 sayılı Kanun'da prime esas gün sayılarının arttırılması, prime esas kazanç taban ve tavan düzeylerinin yükseltilmesi, prim oranlarının yükseltilmesi, yeni primlerin getirilmesi, bazı sigorta kollarının yardımlarından yararlanmak için sigortalı ve bağımlıların katkıda bulunmasına yönelik düzenlemelere yer verilerek gelirlerin arttırılmasına yönelik düzenlemeler getirilmiştir. Emeklilik yaşının kademeli bir biçimde yükseltilmesi, emeklilik ödemelerini hak kazanma koşullarının zorlaştırılması, aylıkların hesabında esas alınan kazanç dönemlerinin değiştirilmesi, emekli aylıklarının bağlanma oranlarının düşürülmesine yönelik düzenlemelerle de giderlerin kısılması amaçlanmıştır. 4447 sayılı kanun ayrıca kayıt dışı istihdamın önlenmesine yönelik tedbirler getirmiş, işsizlik sigortası sistemi uygulamaya geçirilmiştir. Yeni iş bulma ve meslek geliştirme, edindirme ve yetiştirme eğitiminin verilmesi uygulaması da bu dönemde başlamıştır.

Sosyal güvenlik reformunun ikinci aşamasını ise orta ve uzun vadeli tedbirleri içeren düzenlemeler oluşturmuştur. Sosyal sigorta kuruluşlarının etkinlik ve verimliliklerini arttırmaya yönelik teknolojik ve kurumsal yeniden yapılanmalar; bireysel emeklilik sisteminin kurulması; kapsamlı bir sosyal yardım sisteminin kurulması ve sağlık hizmetlerinde kaynakların daha verimli kullanılmasına yönelik yeniden yapılanma hedeflenmiştir<sup>89</sup>.

Hükümet sosyal güvenlik reformu konusunda hükümet çalışanları yerine daha çok Dünya Bankası ve IMF uzmanlarıyla çalışmayı tercih etmiştir. 10 Mart 2000 tarihinde Hazine Müsteşarlığı tarafından Dünya Bankası'na verilen "Türkiye Ekonomik Kalkınma Reform Kredisi Kalkınma Politikası Mektubu" başlıklı mektup da hükümetin bu tercihinin bir göstergesidir. Mektupta, mali açıdan sağlıklı ve adil bir sosyal güvenlik sisteminin sağlanması konusunda hükümetin girdiği üç aşamalı taahhüt yer almıştır. Birinci aşamanın, sosyal güvenlik sisteminin mali güvenilirliğini sağlamak için politika reformları, ikinci aşamanın üç sosyal güvenlik kuruluşu olan SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı'nın birbiriyle uyumlu hale getirilmesini sağlayacak örgütsel reformlar, üçüncü aşamanın da isteğe bağlı özel emeklilik sistemini desteklemek için düzenleyici yasal çerçevenin oluşturulmasıyla gerçekleştirileceği

---

<sup>89</sup> Özsuca, a.g.m., s. 144, 146.

taahhütleri dile getirilmiştir. Bu taahhütlerden birinin sonucu olarak da 28.02.2002 tarihinde 4632 sayılı *Bireysel Emeklilik Tasarruf ve Yatırım Sistemi Kanunu* yürürlüğe girmiştir. Kanunla bireylere bireysel emeklilik hesaplarına dayalı fonlu bir sistem oluşturmak ve fonların mali sektörde değerlendirilmesini sağlamak amaçlanmıştır. Başka çevrelerce de amacın varolan sosyal güvenlik sistemine alternatif olmadığı ve bireylere ek gelir sağlamak olduğu söylene de, bu tarz uygulamaların dünyada kamu sosyal güvenlik sistemini zayıflatan sonuçlar yarattığı ve sonradan uygulanacak sosyal güvende özelleştirme uygulamalarının ilk adımını oluşturduğu belirtilmiştir<sup>90</sup>.

1993 yılında çıkarılan 3917 sayılı kanuna dayanılarak SSK'nın çeşitli illerdeki 216 taşınmazının satılması için Emlak Bankası'na devredilmesiyle başlayan ve SSK'nın tasfiyesi olarak nitelendirilen süreç, 1996 yılının sonlarında SSK hastanelerinin şirketlere dönüştürülerek özelleştirilmesi girişimiyle seyretilmiştir. 1998 yılında SSK hastanelerinin, daha etkin ve süratli bir çalışma için, "yerinden yönetim modeli" benimsenerek özerkleşeceği açıklanmıştır. Ancak konuya ilişkin kanun tasarısı, CHP'nin karşı çıkması üzerine geri çekilmiştir. 1995 yılında başlattığı uygulamayla, bazı ameliyat ve tetkikler için hastalarını özel hastanelere sevk edebilen SSK, ilerleyen süreçte sigortalıların ayakta tedavi ve poliklinik hizmetlerinin de özel hastanelerden satın alınması uygulamasını başlatmıştır. Böylece, SSK'nın ayakta tedavi hizmetlerini, sözleşmeye uyan ve en uygun fiyatı veren özel sağlık işletmelerine devretmesi ve poliklinik hizmetlerinin özelleştirilmesi öngörülmüştür<sup>91</sup>.

SSK sağlık tesislerinin özelleştirilmesi yönündeki önemli bir girişim de, SSK bünyesinde Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı altında sigorta ve sağlık işlerinin birbirinden ayrılıp, "sigorta işleri genel müdürlüğü" ve "sağlık işleri genel müdürlüğü" şeklinde iki ayrı genel müdürlüğün oluşturulmasıdır. İki ayrı genel müdürlük şeklindeki oluşum, 2003 yılında kabul edilen 4958 sayılı *Sosyal Sigortalar*

---

<sup>90</sup> Murat Özveri, "Yoksulluğun Yönetilmesi ve Sosyal Güvenlik Hakkı", **Praksis**, Sayı: 9, Kış-Bahar 2003, ss. 321-336., s. 330, 332.

<sup>91</sup> Birsen Ersel, "Sosyal Sigortalar Kurumunun Özelleştirilmesi Üzerine Tartışmalar", **Mülkiye Dergisi**, Cilt: XXV, Sayı: 227, Mart-Nisan 2001, ss. 171-188, s. 173, 178-180.

*Kurumu Kanunu'nda* yer almıştır. Aynı Kanun, yabancı uzman çalıştırma olanağını da getirmiştir<sup>92</sup>.

Tabip odaları, sendikalar ve meslek örgütleri bu olayı; SSK'nın sağlık ve sigorta işleri olarak ikiye ayrılmasının, hastanelerin işletmeye dönüştürülmesinin yolunu açtığı, bunun kârlılığı ön plana çıkarıp hastanın müşteri olarak görülmesine sebep olacağı gerekçesiyle eleştirmişlerdir. Bu bağlamda, sağlık hizmetlerini özelleştirerek tasfiye etmenin, sigorta hizmetinin tasfiyesini de kolaylaştırarak piyasaya açılımı gerçekleştireceğini savunmuşlardır. Sonuç olarak, sağlık hizmetlerinin pahalılaşacağını, “bağış ve yardımlar”da artış olacağını; sağlık işletmelerinin kanser, kronik böbrek hastalıkları, yaşlılıktan kaynaklanan hastalıklar gibi verimlilik ve kârlılık oranı düşük hizmetlerden çekilerek ve kâr getirecek sağlık hizmeti paketlerini üretmeye yönelmelerinin şaşırtıcı olmayacağını vurgulamışlardır.

31 Ekim 2000 günü Resmi Gazete’de yayınlanan SSK Sağlık İşletmeleri Yönetmeliği’ne dayanılarak 1 Kasım 2000’de SSK Paşabahçe, Denizli ve Mersin Hastaneleri Sağlık İşletmesine dönüştürülmüş ve İşletme Müdürü tayin edilmiş, böylece SSK'nın ilk sağlık işletmesi kurulmuştur<sup>93</sup>. Kısacası bu gelişmenin asıl hedefi, SSK'nın sağlık hizmet üreten durumundan çıkarılıp sadece finansman sağlayıcı bir örgüt olması yönünde adım atmak olmuştur. Aynı amaç için önemli bir adımın da SSK'nın sağlık tesislerinin Sağlık Bakanlığı’na devriyle atıldığına ilerleyen bölümde değinilecektir.

#### **3.4.3.4. Sağlık Hizmetlerinde “Kalite” Çalışmaları**

Sağlık hizmetlerinde kaynakların daha verimli kullanılmasına yönelik yeniden yapılanma çerçevesinde kalite çalışmalarına da 1990’larda yer vermeye başlandığı görülmektedir. Gerek genelde kamu yönetimi reformu gerek özelde sosyal güvenlik reformu kapsamında Toplam Kalite Yönetimi’nin bir felsefe olarak özel sektörün yanı sıra kamu sektöründe de benimsenmesinin verimliliğin artırılması açısından gerekli olduğu hep vurgulanmıştır. Kalite çalışmalarının sağlık hizmetlerini

<sup>92</sup> *Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu (2003 tarih ve 4958 sayılı)*,  
Erişim: 21.02.2006, <http://www.ssk.gov.tr/wps/portal/>

<sup>93</sup> *Basın Açıklaması: Sağlık İşletmeleri Kurulmaya Başlandı (14.11.2000)*,  
Erişim: 10.02.2006, [http://www.ttb.org.tr/BASIN/kasim00/14\\_0.html](http://www.ttb.org.tr/BASIN/kasim00/14_0.html)



de kapsamı noktasında savunulan, bu hizmetlerden faydalanan “müşteriler”in istek ve ihtiyaçlarını en iyi şekilde anlamak olduğudur. Donabedian sağlık hizmeti kalitesini şu şekilde tanımlamıştır:

*“sağlık hizmeti sunumu sürecinde kurumu oluşturan birimlerin ortaya koyduğu yarar ve zarar dengelerinin yargısı sonucunda varılan maksimum bir iyileşme beklentisi”<sup>94</sup>.*

Bir başka tanım da “uluslararası geçerliliği olan göstergelerdeki standartlara uygun, tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra, tüm hizmet süreçlerinde hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının tam olarak karşılanması” şeklindedir<sup>95</sup>. Sağlık hizmetlerinde kalite kavramının boyutları klinik kalite, toplumun sağlık düzeyi ve sisteminin bütünlüğüne olan güveni, sağlık hizmetlerine kolay ulaşılabilirlik ve devamlılık, harcamaların karşılanmasında finans güvenliği, hizmeti seçebilme serbestisi olarak özetlenmiştir<sup>96</sup>.

Kalitenin artırılmasının ve sürdürülmesinin temel nedeninin, rekabette avantaj sağlayarak pazar payının artırılması olduğu; birinci basamak sağlık hizmetlerinde pazar payının artırılmasının da bu hizmeti veren kurumlara ilk başvurunun artırılması ve sağlık sorunlarının yaklaşık % 95’inin bu basamakta çözülebilmesi anlamına geldiği belirtilmiştir. Bu durum aynı zamanda işlemeyen sevk zincirinin önünün açılması anlamında da yorumlanmıştır<sup>97</sup>.

Çoruh, “müşteri” sözcüğünün özellikle öğretim ve sağlık hizmetleri profesyonellerince yadırgandığını; “hasta” ve “öğrenci” sözcükleri ile adlandırma geleneklerinin yerini “müşteri”nin almasının kabul edilmediğini; oysa “müşteri” deyiminin, para karşılığı bir ürün veya hizmeti alan kimseyi değil, bir ihtiyacının

---

<sup>94</sup> A. Donabedian, **Explorations in Quality Assessment and Monitoring The Definition of Quality and Approaches to its Assessment**, Ann Arbor, Mick: Health Administration Press, 1980’den aktaran Mithat Çoruh, “I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”, **I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu (24-25 Kasım 1995-Ankara)**, (Der. Mithat Çoruh), Haberal Eğitim Vakfı, 1996, ss. 23-28, s. 25.

<sup>95</sup> Serpil Küçükaya, “Sağlık Hizmetlerinde Kalite”, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2001, s. 51.

<sup>96</sup> Mithat Çoruh, (Ekim-Kasım-Aralık 1999), *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Yaklaşımı*, Erişim: 03.01.2006, [http://www.ato.org.tr/dergi/1999\\_3/konul.html](http://www.ato.org.tr/dergi/1999_3/konul.html)

<sup>97</sup> Sönmez Işık (Mart 1998), *I. Basamak Sağlık Hizmetleri Kalitesi ve Toplam Kalite Yönetimi Felsefesi*, Erişim: 10.01.2006, <http://www.spgk.saglik.gov.tr/ss/sayilar/9803/6.htm>

karşılanması beklentisi içinde olanları (birey, toplum, kurum/kuruluş vb.) tanımladığını ileri sürmüştür<sup>98</sup>. Bununla birlikte, piyasada hizmetlerin para karşılığında verildiği ve bu hizmeti talep eden kişilere müşteri dendiği bir gerçektir. Ayrıca sağlık hizmetlerinde iç ve dış müşteri ayrımı yapıldığında sağlık çalışanları iç müşteri kapsamında; hasta, hastanın ailesi ve çevresi, refakatçi, sigorta şirketi, anlaşmalı kuruluşlar, tıbbi malzeme ve ilaç firmaları, eczaneler, dernekler dış müşteri kapsamında sayılmaktadır<sup>99</sup>.

Rekabetin artması ve “müşteri” taleplerinde kalite garantisi aranması nedenleriyle bazı özel sağlık kuruluşlarının 1990’larda yoğun bir standart belgesi alma arayışına girdikleri görülmektedir. Bu amaçla, Kalite Güvence ve Yönetim Sistemleri Standartları anlamına gelen ISO 9000 serileri uygulamaya konulmaya başlamıştır. Bu standartlar, 1947’de kurulan ISO (International Standardization Organization) tarafından 1987 yılında yayınlanmış ve bu örgüte 1955 yılında üye olan Türk Standartları Enstitüsü de söz konusu standartları birebir çevirerek TS-ISO 9000 olarak yayınlamıştır. Sağlık kuruluşlarının Kalite Güvencesi belgeleri müşteri tarafından, o kuruluşların sağlık standartlarının iyi olduğunun bir garantisi olarak algılanmaktadır.

Kalite Güvencesi Sistemi (ISO 9000 standartları) ve Toplam Kalite Yönetimi birbirine karıştırılmamalıdır. Ancak Sağlıkta Toplam Kalite’ye yönelik çalışmaların, ISO 9000 çerçevesinde standardizasyon ve akreditasyon<sup>100</sup> çalışmalarıyla bir bütün olarak düşünülmesi gerektiği de unutulmamalıdır. Kalite Güvencesi Sistemi, önceden belirlenen standartları elde etmek ve korumak amacını güderken; Toplam Kalite Yönetimi, devamlı iyileştirme faaliyetlerini gerektirir ve hatasız hizmet sunumunu amaçlar<sup>101</sup>. Hasta mutluluğunun Toplam Kalite Yönetimi’nin sağlık sektöründeki karşılığı olduğu ve doğru teşhis, tedavi, beklemeksizin ve güler yüzlü hizmet, temiz

---

<sup>98</sup> Çoruh, *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite...*, a.g.m., [http://www.ato.org.tr/dergi/1999\\_3/konul.html](http://www.ato.org.tr/dergi/1999_3/konul.html)

<sup>99</sup> Şebnem Aslan, Tahir Akgemci ve Adnan Çelik, “Sağlık Sektöründe Müşteri Memnuniyeti Araştırması: Dr. Faruk Sukan Doğum ve Çocuk Hastanesi Örneği”, **T.C. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Cilt: 1, Sayı: 1, 2004, ss. 25-32, s. 26.

<sup>100</sup> Yetkili bir kuruluş tarafından, bir sağlık kuruluşunun sağlık hizmetleriyle ilgili standartları yerine getirebilecek yetenekte olduğunun resmi olarak tanınmasına ilişkin işlemlerdir.

<sup>101</sup> Çoruh, “I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde...”, a.g.m., s. 27.

hastane, kokmayan bir ortam, uygun fiyat vb. hastanın mutluluğuna dönük bütün faaliyetlerin Sağlıkta Toplam Kalite'nin birer unsuru olduğu kabul edilmektedir<sup>102</sup>.

Yeğınboy'a göre, sağlıkta TKY'nin uygulanması ve finansal etkinliğin artırılması için, yerinden yönetim ilkesi benimsenmeli, örgüt içerisinde yatay iletişim sağlanmalı, hasta odaklı hizmet sunulmalı, toplam katılım sağlanmalı, Genel Sağlık Sigortası Sistemi uygulanmalı, finansman sağlayan kurumlarla hizmet sunan kurumlar birbirinden ayrılmalı, hastalara hekim seçme hakkı tanıyan aile hekimliğine işlerlik kazandırılmalıdır. Yine Yeğınboy'a göre, TKY hizmetleri ile hastaların katılımını sağlayan bir yönetim sürecinde en üst düzeyde kalite, verimlilik, etkinlik, esneklik ve hasta tatmini amaçlanmaktadır. TKY ile bireye yönelik birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin, yaygın, eşit, erişilebilir ve etkili bir biçimde sunulmasına olanak sağlanacaktır<sup>103</sup>.

Özel hastanelerden sonra devlet hastanelerinde de kaliteye yönelik olarak ilk adımda ISO 9000 Kalite Güvence Standartları ile temeli oluşturmak, ikinci adımda ise, Toplam Kalite Yönetimi anlayışını olgunlaştırmak anlayışı yerleşmeye başlamıştır<sup>104</sup>. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde TKY'nin uygulanabilmesi için Aile Hekimliği Sistemi'ni kurma çalışmaları başlatılmıştır. Bazı çevrelerce desteklenen bu sistem, bazılarınca da birinci basamağın özelleştirilmeye açılmasına imkan vereceği için şiddetle yerilmektedir<sup>105</sup>. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde TKY'nin uygulanması için de ağırlıklı olarak yataklı tedavi kurumları olan hastaneler bazında kalitenin artırılmasına yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Bu çalışmalar genellikle sağlık çalışanlarının katılımını sağlayarak motivasyonlarını artırma, sağlık hizmetini vatandaş memnuniyetini sağlayacak şekilde sürekli biçimde iyileştirme, maliyetleri kontrol altına alarak verimliliği ve etkinliği artırma, zaman kaybına yol açmadan, işlemlerin etkili ve verimli bir şekilde uygulanabilmesini mümkün hale getirmek için birimler arası koordinasyonu sağlama

<sup>102</sup> Çoruh, "I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde...", a.g.m., s. 27; Morgil ve Küçükçirkin, a.g.m., s.33-34.

<sup>103</sup> Yasemin Yeğınboy, "Bireye Yönelik Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Finansal Etkinliğin Artırılmasında Toplam Kalite Yönetiminin Etkileri", **I.Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu (24-25 Kasım- Ankara)**, (Der. Mithat Çoruh), Haberal Eğitim Vakfı, 1996, ss. 155-160, s. 158-159.

<sup>104</sup> Ceyhan Gökmen, *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi*, Erişim: 10.02.2006, <http://www.kalite.saglik.gov.tr/sunumlar/saglikhizmetlerindekalite.pdf>

<sup>105</sup> Işık, *I. Basamak Sağlık Hizmetleri...*, a.g.m., <http://www.spgk.saglik.gov.tr/ss/sayilar/9803/6.htm>

ve elbette bunlara dayanak olacak düzenlemeleri yapma şeklinde gerçekleştirilmektedir<sup>106</sup>.

Yakın geçmişte SSK hastanelerinde belirli bir zamana yayılmış biçimde yürütülmüş olan Toplam Kalite Yönetimi çalışmaları sonucunda bu kurumlarda belirli gelişme ve iyileşmeler meydana geldiği ileri sürülmektedir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı Yataklı Tedavi Kurumları için de hizmetlerin değerlendirilmesi, verimlilik, etkililik ölçütleri içinde hizmetin Toplam Kalite Yönetimi Sistemi felsefesi doğrultusunda sunulabilmesi amacıyla, 2001 yılında “Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi” hazırlanarak Ocak 2002 tarihi itibarıyla valiliklere gönderilmiştir. Yönergenin kurumlara gönderilmesi ile yataklı tedavi kurumlarında TKY'nin sistematik olarak resmen uygulanması faaliyetlerine başlanmış, TKY faaliyetlerinin kurumsallaşması sağlanmıştır. Laboratuvar tetkik sürelerinin kısalması, radyoloji tekrarlarının azalması, ameliyathane kullanım sürelerinin verimli hale gelmesi, hastane enfeksiyon oranının düşmesi, hatalı ilaç verme oranında azalma, tıbbi konularda ilk göze çarpan gelişmeler olarak gösterilmektedir<sup>107</sup>. 2002 yılı içinde hastane yönetimlerinin TKY uygulamaları konusunda bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi amacıyla “Hastane Yönetimi ve Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları” konulu toplantılar düzenlenmiş, ayrıca “Sağlık Hizmet Politikaları”nın belirlenmesi konusunda toplantılar yapılmıştır. 2004 yılında kurulan Kalite Koordinatörlüğü ile Sağlık Bakanlığı'nın kalite alanındaki tüm çalışmaları bu koordinatörlük çatısı altında toplanmıştır. Ayrıca akreditasyon çalışmalarıyla kalite yönetimi konusunda çeşitli düzeylerde bilgilendirme ve eğitim çalışmaları devam etmektedir<sup>108</sup>.

Kalite Koordinatörlüğü'nün hedeflerini kurumsal verimliliğin ve hizmet kalitesinin artırılması, maliyetlerin kontrol altına alınması, vatandaş ve çalışan memnuniyetinin sağlanması, sağlık sektörü açısından örnek ve başarılı bir yönetim modeli oluşturulması olarak sıralayan Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Prof. Dr. Necdet Ünüvar, şu görüşleri kaydetmiştir:

---

<sup>106</sup> Tuncer Asunakutlu, *Sağlık Hizmetlerinde Kalite*, Erişim: 02.01.2006, <http://www.canaktan.org/politika/kamuda-kalite/asuna.pdf>

<sup>107</sup> Gökmen, a.g.m., <http://www.kalite.saglik.gov.tr/sunumlar/saglikhizmetlerindekiKalite.pdf>

<sup>108</sup> Asunakutlu, a.g.m., <http://www.canaktan.org/politika/kamuda-kalite/asuna.pdf>

“Günümüzde bireylerin satın alma gücünün artması, sağlık bilinci düzeyinin yükselmesi, sağlık hizmetlerinde kaliteli bakım isteğinin yaygınlaşması, tedavi kurumları arasında rekabetin başlaması, kalite-maliyet çelişmesine çözüm getirilme gereksinimi, sağlık sektöründe toplam kalite yönetimi ihtiyacının doğmasında rol oynamış belli başlı nedenler arasındadır. Sağlık hizmetlerinin etkili, verimli bir şekilde sunumunu sağlayabilmenin ön koşulu, bu alanda hizmet veren kurumların çağdaş yönetim anlayışı ve teknikleriyle yönetilmesidir. Bugün en çok kabul gören çağdaş yönetim tekniklerinden birisi, tüm dünyada yaygın ve başarılı uygulamalarına tanık olunan ‘toplam kalite yönetimi’dir”<sup>109</sup>.

Daha önce de bahsedildiği gibi 3359 sayılı *Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu*<sup>110</sup> ile ilgili Bakanlığın teklifi ve Sağlık Bakanlığı’nın uygun görmesi halinde Bakanlar Kurulu kararı ile kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşlarının kamu tüzel kişiliğini haiz sağlık işletmesine dönüştürülmesi olanaklı kılınmıştı (madde 5). Bu kanunda ve bu kanuna dayanılarak 1995 yılında çıkarılan *Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi İle Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik*’te<sup>111</sup> kaliteli ve verimli hizmet arzını sağlayacak şekilde politika tespit edilmesi üzerinde durulmuştur. Takip eden düzenlemelerde de “kalite” vurgusu yapılmaya devam edilmiştir. 2001 yılında çıkarılan *Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü Sağlık İşleri Yönetmeliği*’nde<sup>112</sup> işletmede TKY’nin uygulanmasının sağlanması ile ulusal ve uluslararası sağlık hizmeti standartlarının işletmede uygulanması ve sürekli kılınması görevleri bulunan danışma birimi Kalite Konseyi’ne yer verilmiştir.

Son zamanların en göze çarpan düzenlemelerinden birisi de 06.01.2005 tarihinde kabul edilen 5283 sayılı *Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun*’dur. Gerekçe olarak da

---

<sup>109</sup> Veysi Pamukoğlu (15.10.2004), *Sağlık Bakanlığı’nda Yine Bir İlk*, Erişim: 30.01.2006, <http://www.saglik.gov.tr/default.asp?sayfa=detay&id=1185>

<sup>110</sup> *Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu (1987 tarih ve 3359 sayılı)*, Erişim: 13.01.2006, <http://www.hukukcu.com/bilimsel/genelkanunlar/3359.html>

<sup>111</sup> *Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik (1995 tarih, No: 22168)*, Erişim: 08.10.2004, <http://www.istabip.org.tr/yasa/isletme/html>

<sup>112</sup> *Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü Sağlık İşleri Yönetmeliği, (2001 tarih, No: 24578)*, Erişim: 08.10.2004, [http://www.istabip.org.tr/yasa/ssk\\_yon.html](http://www.istabip.org.tr/yasa/ssk_yon.html)

sağlık hizmetleri sunumunda etkinliği arttırmak, toplum ve bireyler için daha kaliteli sağlık bakım hizmeti sunmak gösterilmiştir<sup>113</sup>. Bazı devlet hastanelerinde hastaların şikayetlerini iletmeleri için kurulan “hasta hakları” birimleri de kalite çalışmaları kapsamında değerlendirilebilir.

Türk Standartları Enstitüsü’nün, sağlık sektöründe toplam kalite yönetiminin uygulanabilirliği üzerine yaptığı bir araştırmada, sektörün bu konuda yeterli olmadığı ortaya konmuştur. Aksaray’ın pilot bölge olarak seçildiği araştırmada sağlık kurumlarının; kurumiçi iletişim, güven, ekip çalışması, stratejik planlama, sürekli iyileştirme, eğitim ve katılımı destekleyici organizasyon yapısı konularında yetersiz oldukları belirlenmiştir<sup>114</sup>. Çeşitli disiplinlerden gelen sağlık çalışanlarının bu konuda aynı bilgi, görüş ve anlayışa sahip olmamaları, TKY felsefesinin kurumun her kademesi ve çalışanı tarafından bilinmemesi, günümüzde sağlık hizmetlerinde TKY’de istenilen başarıya ulaşılamamasında gösterilen bazı nedenlerdir.

Toplam Kalite Yönetimi’nin kamu kuruluşlarında da uygulanması verimliliği, tasarrufu, şeffaflığı ve katılımı gerçekleştirmenin, kaynakları en iyi şekilde kullanmanın ve en iyi hizmeti sunmanın yolu gibi görülmektedir. Ancak personelin sürekli eğitimi ve sağlık hizmetlerine toplumun katılımı gibi zaten uzun süredir gündemde olan yaklaşımlarla ilişkisi düşünüldüğünde kavrama abartılı anlamlar yükleyip tüm sorunları çözecek bir sihirli değnek gözüyle bakmanın büyük yanılgı olduğunu düşünenler de bulunmaktadır<sup>115</sup>. Ayrıca TKY faaliyetlerinin hasta-hekim-ilaç ilişkilerinde kısmi özelleşmeye yol açarak bir sonraki aşamada kapsamlı özelleştirme için zemin oluşturduğunu dile getirip karşı görüş sunanlar da bulunmaktadır<sup>116</sup>.

---

<sup>113</sup> SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığına Devri Genel Gerekçe,

Erişim: 13.02.2004, [http://www.sabah.com.tr/ozel/ssk802/dosya\\_804\\_2.html](http://www.sabah.com.tr/ozel/ssk802/dosya_804_2.html)

<sup>114</sup> Sağlık, Kalite Yönetiminde Sınıfta Kaldı (04.11.2002), Erişim: 10.02.2006, [http://www.medimagazin.com.tr/haber\\_31392.html](http://www.medimagazin.com.tr/haber_31392.html)

<sup>115</sup> Işık, I. Basamak Sağlık Hizmetleri..., a.g.m., <http://www.spgk.saglik.gov.tr/ss/sayilar/9803/6.htm>

<sup>116</sup> Soyer, “1980’den Günümüze...”, s. 314.

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### 2000'Lİ YILLARDA SAĞLIKTA REFORM

#### 4.1. Sağlık Sektöründe Reform

Sağlık sektörü reformu, sağlık sektörünün performansını ve işlevselliğini, nihai anlamda da toplumun sağlık düzeyini geliştirmek üzere planlanmış ve hükümetçe rehberlik edilen, politika ve kurumsal düzenlemelerdeki uzun süreli ve sürdürülebilir yapısal değişim sürecidir. Bu süreçte sağlık sisteminin finansmanı, organizasyonu ve hizmet üretiminde geçerli olan yapılar değiştirilir. Sağlık sistemlerindeki reform arayışları özellikle finansman boyutunda ortaya çıkmıştır. Temel amaçlar harcamaların sınırlanması, kamu sağlık harcamalarının azaltılması, kamu dışında yeni kaynak kanallarının yaratılması, var olan kaynakların daha verimli kullanılmasıdır. Finansman boyutundaki çalışmalar doğal olarak sağlık sistemlerinin organizasyon ve yönetim boyutlarındaki çalışmaları tetiklemiştir. Sağlık reformlarının hizmet kalitesinin artırılması, toplumsal sağlık düzeyinin yükseltilmesi gibi genelde öncelikli amaç olarak gösterilen; fakat finansmanla ilgili kaygıların önüne geçemeyen başka amaçları da bulunmaktadır. Belek'e göre bunun nedeni ise, kapitalizmin içine girdiği kriz ortamında ilk çarelerden biri olarak sağlık sektörü için ayrılan kaynakların kısıtlanmasına başvurulmasıdır<sup>1</sup>.

Türkiye'de sağlık reformu çalışmaları 1990'lı yılların başında, dünyadaki genel süreçle bağlantılı ve paralel biçimde, Sağlık Projesi çerçevesinde, Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü'nün finansal, ideolojik, teknik katkıları ve belirleyiciliğinde başlatılmıştır. Sağlık reformlarının en önemli bileşenlerinin finansman için Genel Sağlık Sigortası, birinci basamak sağlık hizmetleri için aile hekimliği, ikinci ve üçüncü basamaklar için de hastanelerin özleştirilmesi/özelleştirilmesi olduğu görülmektedir<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Belek, "Sağlık Reformları Kriz ve Sağlık Paradigmasında...", a.g.m., s. 431-434.

<sup>2</sup> Belek, "Türkiye Sağlık...", a.g.m., s. 445.

#### 4.1.1. Temel Belgelerde Sağlıkta Reform

##### 4.1.1.1. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005)

Sağlık sektörü ile ilgili olarak VIII. BYKP içerisinde ulaşılmak istenen amaçlardan bazılarının aşağıda yer verilmiştir<sup>3</sup>.

- Sağlık sektörü finansal yapılanması hakkaniyet, eşitlik ve adalet ilkelerine bağlı olarak gerçekleştirilmelidir. (Bu, Dünya Sağlık Örgütü'nün ortaya koyduğu üç önemli temel değerden eşitlik ile paralel bir amaçtır. Diğer iki değer ise, dayanışma ve verimlilik<sup>4</sup>.)
- Sağlık sektörüne ilişkin finansal göstergeler gelişmiş ülkeler düzeyine yükseltilmelidir.
- İlaç harcamaları nedeniyle oluşan maliyetlerin azaltılabilmesi için yerli ilaç sektörü teşvik edilmeli ve ilaç kullanımı ile ilgili maliyetlerin rasyonalize edilebilmesi için aynı içerikteki ilaçlardan maliyeti düşük olanın reçetelenmesi ve kullanımı için ilgili kuruluşlar arasında işbirliğine gidilmelidir. İlaç tüketimlerinin rasyonalize edilebilmesi için gereksiz ilaç yazımı ve tüketimi engellenmelidir.
- Rehabilitasyon gibi kâr amacı gütmeyen, zahmetli, uzun süreli ve yüksek maliyetli hizmet sunan işletmeler teşvik edilmeli, kamu sahipliğindeki ise desteklenmelidir. Tıbbi teşhis ve tedavide kullanılan her nevi cihaz, araç gereç ve malzemelere ilişkin ülke şartlarına uygun standartlar geliştirilmeli, bu tür malzemelerin yurt içinde üretimi teşvik edilmeli, bu tür girdilerin sağlık hizmeti maliyetleri üzerindeki etkilerinin azaltılabilmesine ilişkin standartlar geliştirilmeli ve kullanımları sağlık sigortası teminat paketleri ile denetim altına alınmalıdır.
- Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumu ayrılmalıdır.

<sup>3</sup> Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), **Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, DPT: 2561, ÖİK: 577, Ankara, 2001, s. 132-141.

<sup>4</sup> Belek, "Sağlık Reformları Kriz ve...", a.g.m., s. 431.



- Sağlık sisteminin finansmanında sosyal sigortacılık temeline dayalı Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilmelidir. Sağlık sigortası veren tüm kuruluşlar (Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur, Özel Sağlık Sigortaları vb.) sağlık sigortası teminatları açısından bu amaçla kurulacak olan özerk tek bir kuruluşa bağlanmalıdır,
- Sağlık hizmetlerinin sunumunda desantralizasyona geçilmelidir.
- Sağlık Bakanlığı'nın sağlık sektörü içindeki rolü yeniden belirlenmelidir. Sağlık Bakanlığı asli olarak ülke çapındaki sağlık politikalarının belirlenmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin en verimli şekilde uygulanması, birinci basamak sağlık hizmetleri veya aile hekimliği uygulamalarının yürütülmesi, yataklı tedavi hizmetlerinin koordinasyonu, izlenmesi ve denetimi faaliyetlerini yürütmelidir.
- Devlet, özel sektörün sağlık yatırımlarını ve özel sektördeki sağlık sigortacılığı uygulamalarını teşvik etmelidir.
- Kamuya ait ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları özerkleştirilmelidir.
- Sağlık sigortası sevk zinciri içinde hizmet alımı finanse edilmeli, sevk zinciri dışındaki hizmet alımları sağlık sigortası teminatları dışında bırakılmalıdır.
- Uzun vadede tüm sağlık göstergeleri Avrupa Birliği'nin normlarına ulaştırılmalıdır.

Planın kapsama süresi olan 2001-2005 döneminde hedeflenen düzeylere gelinememiştir. İlerleyen kısımlarda da görüleceği gibi sıralanan bu amaçlar halihazırda varılmak istenen hedeflerle neredeyse tamamen aynıdır.

#### **4.1.1.2. Güçlü Ekonomiye Geçiş Programı**

Türkiye'nin Güçlü Ekonomiye Geçiş Programı'nın hedefleri, politikaları ve uygulamaları dönemin Devlet Bakanı Kemal Derviş tarafından 15 Mayıs 2001 tarihinde açıklanmıştır. Program'da mali sektörün yeniden yapılandırılması, devlette şeffaflığın artırılması, kamu finansmanının güçlendirilmesi, ekonomide rekabetin ve etkinliğin artırılması ve sosyal dayanışmanın güçlendirilmesi amacıyla yasal

düzenlemelerin uygulamaya konulması öngörülmüştür. Sosyal güvenlik kuruluşlarının harcamalarının disiplin altına alınarak, açıklarının dengeli bir bütçe politikası çerçevesinde bütçeden aktarılacak transferlerle karşılanması; sağlık primleri ve katkı paylarının sosyal güvenlik reformunun bir parçası olarak arttırılması hedeflenmiştir<sup>5</sup>.

Program çerçevesinde kamuoyuna “Derviş Yasaları” olarak sunulan 15 yasal düzenleme yapılmıştır. Önceden başlayan ve halen sürmekte olan sosyal güvenlik reformu alanında 1999 Ağustosunda çıkarılan kanun ile temel emeklilik ve işsizlik sigortası konularını kapsayan birinci aşama tamamlanma noktasına gelmişti. Program’la da sosyal sigorta kuruluşlarının yeniden yapılandırılması, bireysel emeklilik sisteminin uygulamaya konulması, sosyal yardım ve sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması ana başlıklarını kapsayan ikinci aşamaya geçilmiştir.

Yapısal reformlar da, kamu maliyesi ve para programları ile birlikte Güçlü Ekonomiye Geçiş Programı’nın 3 temel unsurundan biridir. Küreselleşen dünya ekonomisinde gelişmiş ve çağdaş ekonomilerin izlediği yola paralellik gösteren yapısal reformların temel amacının, mal ve hizmetlerin üretim miktarları ile fiyatlarının piyasa kuralları kapsamında belirlenmesini ve böylece kıt kaynakların en etkin biçimde halkın önceliklerine göre kullanımını sağlamak olduğu belirtilmiştir.

Program, adı farklı olmasına karşın içerdiği taahhüt niteliğindeki hedefler dolayısıyla bir çeşit Niyet Mektubu özelliği taşımaktadır. Nitekim Program’da yer alan hususlar, IMF ile varılan anlaşmaya da konu olmuş ve IMF’ye verilen Niyet Mektubu ile uluslararası kamuoyuna açıklanmıştır<sup>6</sup>. Stand-by anlaşmaları aracılığıyla kredi teminini sağlayan taahhütlerin belgelendiği Niyet Mektupları’nda kamu reformlarının yapılacağı vurgulanmış ve yasal düzenlemelerin çıkarılmaları takvime bağlanmıştır. Örneğin; dördüncü gözden geçirmeye dair 05.04.2003 tarihli Niyet Mektubu’nda, üç sosyal güvenlik kuruluşunun tek bir çatı altında toplanması amacıyla hazırlanacak çerçeve kanununun 2003 yılı sonuna kadar yürürlüğe alınması

---

<sup>5</sup> *Türkiye’nin Güçlü Ekonomiye Geçiş Programı’nın Hedefleri, Politikaları ve Uygulamaları Açıklandı*, Erişim: 24.11.2005, [http://www.tisk.org.tr/isveren\\_sayfa.asp?yazi\\_id=302&id=18](http://www.tisk.org.tr/isveren_sayfa.asp?yazi_id=302&id=18)

<sup>6</sup> *Güçlü Ekonomiye Geçiş Programı’nda Temel Yapısal Reform Konuları*, Erişim: 01.02.2006, [http://www.hazine.gov.tr/genel\\_degerlendirme.htm](http://www.hazine.gov.tr/genel_degerlendirme.htm)

hedeflenmiştir<sup>7</sup>. 26.04.2005 tarihli Niyet Mektubu'nda da, sağlık ve eğitim hizmetlerinin verimliliğinin arttırılacağı; sosyal güvenlik harcamalarının, ilaç ve diğer tıbbi malzeme giderlerindeki hızlı artışın önünün kesilmesi suretiyle kontrol altına alınacağı taahhütleri yer almıştır. Emeklilik reformuna ilişkin kanun ile sosyal güvenlik reformuna ilişkin idari yapılanma kanununun, 2005 yılı Haziran ayı sonuna kadar TBMM'den geçmesi taahhüt edilmiştir. 2006 yılından itibaren Genel Sağlık Sigortası uygulamasına başlanmasının tasarlandığı, sağlık sektöründeki reformların getirebileceği olası ilave maliyet için, ihtiyaç duyulduğu takdirde telafi edici mali tedbirler alınacağı diğer belirtilen hususlardır<sup>8</sup>.

#### **4.1.1.3. Acil Eylem Planı ile 58. ve 59. Hükümet Programları**

3 Kasım 2002 genel seçimleri sonrasında Adalet ve Kalkınma Partisi (AKP) tarafından kurulan 58. Hükümet'in Programı, 23 Kasım 2002'de TBMM Genel Kurulu'nda dönemin başbakanı Abdullah Gül tarafından okunmuştur. Hükümet Program'da, "yönetişim" anlayışı içinde etkili bir kamuoyu denetimini kaçınılmaz gördüğünü; devlet-piyasa-toplum üçlüsünün birbirinin alternatifi değil, tamamlayıcıları olduğunu, sürdürülebilir hızlı bir kalkınmanın da ancak bunların oluşturacağı sinerji ile sağlanabileceğini; katılımcılığın, kamu kesimi ile toplum arasında diyalogu ve işbirliğini besleyecek, etkin bir mekanizma olarak destekleneceğini; yönetim ve karar alma sürecinin her aşamasında toplam kalite anlayışının benimsenip, belirsizlikleri azaltacak, "öngörülebilir" bir yönetim sağlanacağını ifade etmiştir. Kamuda yöneticiler ile çalışanlar arasında yapılacak sözleşmelerle performans yönetiminin geliştirilmesi, uzun vadede performansa dayalı ücret sistemine geçilmesi; eğitim, sağlık, çevre gibi sosyal boyutu olan hizmetlerde, işbirliğine dayanan modeller geliştirilmesi hükümetin hedefleri arasında yer almıştır<sup>9</sup>.

<sup>7</sup> 4. Gözden Geçirmeye İlişkin Niyet Mektubu (05.04.2003), Erişim: 19.03.2006, [http://www.tcmb.gov.tr/yeni/duyuru/2003/4gg\\_nm\\_tr.pdf](http://www.tcmb.gov.tr/yeni/duyuru/2003/4gg_nm_tr.pdf)

<sup>8</sup> 26.04.2005 Tarihli IMF Niyet Mektubu, Erişim: 19.03.2006, <http://www.tcmb.gov.tr/yeni/duyuru/2005/niyet260405/IMFniyetTRnisan05.pdf>

<sup>9</sup> 58. Hükümet Programı (23 Kasım 2002), Erişim: 24.11.2005, <http://www.belgenet.com/hukümet/program/58-1.html>

Hedeflerin, önceliklerine göre 1 ay, 3 ay, 6 ay, 12 ay, orta vadeli, uzun vadeli, sürekli gibi periyodlara göre ayrılmış olduğu Acil Eylem Planı (AEP), Recep Tayyip Erdoğan tarafından 16 Kasım 2002 tarihinde bir basın toplantısıyla açıklanmış ve daha sonra geniş kapsamlı olarak tekrar sunulmuştur. İlk sunumda ikincisinden farklı olarak, ilk üç aylık süre içinde Kamu Yönetiminde Toplam Kalite ve Yönetişim İlkelerinin Hayata Geçirilmesi Çerçeve Yasası çıkarılacağı, yolsuzluğun önlenmesinde en önemli araç olarak, kamu hizmetlerinin sunumunda toplam kalite yönetimi anlayışı getirileceği dile getirilmiştir<sup>10</sup>.

AEP kapsamında 205 faaliyet bulunmaktadır. Bu faaliyetler, Kamu Yönetimi Reformu, Ekonomik Dönüşüm Programı, Demokratikleşme ve Hukuk Reformu ile Sosyal Politikalar olmak üzere 4 ana politika başlığı altında toplanmıştır. Kamu Yönetimi Reformu kapsamında 45 faaliyet (Merkezi İdare, Yerel Yönetimler, Devlet Personel Rejimi Reformları ile Yolsuzluklarla Mücadele alt başlıklarında); Ekonomik Dönüşüm Programını oluşturan 91 faaliyet (Genel, Vergi Politikaları, Harcama Politikaları, Mali Piyasalar, Özelleştirme ile Reel Sektör ve Doğrudan Yabancı Yatırımlar alt başlıklarında); Demokratikleşme ve Hukuk Reformu çerçevesinde 24 faaliyet; Sosyal Politikalar kapsamında ise 45 faaliyet (Gelir Dağılımında Adaletin Sağlanması, İşsizliğin Önlenmesi, Nitelikli Eğitim, Sağlıklı Toplum, Herkese Sosyal Güvenlik ile Kentleşme ve Yerleşme alt başlıklarında) bulunmaktadır.

AEP’de sağlık ve sosyal güvenlikle ilgili olarak da şu önemli hedefler tespit edilmiştir<sup>11</sup>:

- *Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılacak: (6-12 ay),*
- *Devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayrımı kaldırılarak tüm hastaneler tek bir çatı altında toplanacak: Ölçek ekonomilerinden yararlanılabilmesi ve kuruluşlar arasındaki yükün daha dengeli dağıtılarak toplumun tüm kesimlerine daha hızlı ve kaliteli sağlık hizmeti sunulabilmesi*

---

<sup>10</sup> *Acil Eylem Planı (16 Kasım 2002), Erişim: 24.11.2005,*  
[http://www.belgenet.com/eko/acileylem\\_161102.html](http://www.belgenet.com/eko/acileylem_161102.html)

<sup>11</sup> *T.C. 58. Hükümet Acil Eylem Planı (3 Ocak 2003), Erişim: 30.01.2006,*  
<http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/>

ve Genel Sağlık Sigortası Sistemi'nin hayata geçirilebilmesi için hastanelerin yönetimi birleştirilecek (12 ay),

- *Hastaneler idari ve mali yönden özerk bir yapıya kavuşturulacak:* Yeni kurulacak sağlık sistemi ve Genel Sağlık Sigortası Sistemi'nin etkin bir şekilde uygulanabilmesi, hizmette kalitenin artırılması ve maliyetlerin düşürülebilmesi için hastanelerden uygun olanlar idari ve mali yönden özerkliğe kavuşturulacak, sağlık sektörüne rekabet getirilecek (12 ay ve uzun vadeli),
- *Sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanı ayrılacak:* Oluşturulacak Genel Sağlık Sigortası Sistemi çerçevesinde, sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılacak, maliyetler düşürülecek, hizmette kalite ve standart birliği sağlanacaktır (12 ay),
- *Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Kurumu kurulacak:* (12 ay),
- *Aile hekimliği uygulamasına geçilerek sağlam bir sevk zinciri kurulacak:* Genel Sağlık Sigortası Sistemi içerisinde birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilerek hastanelerin basit işlerle meşgul edilmesi önlenecek, vatandaşlar acil durumlar dışında ilk olarak aile hekimlerine müracaat edecek, ancak aile hekiminin yönlendirmesi ile hastanelere gidebileceklerdir (12 ay ve sürekli),
- *Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilecek:* (sürekli),
- *Koruyucu hekimlik yaygınlaştırılacak:* Koruma/Önleme tazminden önce gelir ilkesi çerçevesinde koruyucu hekimlik öne çıkacağından, Sağlık Bakanlığı bu alana yönelecek (sürekli),
- *Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapması özendirilecek:* (sürekli),
- *Sosyal güvenlik kuruluşlarında norm ve standart birliği sağlanacak:* Tüm sosyal güvenlik sistemini kapsayan standart ve norm birliği sağlanacak (12 ay),

- *Bütünleştirilmiş bir sosyal güvenlik ağı kurulacak:* Sosyal güvenlik sistemindeki dağınıklığın giderilmesi, herkese sosyal güvenlik hizmetlerinin götürülebilmesi, sistemin etkin ve verimli çalışabilmesi için, primli sisteme ilave olarak primsiz sistemle de desteklenmiş, bütünleştirilmiş bir yapı içinde koordine edilen güçlü bir sosyal güvenlik sistemi oluşturulacak (12 ay),
- *Uzun vadeli ve kısa vadeli sigorta programları birbirinden ayrılacak:* Uzun vadeli sigorta programları olan malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları ile kısa vadeli sigorta programları olan iş kazası, meslek hastalığı, hastalık, analık ve işsizlik programları birbirinden ayrılacak (12 ay),
- *Prim karşılığı olmayan ödemeler kaldırılacak:* Sosyal güvenlik sisteminde prim karşılığı olmayan ödemeler bu kuruluşların aktüeryal dengesini bozmakta ve sosyal güvenliğinin temeli ile bağdaşmamaktadır. Bu nedenle, zaten sabitlenmiş olan ve halen SSK'da ortalama emekli aylığının % 1,9'u, Bağ-Kur'da ise % 3,3'ü düzeyinde olan prim karşılığı olmayan ödemeler hak kaybına yol açmayacak şekilde kaldırılacaktır (12 ay),
- *Bütünleştirilmiş bir sosyal hizmet ve yardım ağı ve kurumsal yapısı oluşturulacak:* Sosyal hizmet ve yardım veren kuruluşlar arasında ortak kriter ve hizmet standardı oluşturulamamıştır. Sosyal hizmet ve yardımlar, muhtaç kitlelere daha etkin bir hizmet sunmak amacıyla yeni bir sisteme kavuşturulacaktır (12 ay).

18 Mart 2003 tarihinde Başbakan Recep Tayyip Erdoğan tarafından TBMM'ye sunulan 59. Hükümet Programı'nda da sağlık ve sosyal güvenlik ile ilgili hedeflerin tekrarlandığı görülmektedir. Nitekim, "58. Hükümet ile 59. Hükümet arasında organik bir devamlılık ve hükümet etme mantığı açısından bir süreklilik" olduğu 59. Hükümet Programı'nda da dile getirilmiştir. Program'da, mevcut sağlık sistemi bütün yönleriyle çağdaş gelişmelerin gerisinde kaldığı; kurumsal yapı, işleyiş, personel yapısı ve dağılımı itibariyle ihtiyaca cevap veremeyecek hale geldiği; maliyetlerin, sistem kaçakları nedeniyle çok arttığı; sağlık hizmetlerinin ulaşılamaz hale geldiği; standart birliğinin kalmadığı; sağlıklı bir nesil

yetiştirebilmek için, sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşların ulaşabileceği bir yapıya kavuşturulmasının kaçınılmaz hale geldiği yönünde saptamalar yapılmıştır.

Program'a göre devlet, herkesin temel sağlık hizmetlerini, gerekirse özel sektörle işbirliği yaparak yerine getirecektir ve sağlık hizmetleri bütünsel bir anlayışla ele alınacak, yeni bir yapılanma ve işbirliğine gidilecektir. Hükümet, sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesini sosyal devlet anlayışının vazgeçilmez unsurları arasında gördüğünü ve etkin ve kaliteli bir sağlık sisteminin, nitelikli bir toplum için vazgeçilmez olduğunu da Program'a eklemiştir.

Program'daki sosyal güvenlik sistemiyle ilgili saptama da, sosyal güvenlik kuruluşlarının asıl yapması gereken işlerini engelleyen sağlık işleri ile uğraşmasının, bu kuruluşları verimsiz hale getirdiği biçimindedir. Sosyal güvenlik kuruluşlarında, norm ve standart birliğinin sağlanması, uluslararası sözleşmeler ve sosyal güvenliğin temel ilkeleri çerçevesinde çağdaş, bütünleştirilmiş bir sosyal güvenlik ağının kurulması hedeflenmiştir<sup>12</sup>.

Programdaki, sağlık hizmetlerinin gerekirse özel sektörle işbirliği yapılarak yerine getirileceğine ilişkin ifadenin sağlık hizmetlerinin etkinlik ve kalite söylemiyle özel sektöre devredilmesini öngördüğü eleştirileri yapılmıştır. AEP'deki yoksullara yardım götürülmesi hedefi de, IMF ve WB programlarının yarattığı sosyal risklerin giderilmesinde kullanılacak bir sübap sistemi olarak yorumlanmıştır<sup>13</sup>. Ata Soyer de AEP'nin hedeflerini hastanelerin işletmeleştirilmesi, finansmanda "sigorta" tercihinin kurumsallaştırılması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği adı altında özelleştirilmesi şeklinde özetlemektedir<sup>14</sup>.

---

<sup>12</sup> 59. Hükümet Programı (18 Mart 2003), Erişim: 23.03.2006, <http://www.akparti.org.tr/>

<sup>13</sup> Bağımsız Sosyal Bilimciler-İktisat Grubu, **2003 Başında Türkiye Ekonomisi ve AKP'nin Acil Eylem Planı ve Hükümet Programları Üzerine Değerlendirmeler**, TTB, Mayıs 2003, s. 25.

<sup>14</sup> Ata Soyer, **Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Darbeden AK Partiye**, Sorun Yayınları, 1. Baskı, İstanbul, 2004, s. 228.

#### 4.1.1.4. 5227 Sayılı Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun

Kanun'un<sup>15</sup> 29 Aralık 2003 tarihinde kamuoyuna sunulan genel gerekçesine göre; ekonomi ve yönetim teorisinde değişim, özel sektörün rekabetçi yapısı ve kaydettiği ilerlemeler, toplumsal eleştiri ve değişim talebi ile sivil toplumun gelişimi doğrultusunda kamu yönetiminin toplumsal rolü ve işlevleri ile bunları yerine getirirken uygulayacağı yöntemler ve oluşturacağı kurumsal yapılar tartışma konusu haline gelmiştir. Toplumun taleplerine karşı daha duyarlı, katılımcılığa önem veren, hedef ve önceliklerini netleştirmiş, hesap veren, şeffaf, daha küçük ancak daha etkin bir kamu talebi dile getirilmiştir. Kamu kurum ve kuruluşlarının üretimden çekilmesi, düzenleyici işlevinin güçlendirilmesi, özel sektör ve toplum ile paydaşlık ilişkisi geliştirmesi öngörülmüş ve kapsamlı bir çerçeve ve uzun vadeli bir perspektif içinde, merkezi idare ve mahalli idarelerde “iyi yönetim” ilkelerinin hayata geçirilmesi hedeflenmiştir<sup>16</sup>. Genel gerekçede yer alan bu ifadelerden, “yeni kamu işletmeciliği” yaklaşımının ruhunu taşıdığı anlaşılmaktadır. İncelendiğinde, genel gerekçe gibi Kanun'un maddelerinin de benzer bir ruh taşıdığı rahatlıkla görülmektedir.

Kanun'da da kamu hizmeti ve kamu yönetim modeli parçalanmakta, belli parçalar dışarı alınıp belli parçalar eklenmektedir. Dışarıya alınan parça sosyal devlet ve emeğin kazanımları iken; yerine konulan parça yönetim modeliyle toplam kalite ve esnek üretimdir. Kaan, Kanun'daki “görev, yetki ve sorumlulukların, hizmetten yararlananlara en uygun ve en yakın birimlere verileceğine” ilişkin hükmün, yani Avrupa Yerel Yönetimler Özerklik Şartı'ndaki ifadeyle “subsidiarite”nin, bütünsel bir sağlık hizmeti ve sağlık planlaması yerine, parçalı sağlık hizmeti anlamına geldiği yorumunu yapmıştır<sup>17</sup>.

---

<sup>15</sup> Kanunun, çalışmada yer verilen maddeleri ve tam metni için bkz. *Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun (kabul tarihi: 2004, 5227 sayılı)*, Erişim: 25.12.2004, <http://www.belgenet.com/yasa/k5227.html>

<sup>16</sup> *Kamu Yönetimi Temel Kanun Tasarısı-Genel Gerekçe (29 Aralık 2003)*, Erişim: 25.12.2004, <http://www.belgenet.com/yasa/kamu-02.html>

<sup>17</sup> Tufan Kaan, “Kamu Yönetimi Temel Kanunu ve Sağlık Hizmetleri”, **Kamu Yönetimi Temel Kanunu Sempozyumu (20 Kasım 2003-İTÜ Evi-Ankara)**, TMMOB, Ankara, 2004, ss. 137-143, s. 141.



Kanun, başta hazırlanış şekli olmak üzere, birbiriyle çelişen maddeler içermesinin neden olduğu tutarsızlık, vatandaşların müşteriye dönüştürülmesi, sosyal devletin tasfiye edilmesi, idarenin bütünlüğünün bozulması, ulusal kalkınma plancılığının sona ermesi, idarenin ticarileştirilmesi, kamu gücünün özel sektörle sermaye tabanlı kuruluşlara devredilmesi, sendikal hakların zayıflatılması noktalarında oldukça eleştiri almıştır. Kanun’la “yeni kamu işletmeciliği”nin öngördüğü müşteri/vatandaş odaklılık anlayışının Türk kamu yönetimi sistemine yerleştirilmek istendiği yorumları yapılmıştır. Yeni anlayışın taraftarları, müşteri/vatandaş odaklılığa olumlu anlam yükleyerek, özel sektörde müşterinin öneminin artmasına paralel olarak kamuda da vatandaşın öneminin artmasını istemektedirler<sup>18</sup>.

Kanunun 5. maddesi, görev, yetki ve sorumlulukların hizmetten yararlananlara en uygun ve en yakın birime devredilmesini hükmediyordu. Kanun, kamu hizmetlerinin daha etkili ve verimli olarak yerine getirilebilmesi amacıyla, merkezi idare ile mahalli idarelerin, kendilerine ait hizmetlerden kanunlarda öngörülenleri, ilgileri itibarıyla üniversitelere, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarına, hizmet birliklerine, özel sektöre ve alanında uzmanlaşmış sivil toplum örgütlerine gördürebileceğini (md.11) hükme bağlıyordu. Bu maddeler, “idarenin bütünlüğü” ilkesini bozduğu gerekçesiyle en çok eleştirilen hükümlerdir. Bu maddelerden 11. madde, Cumhurbaşkanının veto ettiği maddelerden biridir. Veto gerekçesi ise, merkezi ve yerel yönetimlerin “genel idare esasları”na göre yürüttükleri asli ve sürekli kamu hizmetleri de dahil tüm kamu hizmetlerini özel sektöre gördürebilmesine olanak tanınmasının Anayasa’nın 128. maddesiyle bağdaşmamasıdır<sup>19</sup>. Kanun cumhurbaşkanı tarafından veto edildikten sonra yeniden TBMM gündemine alınmamış ve Cumhurbaşkanına ikinci kez gönderilmemiştir.

Gerekçesinde kamuda çalışan sayısının fazla olduğu belirtilen 46. maddeyle, “insan kaynakları yönetimi” kavramının Türk kamu yönetimine getirildiği görülmektedir. Bu maddeyle, kamu hizmetlerinin memurlar, tam zamanlı veya kısmi

<sup>18</sup> Hamza Al, “Türk Kamu Yönetiminde Liberal ve Postmodern Esintiler: Kamu Yönetimi Temel Kanun Tasarısı”, **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt: 37, Sayı: 4, Aralık 2004, ss. 1-10, s. 4, 7-8.

<sup>19</sup> *Kamu Yönetiminin Yeniden Yapılandırılması Yasasına Veto (3 Ağustos 2004)*, Erişim: 25.12.2004, [http://www.belgenet.com/2004/k5227\\_veto.html](http://www.belgenet.com/2004/k5227_veto.html)

zamanlı çalışan diğer kamu görevlileri ve işçileri eliyle yürütülmesi öngörülmüştür. Ayrıca madde kapsamında, diğer kamu görevlileri ile işçilerden tam zamanlı veya kısmi zamanlı olarak ve kadro şartına bağlı olmaksızın sözleşmeli statüde istihdam edileceklerin sözleşmelerinde, ilgili personelin görevleri, hak ve yükümlülükleri ile performans ölçütlerinin yer alacağı; memurlar ve diğer kamu görevlilerinin, performans ölçütlerine göre değerlendirileceği ibareleri yer almaktadır. Tam zamanlı ve kısmi zamanlı çalışma biçimleri esnek istihdam biçimlerine işaret etmektedir. Kamu personeli sayısının fazla olduğu gerekçesi ve esneklik birlikte düşünüldüğünde, yapılmak istenenlerin ilk aşamada zorunlu ya da özendirilmiş emeklilik ve işten çıkarma olduğu akla gelebilir<sup>20</sup>.

Kanun'un en çok tartışılan hükümlerinden biri de bazı bakanlıkların taşra teşkilatlarının kaldırılmasıdır. Kanun'la, on beş bakanlıktan dokuzunun taşra teşkilatı kaldırılmaktadır. Taşra teşkilatı kaldırılan bakanlıklardan biri de Sağlık Bakanlığı'dır. Kanun'un geçici birinci maddesine göre; Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatının görev ve yetkileri, eğitim hastaneleri hariç, sağlık evi, sağlık ocağı, sağlık merkezi, dispanser ile hastaneler ve donatım müdürlükleri araç, gereç, taşınır ve taşınmaz malları, alacak ve borçları, bütçe ödenekleri ve kadroları ile birlikte olmak üzere personeli il özel idarelerine devredilecektir. İl özel idarelerine devredilen sağlık evi, sağlık ocağı, sağlık merkezi ve dispanser gibi koruyucu sağlık hizmeti veren tesislerin; il özel idarelerince Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen esas ve usullere göre bina, araç, gereç, taşınır ve taşınmaz malları, alacak ve borçları, bütçe ödenekleri ve kadroları ile birlikte belediyelere devredilebileceği ifade edilmiştir<sup>21</sup>. Buna göre, sağlık hizmetlerinin üretimi, yerel birimlere aktarılmakta, merkezi yönetimin doğrudan sağlık hizmeti üretmek üzere hastane kurup işletmesi ilke olarak ortadan kalkmaktadır. Ancak eğitim hastaneleri, Bakanlığın sorumluluğunda tutulmaya devam edilmektedir. Böylece, sağlık hizmeti üretimi, eğitim hastaneleri üzerinden Sağlık Bakanlığı'na bağlı taşra birimleri ile il özel idareleri ve belediyeler arasında bölünmektedir. Bu durumun, yetki karmaşasına ve eşgüdüm sorunlarına yol açarak kaynak israfı doğuracağı eleştirisi getirilmiştir. Sağlık alanında uzman kuruluş

---

<sup>20</sup> Erdoğan, "Kamu Personel Rejiminde...", a.g.m., s. 75.

<sup>21</sup> Al, a.g.m., s. 5.

Sağlık Bakanlığı'nın taşra görevlerini insangücünün ve uzmanlığın yetersiz olduğu yerel yönetimlere bırakacak olması endişeyle karşılanmaktadır<sup>22</sup>.

Kamu hizmetlerinin özel sektöre ve alanında uzmanlaşmış sivil toplum örgütlerine gördürülebilecek olması, yani yerel yönetimlerden özel sektöre devredilerek özelleştirilmesi, sağlık hizmetleri açısından, yıllardır birçok hastanede görülen yemek, çamaşır, temizlik, güvenlik, bilgisayar vb. hizmetlerin taşeronlaştırılmasının genişletilmesi ve daha büyük yabancı ortaklı şirketlere devredilmesi olarak yorumlanmıştır. 1988 yılında 657 sayılı kanuna, yardımcı sağlık hizmetleri sınıfında çalışanlarca yapılan işlerin özel sektöre hizmet alımı yoluyla gördürülebileceğine ilişkin eklenen bir fıkrayla başlayan uygulamanın genişletilmesine imkan tanınmıştır. Artık sadece destek hizmetler değil; klinik, laboratuvar ve tetkik hizmetlerinin önemli bölümünün özel şahıs ya da şirketlere devredilmesi mümkün olacaktır<sup>23</sup>.

Kanun'da sözleşmeli personel statüsünün yaygınlaştırılarak ana istihdam türü hale getirilmesinin amaçlandığı dikkati çekmektedir. Kanun'un kamudaki personel istihdamına ilişkin maddeleriyle, kamu personel sayısının azaltılmasını, sözleşme rejimine geçişi ve esnekleşmeyi temel alan yeni kamu personel rejimini getirmek isteyen Kamu Personeli Kanun Tasarısı Taslağı birbiriyle örtüşmektedir. 4924 sayılı *Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun*'da yer verilen "döner sermaye geliri ile sözleşmeli personel istihdam etme" hükmü, kamu personel reformuna ilişkin ilk adımlardan biridir<sup>24</sup>. 1 Ocak 2004 tarihinden itibaren Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm yataklı tedavi kurumlarında uygulanmaya başlanan performansa dayalı ek ödeme sistemi de,

---

<sup>22</sup> Feyzi Uluğ, "Yönetimde Yeniden Yapılanma ve Kamu Yönetimi Temel Kanun Tasarısı Üzerine Eleştirel Bir Bakış", **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt: 37, Sayı: 1, Mart 2004, ss. 1-28., s. 17-18.

<sup>23</sup> Işık Kansu, *Sağlık Özelleşiyor, Işık Kansu'nun Cumhuriyet 3-7 Kasım 2003 Tarihleri Arasındaki Yazı Dizisi*, (Der. Serdar Şenkaya), Erişim: 10.04.2003, [http://www.yol.is.org.tr/resimler/ekler/24\\_ek.pdf](http://www.yol.is.org.tr/resimler/ekler/24_ek.pdf); Birgül Ayman Güler, "Kamu Reformunun Dış Dinamikleri", **Kamu Yönetimi Temel Kanunu Sempozyumu (20 Kasım 2003-İTÜ Evi-Ankara)**, TMMOB, Ankara, 2004, ss. 39-52, s. 42.

<sup>24</sup> Kansu, a.g.m., [http://www.yol.is.org.tr/resimler/ekler/24\\_ek.pdf](http://www.yol.is.org.tr/resimler/ekler/24_ek.pdf); Erdoğan, "Kamu Personel Rejiminde...", a.g.m., s. 82.

5227 sayılı kanunda öngörülen kamu görevlilerinin performans ölçütlerine göre değerlendirilmesi hedefinin ilk örneklerinden olmuştur.

#### **4.1.1.5. Sağlıkta Dönüşüm Programı**

##### **4.1.1.5.1. Amacı**

“Sağlıkta Dönüşüm Programı”<sup>25</sup>, sağlık alanındaki son reform çalışmalarının çerçevesinde gerçekleştirildiği programın genel adıdır. AKP’nin daha önce uygulama alanı bulamamış benzer çalışmaları artık hedefe götürme niyetinde olduğunu açıkladığı Program’ın amaçları, sağlık hizmetlerinin *etkili, verimli ve hakkaniyete uygun* bir şekilde; organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasıdır. *Etkililik*, uygulanacak politikaların halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi, hastaları tedavi etmek yerine insanların hastalanmasının önlenmesi amacıyla ilgili bir ölçüt olarak görülmüştür. Anne ve çocuk ölümlerinin azaltılması ve doğuştan beklenen yaşam süresinin arttırılması gibi epidemiyolojik göstergelerde sağlanacak ilerlemeler, bu ölçüte ne kadar ulaşıldığının en somut kanıtı olacaktır. *Verimlilik*, kaynakları uygun şekilde kullanarak maliyeti düşürüp, aynı kaynakla daha fazla hizmetin üretilmesi olarak tanımlanmış, insan kaynaklarının dağılımı, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, sağlık işletmeciliği ve koruyucu hekimlik uygulamaları bu esas çerçevesinde değerlendirilmiştir. *Hakkaniyet* de, bütün insanların sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarının ve hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmalarının sağlanması olarak belirtilmiştir. Gerek farklı sosyal gruplar, gerek kırsal-kent, gerekse doğu-batı arasındaki sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık göstergeleri ile ilgili farklılıkların azaltılması amacına, hakkaniyet kapsamında yer verilmiştir.

##### **4.1.1.5.2. İlkeleri**

Program’ın temel ilkelerine özetle aşağıda yer verilmiştir:

- *insan merkezlilik*- sistemin planlamasında ve hizmetin sunumunda hizmetten faydalanacak bireyin, bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerinin esas alınması,

---

<sup>25</sup> T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlıkta Dönüşüm**, Ankara, Aralık 2003, s. 24-36.

- *sürdürülebilirlik*- geliştirilecek olan sistemin ülke koşulları ve kaynakları ile uyumlu olması ve kendini besleyerek bir devamlılık arz etmesi,
- *sürekli kalite gelişimi*- ulaşılan nokta yeterli görülmeyle, hep daha iyinin aranması, sistemin kendi kendisini değerlendirerek hatalarından öğrenmeyi sağlayacak bir geri bildirim mekanizması oluşturulması,
- *katılımcılık*- sistemin geliştirilmesi ve uygulanması sırasında, ilgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınması, yapıcı bir tartışma ortamı sağlayacak platformların oluşturulması,
- *uzlaşmacılık*- demokratik bir yönetimin gereği olarak sektörün farklı bölümleri arasında karşılıklı çıkarları gözeterek ortak noktalarda buluşulması,
- *gönüllülük*- sistemde hizmet üreten ve hizmet alan kesimlerin zoraki değil, teşvik edici önlemler doğrultusunda gönüllü bir şekilde yer almalarının sağlanması,
- *güçler ayrılığı*- sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan, planlamasını yapan, denetimi üstlenen ve hizmeti üreten güçlerin birbirinden ayrılması; böylece çıkar çatışmasının engellenmesi,
- *desantralizasyon*- merkezi yönetimin oluşturduğu hantal yapıdan kurtulmak, hızlı karar mekanizmalarına sahip, kaynakları daha verimli kullanabilecek idari ve mali yönden özerk işletmeler kurulabilmesi için gereklidir,
- *hizmette rekabet*- sağlık hizmet sunumunun tekel olmaktan çıkarılıp belli standartlara uygun farklı hizmet sunucularının yarışmasının sağlanması; böylece sürekli kalite gelişimi ve maliyet azalmasına yönelik bir teşvik ortamı oluşturulması ilkesidir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda, yukarıda belirtilen ilkeler çerçevesinde amaçlara ulaşırken, Dünya Sağlık Örgütü'nün "21. Yüzyılda Herkese Sağlık" politikası, AB tarafından açıklanan "Katılım Ortaklığı Belgesi" ve Türkiye tarafından hazırlanan "Ulusal Program" doğrultusunda Türk sağlık mevzuatının, AB sağlık mevzuatıyla uyumlu hale getirilmesinin de dikkate alınacağı vurgulanmıştır.

#### 4.1.1.5.3. Bileşenleri

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda, sektörü bütün boyutlarıyla kavramak üzere şekillendirilmiş, birbiriyle ilişkilendirilmiş, programın bütünlüğü içinde uygun olabilecek çözümleri içeren toplam 8 bileşene yer verilmiştir. Bu bileşenler aşağıda kısaca açıklanmıştır:

- **Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı:** Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşların yerinden yönetim ilkeleri doğrultusunda yapılandırılmasının sağlanacağı ve Bakanlığın, planlama yapan stratejik bir örgüt yapısına kavuşturulacağı belirtilmiştir. Böylece Sağlık Bakanlığı, Anayasa'da tanımlandığı şekli gibi devletin sağlık sektörünü “tek elden planlama” görevini yerine getirecektir. Sağlık Bakanlığı, dikey yapılanmayı ortadan kaldıran ve entegre sağlık hizmetini ön plana çıkararak bir yapılanma modeliyle yeniden yapılanmasını gerçekleştirirken, sağlık hizmetlerini planlama ve sunumu sırasında sosyal devlet anlayışı içerisinde koruyucu hizmetlere öncelik verecek, birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilecektir. Sağlık Bakanlığı'nın başlıca görevi ve sorumluluğu, politika hazırlamak ve düzeni denetlemek olacaktır.

- **Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası:** Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın hakkaniyet amacı doğrultusunda, vatandaşların ödeme gücü ile orantılı olarak katkıda bulunacakları ve hizmetleri ihtiyaçları ölçüsünde kullanacakları bir sigorta modeli oluşturulması hedeflenmiştir. Günümüzde toplumun önemli bir bölümü SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve Yeşil Kart uygulaması ile bir sağlık sigortası içine alınmış olmasına rağmen, sigortalı olmayan önemli bir kesim bulunduğunun tespiti yapılmıştır. Sosyal güvenlik kurumları arasında standart birliğini sağlamak, farklı düzey ve yollarla hizmet üretimini veya satın almasını ortadan kaldırmak; hizmet kalitesini arttırmak; her hastaya eşit düzeyde temel sağlık hizmetini sunmak; fiyat kontrolü ve sağlık hizmetlerinin finansmanını tek elden karşılamak ve hasta ile hekim arasındaki para ilişkisini ortadan kaldırmak için toplumun bütününe kapsayan zorunlu sağlık sigortacılığı sistemine ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır. Toplumun tamamını sağlık açısından güvence altına alacak bir Genel

Sağlık Sigortası'nın kurulması için Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yapılan ve hala yapılmakta olan şu çalışmalar mevcuttur.

-Ödeme gücü olmayanları tespit etmek üzere bir fakirlik sınırı belirlenmesi çalışması,

-Ödeme gücü olmayanların primlerini kısmen veya tamamen kamu kaynakları ile karşılamak üzere kaynak oluşturulması çalışması,

-Sosyal güvencesi bulunmayanların primlerini toplamaya yönelik bir sistem kurulması çalışması,

-Sağlık primleri havuzu sosyal güvenliğin diğer dallarından ayrılarak, kendi iç dengelerinin kurulması çalışması,

-Sağlık hizmetlerinde temel teminat paketi belirlenmesi çalışması,

-İl ve gerektiğinde ilçe düzeyinde, sağlık hizmet ihtiyacını belirlemeye yönelik demografik ve epidemiyolojik özelliklere dayalı olarak ihtiyaç tespiti yapacak bir yapı oluşturulması çalışması,

-Belirlenmiş ihtiyaçlar doğrultusunda, birinci basamak sağlık kuruluşları ve hastanelerden hizmet satın almak için sözleşmeler yapmak üzere mekanizmalar oluşturulması çalışması,

-Alınan hizmetlerin tanımlanan niteliklere uygun olup olmadığını, "yerindelik ve uygunluk" denetimleri yaparak belirleyecek bir yapı oluşturulması ile sağlık finansmanı ile ilgili bilgi eksikliğini gidermeye yönelik olarak, sağlık sektöründe kaynakların nereye ve ne kadar harcandığı yıllık bazda takip edilebilecek bir "Ulusal Sağlık Hesabı" sistemi kurulması çalışması,

-Mevcut sosyal güvenlik kuruluşlarındaki emeklilik sigortası ve sağlık sigortasının birbirinden ayrılması, sağlık sigortası işlemlerinin tek çatı altında toplanması çalışmaları.

Her Türk vatandaşının sigorta kapsamına alınacak ve tek numara sistemi (MERNİS- Merkezi Nüfus İdaresi Sistemi numarası) benimsenecek olması; primi yatırma veya sigortasız olma sorununu sağlık kuruluşlarının değil, sigorta

kurumunun takip edecek olması; hizmet üretenlere geri ödemenin tek elden, düzenli ve zamanında yapılacak olması Genel Sağlık Sigortası konusunda önemli noktalar olarak saptanmıştır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın koordinatörlüğünde bu çalışmaların başlatılmış olduğu bilgisi de eklenmiştir.

Program'da, Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması yanında özel sağlık sigortacılığının da teşvik edileceği ve gelişiminin destekleneceği, özel sigortaların tamamlayıcı bir rol ile sistemde bulunmalarının sağlanacağı ifade edilmiştir. Böylece, zorunlu Genel Sağlık Sigortası'nın kapsadığı temel teminat paketine ilave olarak hizmet almak isteyenler özel sigorta yaptırabilecekler ve hizmetlerini bu özel sigortalar aracılığıyla alabileceklerdir.

▪ ***Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi:*** Program'da, sağlık hizmeti vermeye talip bütün dinamikleri sistem içine alan bir anlayış içinde hizmette rekabet ortamının yaratılması gerektiği düşünülmüştür. Bu bağlamda, bir yandan sosyalizasyon politikasının bir armağanı olan Sağlık Ocağı ağı güçlendirilirken, bir yandan da vakıf ve dernekler başta olmak üzere özel teşebbüsün de hizmet ağında yer alması öngörülmüştür. Programda, iktidarın kır-kent, doğu-batı eşitsizliğini azaltmak için, her bölgede eşit oranda kamu sağlığı olanaklarının kısılması ve özel sektöre devredilmesi gibi bir anlayış içinde değil; aksine ihtiyaç olan yerlerde kamu olanaklarının geliştirilmesi, niteliğinin artırılması ve özel sektör imkanları ile hizmet yarışına girilmesi hedefinde olduğunu özellikle belirtmesi dikkati çekmektedir.

-***Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği:*** Temel sağlık hizmetleri alanında, iyi tasarlanmış ve performansa yönelik bir sağlık sistemi anlayışının oluşturulabilmesi için; genelde toplumu oluşturan bireylerin, özelde ise hastaların ve sağlık çalışanlarının göreceli durumlarının iyileştirilmesi ve kırsal bölgelerde sağlık ocaklarının üstlendiği topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin desteklenmesi yanında, kentlerde yetersiz kalan bu hizmetlerin kamu sağlığı merkezlerince yaygın, örgütlü ve disiplinli bir şekilde yürütülmesi amaçlanmıştır. Bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin, bireylerin kendi seçeceği hekimler tarafından yürütülmesi de hedefler arasında yer almıştır.



Program’da, aile hekimlerinin sayıca yetersiz olduğu; uygulamaya mevcut pratisyen hekimlerin kısa süreli bir eğitimden geçirilerek başlanması en pratik çözüm olacağı; böyle bir başlangıcın, kimlik ve prestij kaybına uğramış pratisyen hekimliğin yeniden itibar kazanmasını sağlayacağı ileri sürülerek, farklı kesimlerce sürdürülen “aile hekimi” veya “genel pratisyenlik” tartışmaları yersiz bulunmuştur. Kırsal bölgelerde yaygın olan sağlık ocağı alt yapısının bu tür uygulamalara zemin oluşturacağı; yetersiz alt yapının olduğu kentlerde de, serbest hekimlik uygulamaları ve özel sağlık merkezlerinin sistemde yer alabileceği belirtilmiştir. Koruyucu dış hekimliği uygulamalarının birinci basamakta yer alması planlanmıştır.

*-Etkili, Kademeli Sevk Zinciri:* Hastanın kendi seçtiği ve güvendiği bir hekimden birinci basamak hizmeti alması amacıyla hasta memnuniyetini esas alan bir “aile hekimliği uygulaması”, etkili bir sevk zincirinin kurulabilmesinin ön şartı olarak görülmüştür. Sevk sisteminin tek yönlü olmayıp, sadece yukarı değil, aşağıya doğru da işleyen bir mekanizması olduğu eklenmiştir. Böylece, tanı veya tedavi için ikinci veya üçüncü basamak kuruluşlara sevk edilen hastaların çoğu tedavinin devamı, izleme ve bakım için daha alt seviyedeki kurumlara geri gönderilecektir. Hastanın kayıtlarını tutmakla sorumlu olan hekimin sevk ettiği hastasına ikinci basamakta verilen konsültasyon hizmetinin geri bildirimini tıbbi kayıt sistemini güçlendireceği belirtilmiştir. Kaliteli, daha kısa sürede ve düşük maliyette sağlık hizmeti sunmayı mümkün kılan sevk zincirine girmek istemeyen ve doğrudan hastaneye baş vurmaya tercih eden hastaların ek maliyete katlanacağı ve bunun sosyal devlet anlayışına ve hasta haklarına aykırı bir durum oluşturmayacağına da yer verilmiştir.

*-İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri:* Program’da, hastanelerin tümünün, sigorta kurumu ile sözleşme yapmak ve sevk sistemi esaslarına uymak kaydıyla bütün vatandaşlara hizmet verebilmesi, hastanelerin hizmet kalitesi ve fiyat uygulamaları açısından denetim altında tutulması hedeflenmiştir. Sağlık finansmanında kurumların değil, bireylerin destekleneceği sistemde, hizmeti sunan kurumlar ürettikleri hizmet oranında

pay alacaklardır. Kamu hastanelerinin bu değişen yapıya uyum sağlaması, daha verimli işletmeler haline dönüşmesi ve sektörün diğer aktörleri ile rekabet edebilmesi için merkeze bağımlı yapısından kurtulması gerekli görölmüştür.

Hastanelerin verimliliğini iyileştirmek için, tüm Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu hastanelerine hem idari ve mali açıdan, hem de sağlık hizmetlerini üretip yönetmek için gereken girdilerin temini açısından özerklik tanınacağı belirtilmiştir. Sağlık Bakanlığı denetiminde özerk kurumlar haline gelecek tüm kamu sağlık kuruluşlarında öncelikle hizmet sunumu birliği sağlanacak, ikinci aşamada da her tesise ayrı ayrı özerklik tanınacaktır. Sağlık kuruluşlarının devlete direkt bağlı olmak zorunda olmadığı belirtilen Program'da, belediyeler, özel şirketler, vakıflar, il idareleri ve üniversitelerin sağlık kuruluşu kurmasına imkan tanınmıştır. Yerel dinamiklerin karar mekanizmasında rol aldığı müşteri odaklı organizasyon yapılmasına ve performansa bağlı ödeme sistemlerine geçilmesi öngörülmüştür.

▪ ***Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü:*** Program çerçevesinde öncelikle sağlık sektöründe çalışan profesyonellerin AB'ye uyum süreci de dikkate alınarak görev, yetki ve sorumluluklarının tanımlanması hedeflenmiştir. Hekimlerin mezuniyet öncesi eğitimlerinin ülke ihtiyaçları doğrultusunda verilmesi amacıyla üniversitelerle iş birliğinin geliştirilmesi ve aile hekimliği için yeni bir müfredat programının oluşturulması öngörülmüştür. Programının özünü oluşturan "aile sağlığı" kavramının güçlenerek yaşama geçmesi için "aile sağlığı hemşireliği"nin geliştirilmesi ve bu hizmetin birinci basamak içerisinde güçlü bir şekilde yer alması hedefine yer verilmiştir. Sağlık sistemi yöneticiliğinin hekimlikten bağımsız bir disiplin olarak güçlenmesine önem verileceği ve sağlık yönetimlerinin insan kaynakları planlamasına aktif katılımlarının sağlanacağı ifade edilmiştir. Yerel yönetimler, sivil toplum örgütleri ve meslek derneklerinin sistemde aktif olarak yer almasının gereğine değinilmiştir. Sağlık çalışanlarının ülke geneline dengeli dağılımının teşvik edici gönüllü politikalarla sağlanması, böylece zorunlu hizmetin kaldırılması üzerinde durulmuştur.

▪ **Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları:** Program’da, sektörel analizler yapabilecek, araştırmalar planlayacak, hükümetlere danışmanlık yapacak, sektörün ihtiyaç duyduğu insan gücüne mezuniyet sonrası eğitimler verecek, halk sağlığı bilimini gelişmiş teknikler kullanarak, multidisipliner bir yaklaşımla uygulayacak ekipler yetiştirecek bir kuruma ciddi anlamda ihtiyaç duyulduğu vurgulanmıştır. Bu anlamda, Cumhuriyet’in bir kuruluşu olan Hıfzısıhha Okulu’nun günün ihtiyaçlarına cevap verecek tarzda yeniden canlandırılması niyetine yer verilmiştir. Tıp eğitimini, tıpta uzmanlık sınavına hazırlık eğitimi olmaktan çıkaracak, tıpta uzmanlık eğitimini planlayacak, standardize edecek ve denetleyecek Sağlık Akademisi veya Sağlık Uzmanlık Kurumu çatısı altında akademik bir yapı oluşturulması öngörülmüştür.

▪ **Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon:** Program, kalite, ruhsatlandırma, sertifikasyon ve akreditasyon konularını olması gerektiği gibi düzenleyecek, özerk yapıda, sektörün taraflarının yönetiminde söz sahibi olduğu, “Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu”nun kurularak, gelişmiş ülkelerdeki örneklere benzer şekilde faaliyete geçmesini amaçlamıştır. Kurum sağlık sonuçlarını ölçmek için sistemler geliştirecek ve bu ölçümleri sağlık hizmet sunucularına performans göstergeleri oluşturmak amacıyla kullanacaktır. Böylece hizmet sunucuların performanslarını içeren veri tabanları oluşturulacak ve iyi uygulamaların tanımlanması ile uygulanabilir performans göstergelerinin belirlenmesi sağlanacaktır.

▪ **Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma:** İlaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonu, ruhsatlandırması ve bunların akılcı yönetimi konularında uluslararası normlarda, siyasal kaygı ve yaptırımlardan bağımsız, özerk kurumlar kurulması planlanmıştır.

-**Ulusal İlaç Kurumu:** Program’da, sağlık hizmetlerinin en önemli girdilerinden ilaçla ilgili uzun yıllardır yaşanan sorunların bilimsel esaslar çerçevesinde, tarafların karşılıklı diyalogu ve uzlaşmacı yaklaşımları ile çözülmesine yönelik bir platform oluşturulması; ilaçla politikalarının belirlenmesi, ilacın ruhsatlandırılması, üretimi, tanıtımı, satışı, araştırma geliştirme faaliyetlerinin yönlendirilmesi gibi konularda düzenleyici ve destekleyici olmak üzere, her türlü etkiden uzak olarak ulusal politikalar

doğrultusunda uygulamalarda bulunacak “Ulusal İlaç Kurumu”nun oluşturulması hedeflenmiştir. İlaçların ruhsatlandırmasıyla ilgili sürecin daha etkili, daha şeffaf ve daha süratli hale getirileceği belirtilmiştir.

*-Tıbbi Cihaz Kurumu:* Tıbbi cihaz ve malzemede ithale dayalı bir akışın mevcut olduğu; denetim, kalite belgesi ve kalibrasyon gibi konularda daha çok yurt dışı referansların dikkate alındığı dile getirilmiş ve uluslararası referansların yanında ulusal standartların belirlenmesi ve kalite belgesinin tanziminin yerli üretime kolaylık sağlayacağı, tanı ve tedavi güvenilirliğini, hizmet verimini, kaliteyi arttıracığı, zaman ve malzeme israfını önleyeceği tespiti yapılmıştır. Tıbbi malzeme ve cihaz konusunda da standardizasyon ve denetimin önemi vurgulanarak, hastanelerdeki klinik mühendislik hizmetlerine odaklanan ulusal düzeyde denetleyici, eğitici ve düzenleyici yetkilere sahip olarak tasarlanmış, bilgi veri tabanları oluşturulması amaçlanmıştır. Tıbbi cihaz planlaması ve satın alımı, tıbbi cihazların karşılaştırmalı değerlendirilmesi, güvenlik programları, klinik mühendislik uygulamaları, kanunlar ve düzenlemelere dair bilgi sağlayarak uygulama yapacak, bir “Tıbbi Cihaz Kurumu”nun kurulması planlanmıştır.

▪ ***Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi:*** Sağlık hizmetlerinde eşgüdüm sağlanması, sağlık envanterinin oluşturulması, bireylerin tıbbi kayıtlarının korunması, sevk basamakları esnasında bilgi transferinin sağlanması ve temel sağlık uygulamalarındaki verilerin toplanması için “Sağlık Bilgi Sistemi” kurulması amaçlanmıştır. Böyle bir sistemin, sağlık kayıtlarının güvenilir ve sürekli bir şekilde tutulmasını, sevk zincirinin daha etkin, hızlı ve güvenilir bir hale gelmesini, hizmetlerin verimliliğini geliştirmeyi, kaynakların nerelerde ve nasıl kullanıldığını takip etmeyi mümkün kılacağı belirtilmiştir. Sağlık Bilgi Sistemi; sağlıkla ilgili politikaların belirlenmesinde, sağlık sektöründe sorunların ve önceliklerin belirlenmesinde, önlemlerin alınmasında, sektör kaynaklarının, çalışma ve yatırımların planlanmasında, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesinde, bilimsel araştırma ve çalışmalarda kullanılmak üzere yeterli veri toplayacak ve işleyecek bir fonksiyon da üstlenecektir. MERNİS numarası gibi özgün bir referans numarasının benimsenmesiyle, sigorta sistemindeki verilerle

sağlık hizmetlerinin kullanımına ilişkin verileri eşleştirmenin kolaylaşacağı, tedavi için başvuran hastaların sigortalı olup olmadıklarının hızlı olarak teyit edileceği ve birden fazla sigorta sisteminin imkanlarından yararlanan kişilerin tespit edilebileceği ortaya konmuştur.

#### 4.1.1.5.4. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Dünya Bankası

Dünya Bankası 2002 Türkiye Sağlık Raporu'nda, Türkiye'nin kendi düzeyindeki ülkelere kıyasla sağlık durumunun daha kötü olmasının nedenlerini; “kaynakların verimli ve eşit şekilde tahsis edilememesi, yöneticiler ve sağlık personeli için yeterli teşvik olmaması, sağlık hizmetleri sunumunun parçalı yapıda olması, özel sektörün potansiyelinin tam olarak anlaşılammış olması, su kullanma, eğitim gibi sağlığın güçlü belirleyicilerinin herkese eşit olarak sunulmaması” olarak göstermiştir<sup>26</sup>. Bu tespitlerden sonra Dünya Bankası, Mart 2003 tarihli “Türkiye: Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar” adlı raporunda Türkiye sağlık sistemi için aşağıdaki önerilerde bulunmuştur<sup>27</sup>:

- *Zorunlu evrensel sosyal sağlık sigortası ile isteğe bağlı ek özel sigorta:*

SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı aracılığıyla sunulan farklı sağlık sigortaları, memurlara sağlanan sigorta ve yeşil kart programı tek bir zorunlu sosyal sağlık sigortası sistemi ya da Sağlık Fonu içinde birleştirilmelidir. Sağlık Fonu, tercihen Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı altında özerk yapıda ve sosyal güvenlik reformunun bir parçası olmalıdır. SSK ve Bağ-Kur sosyal güvenlik kurumları olarak çalışmaya devam eder; fakat bütün sağlık sigortası primlerini Sağlık Fonu'na aktarılır. Benzer şekilde, bütün aktif memurlar ve onların sağlık sigorta primleri doğrudan ödenen aileleri Fon'un üyesi olmalıdır. Emekli Sandığı da bütün sağlık sigorta primlerini Fon'a aktarmalı, yeşil kart programı ve ödeyecek durumda olmayanlar adına devletin yatırdığı primler de Fon'a katılmalıdır.

<sup>26</sup> Ata Soyer, “Türkiye’de Sağlık Sektörünün Temel Sorunları”, **Özgür Üniversite Forumu**, Sayı: 26-27, Nisan-Eylül 2004, ss. 46-62., s. 60.

<sup>27</sup> WB, “Turkey: Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency” Document of the World Bank”, Report No: 24358-Tu, March 2003, Erişim: 25.10.2004, [http://www.wds.worldbank.org.tr/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2003/05/03/000094946\\_03042404004721/Rendered/PDF/multi0page.pdf](http://www.wds.worldbank.org.tr/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2003/05/03/000094946_03042404004721/Rendered/PDF/multi0page.pdf), Executive Summary

- *Temel hizmetler paketi geliştirme ve kamu sağlık harcamalarını hedef alma:*

Anne-çocuk ölümlerini ve hastalıklarını azaltmak için sağlık hizmetleri, temel sağlık hizmetleri paketinin bir parçası olarak sunulmalıdır. Sağlık personelinin yoksulların yaşadığı yerlerde çalışması için ekstra ücret, daha kısa süreli görev, kıtlık bölgesinde hizmet verdikten sonra görev yerini seçme, uzmanlık programlarına girme gibi özendirici stratejiler tasarlanmalıdır.

- *Kamu hastanelerinin yeniden düzenlenmesi ve daha geniş özerklik sağlanması:*

Özellikle Sağlık Bakanlığı ve SSK hastanelerinin verimliliğini geliştirmek için idari ve mali özerklikle, sağlık hizmetlerinin üretimi ve yönetimi için gerekli girdilerin temininde özerklik önerilir. İlk aşamada, bütün Sağlık Bakanlığı hastaneleri, Bakanlık altındaki yarı kamulaşmış yasal ve özerk bir kurum altında birleştirilmelidir. Benzer şekilde, SSK sağlık hizmetleri de SSK'nın diğer faaliyetlerinden ayrılmalı ve yarı kamulaşmış yasal bir kurum altında birleştirilmeli ve bu kurum da Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'ndan özerk olmalıdır. İlk aşamada iki bakanlığın da personeli memurluk statülerini koruyacaktır. İkinci aşamada, her tesise ayrı ayrı özerklik verilmelidir. Bu aşamada çalışanlar sözleşmeli olacaktır.

- *Birleştirme ve kurumsal sorumlulukları yeniden tanımlama:*

Sağlık Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı arasındaki ilişkiler elden geçirilmelidir. Sağlık Bakanlığı'nın birincil rol ve sorumluluğu politika formüle etmek ve düzenin gözetimi olmalıdır. Bakanlık, sağlık sektörünün önceliklerinin belirlenmesine, kalitenin izlenmesi ve düzenlenmesine, kurumların akreditasyonuna, uzmanlara lisans verilemesine, sigorta düzenleme ve gözetimine, halk sağlığı işlevlerine odaklanmalıdır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın sağlık sektöründeki öncelikli rolü de, evrensel sağlık sigortası sisteminin işleyişi ve yönetiminde yol göstericilik ve gözetim olmalıdır.

- *Birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirme:*

Aile hekimliği kavramı ve uygulaması benimsenmelidir. Hastalara tanı, laboratuvar, konsültasyon hizmetleri "tek pencere" sistemiyle tek sunucu tarafından sağlanmalıdır. Aile hekimliği hekimlerin ve üyelerin yakınlaşmasını, daha kişisel

iletişimi getirir ve hekim sağlık eğitimi ile hastalıkların önlenmesinde önemli rol oynar.

Raporda, sistemin kendini hazırlaması için iki aşama önerilmiştir. 3-5 yıllık bu aşamalardan birincisi, bütün yasal ve kurumsal gereksinimlerin sonuçlandırılmasına imkan veren hazırlık aşamasıdır. İkinci aşama ise, reform kriterlerinin uygulanmasının tamamlanması aşamasıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda yer alan hedeflerle onun öncesinde hazırlanmış rapordaki önerilerin aynı olduğu rahatlıkla anlaşılmaktadır. Sözü edilen rapor ve Program arasındaki ilişkinin, Banka'nın "Sağlıkta Dönüşüm Projesi" için de geçerli olduğu aşağıda görülecektir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın başarıya ulaşması için Dünya Bankası ile yürütülen "Ülke Destek Stratejisi" (Country Assistance Strategy-CAS) çerçevesinde Program kredilendirilmiştir<sup>28</sup>.

21 Nisan 2004 tarihinde, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın birinci aşaması için 60,61 milyon Amerikan doları kredi biçilmiştir. 20 Mayıs 2004'te onaylanan ve 2004-2007 dönemini kapsayan "Sağlıkta Dönüşüm Projesi"nin hedefi yönetişimi, verimliliği, kullanıcı ve sunucu memnuniyetini ve sağlık sisteminin uzun vadeli mali sürdürülebilirliğini geliştirmek şeklinde belirtilmiştir. Proje altı bileşenden oluşmaktadır<sup>29</sup>:

i) Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sağlayıcısından politika üreticisi ve düzenleyici konuma doğru olan kurumsal dönüşümünün desteklenmesi: Ulusal İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'nun kurulması, sağlık hizmetlerinin kalite ve akreditasyonu, Sağlıkta Dönüşüm Programı İzleme ve Değerlendirme Birimi'nin kurulması bu bileşenin alt bileşenlerini oluşturmaktadır.

ii) Mevcut sağlık sigortalarını birleştiren tek bir sağlık sigortası fonunun kurulması ve bunun sigorta kapsamında olmayan 22 milyon kişiye de ulaştırılması,

iii) Aile hekimliğinin ayakta tedavi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütsel modeli olarak tanıtılması; Sağlık Bakanlığı ve SSK hastanelerinin daha

<sup>28</sup> Güler, "Kamu Reformunun Dış...", a.g.m., s. 41.

<sup>29</sup> World Bank, *Health Transition Project*, Erişim: 25.10.2004, [http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDS\\_IBank\\_Servlet?pcont=details&eid=000090341\\_20040503130553](http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDS_IBank_Servlet?pcont=details&eid=000090341_20040503130553)

geniş bir özerklik için uyumu; anne ve çocuk sağlığı, bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü ve önlenmesini içeren sağlık programlarının güçlendirilmesi gibi alt bileşenlerden oluşmaktadır.

iv) Sağlık ve sosyal güvenlik insan kaynakları politikası ve planlaması; Halk Sağlığı Okulu'nun güçlendirilmesi gibi iki alt bileşeni kapsamaktadır.

v) Sağlık Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın kurumsal rol ve sorumluluklarıyla aynı çizgide ulusal standartların geliştirilmesi,

vi) İki bakanlık arasındaki proje koordinasyonunu destekleyecek faaliyetlerdir.

#### **4.1.1.5.5. Sağlık Reformu ve Avrupa Birliği'ne Üyelik Süreci**

24 Mart 2001'de yayınlanan "Avrupa Birliği Müktesebatının Üstlenilmesine İlişkin Ulusal Program" ile, Türkiye'nin Birlik müktesebatına uyum sağlanması için mevzuatında yapması gerektiği değişiklikler, oluşturulması gereken yeni kurumlar ve yeni düzenlemelerin gerektireceği finansman ihtiyacı belirlenmiştir<sup>30</sup>. AB ile uyumlu hale getirilmesi gereken mevzuatlardan biri de sağlık mevzuatıdır. Sağlık Bakanlığı'nın Ulusal Program dahilinde çalışma alanına giren konu başlıkları ve alt başlıkları şunlardır<sup>31</sup>: i) Malların serbest dolaşımı (gıda, deterjan, psikotrop maddeler, tıbbi ürünler, kozmetikler, oyuncaklar, tıbbi cihazlar), ii) Kişilerin serbest dolaşımı iii) İstatistik, iv) Sosyal politikalar ve istihdam (çalışanların sağlık ve güvenliği, halk sağlığı), v) Çevre, vi) Tüketicinin korunması ve sağlık, vii) Uluslararası gümrük işbirliği viii) Siyasi kriterler.

Sağlık Bakanlığı resmi gıda kontrol laboratuvarlarında ISO 17025 çerçevesinde akreditasyon çalışmalarının hızlandırılması, tıbbi cihazlara ilişkin olarak yeni bir kurumsal yapılanmaya gidilmesi (Tıbbi Cihaz Kurumu kurulması), tıbbi cihazlar konusunda görev yapan personele eğitim, tıbbi cihazlar için piyasa gözetimi konusunda kullanılacak Refik Saydam Hıfzısıhha Başkanlığı Laboratuvarlarının alt yapısının güçlendirilmesi. Akreditasyonu ve laboratuvar

<sup>30</sup> Nejla Can, "Avrupa Birliği İle Entegrasyon Sürecinde Türk Sağlık Sektörünün Durumu", Erişim: 22.12.2005, <http://www.un.org.tr/who/EU/bul6avbirsaglik.HTM>

<sup>31</sup> T. C. Sağlık Bakanlığı, **Türkiye-Avrupa Birliği İlişkileri ve Sağlık**, (Der. Nilüfer Avcı Işık), T.C. Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Dairesi Başkanlığı, 1. Baskı, Ankara, 2001, s. 64-75.



çalışanlarının eğitimi, tüm tıbbi cihaz yönetmelikleri için Sağlık Bakanlığı'nın merkez teşkilatında denetlenebilir ve kolay ulaşılabilir bir kayıt sisteminin oluşturulması, Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nün yeniden yapılandırılması (İlaç Kurumu kurulması), AB mevzuatına uyum çerçevesinde Malların Serbest Dolaşımı alanında Sağlık Bakanlığı'nca yapılması gerekenlerden bazılarıdır. İstatistik alanında, halk sağlığı istatistiklerine uyum sağlanması amacıyla Sağlık Bakanlığı bünyesinde gerekli altyapının oluşturulması, danışmanlık hizmeti alınması, personel istihdamı ve eğitimi, sosyal politika ve istihdam alanında da, AB Yeni Halk Sağlığı Eylem Programına katılım sağlanması öngörülmüştür<sup>32</sup>.

AB'ye uyum çerçevesinde birçok mevzuat değişikliği yapılmış ve Sağlık Bakanlığı bünyesinde yeni birimler oluşturulmuştur. Ulusal İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu adındaki yeni birimin kanun çalışmalarının tamamlanmak üzere olduğu belirtilmiştir. Hazırlanan taslağa göre, Ulusal İlaç ve Eczacılık Kurumu Sağlık Bakanlığı'na bağlı çalışacak, mali ve idari özerkliğe sahip olacak, piyasa gözetimi ve denetimi yaparak kalite konusunda uygulanacak standartları belirleyecek ve bunların uygulanmasını sağlayarak tüketici ile sektör arasında önemli bir köprü vazifesi üstlenecek, ilaçlar ve cihazlar için standart belirleyecektir.

Yeni kurum açıldığında, İlaç Eczacılık Genel Müdürlüğü'nün kaldırılma ihtimalinin bulunması, ilaç politikasından tamamen koparılacaklarını düşünen eczacıların tepkisine yol açmıştır<sup>33</sup>. İlaç fiyatlandırılması ve ruhsatlandırılması süreçlerinin şeffaflaşmasını sağlayacağı söylenen Kurum'un, özerk yapı altında ulus devleti devre dışı bırakarak yabancı sermaye adına denetim yapması yönündeki güçlü olasılık çeşitli kaygılara neden olmaktadır.

#### 4.2. Yasal Düzenlemelerde Sağlıkta Reform Çalışmaları

Yukarıda yer verilen belgelerdeki hedeflere yönelik olarak bugüne kadar gerçekleştirilen ya da gerçekleştirilme yolunda olan düzenlemeler ve uygulamalara

<sup>32</sup> T.C. Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, **Avrupa Birliği Müktesebatının Üstlenilmesine İlişkin Türkiye Ulusal Sağlık Programı**, Ankara, Eylül 2003, s. 104-114.

<sup>33</sup> *İlaç Kurumu'na 3 Milyon Dolar Bütçe (17.10.2005)*, Erişim: 24.03.2006, [http://www.medimagazin.com.tr/haber\\_34445.html](http://www.medimagazin.com.tr/haber_34445.html); *Ulusal İlaç Kurumu Yolda (21.09.2005)*, Erişim: 24.03.2006, <http://www.radikal.com.tr/haber.php?haberno=164669>

yer verilen bu kısımda, sosyal güvenlik ve sağlık alanındaki çalışmalar birlikte değerlendirilecektir.

#### 4.2.1. Sağlık Bakanlığı ve SSK Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanım Protokolü

Sosyal statüsü ve bağlı olduğu sosyal güvenlik kuruluşu ne olursa olsun herkese aynı standartta, etkili, kaliteli, eşit ve ulaşılabilir sağlık hizmeti vermek amacıyla 26.12.2003 tarihli ve 24104 sayılı *Sağlık Bakanlığı ve SSK Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımına İlişkin Protokol* uygulamaya konmuş. Böylece SSK ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurum ve kuruluşları ortak kullanıma açılmıştır. Bağ-Kur ve Emekli Sandığı mensupları, aktif devlet memurları ve Yeşil Kart sahiplerinin SSK sağlık tesislerinden, SSK sağlık yardımından yararlananların da Sağlık Bakanlığı sağlık tesislerinden yararlanabilmesi mümkün kılınmıştır.

Bu protokolle, SSK mensuplarının birinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanma alışkanlığının arttırıldığı ve bu suretle de daha çok ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan SSK sağlık tesislerindeki yığılmanın kısmen önüne geçildiği belirtilmiştir<sup>34</sup>. Aksi bir değerlendirme de, birinci basamak sağlık kuruluşlarından sevk kaldırıldığı, Sağlık Bakanlığı hastanelerinin bahçelerine Sağlık Ocağı İrtibat Büroları açılarak göstermelik sevk işlemi yapıldığı şeklindeyir. Ayrıca basına, SSK sağlık kurumlarının iş yükünde hiçbir azalma olmadığı, poliklinik kuyruklarının kısalmadığı, Sağlık Bakanlığı hastanelerinin yoğunluğunun daha da arttığı yönünde haberler yansımıştır. Protokol ile SSK kaynaklarının Sağlık Bakanlığı'na aktarılması eleştirilen konuların başında gelmektedir. Bu bağlamda, uygulamanın, gelecekte tüm SSK sağlık birimlerinin bir şekilde Sağlık Bakanlığı'na ya da başka kurumlara (özel ya da kamu) devredilerek, SSK'nın hizmet üretmeyen sadece satın alan bir kurum haline dönüştürülmesinde bir ön adım olduğuna dikkat çekilmiştir. Çeşitli kurumlardan hizmet alanların tüm sağlık birimlerini kullanması sağlanarak GSS için altyapı çalışması oluşturulduğu türünde yorumlar da yapılmıştır<sup>35</sup>.

<sup>34</sup> *SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığına Devri Genel Gerekeçe*, Erişim: 13.02.2004, <http://www.sabah.com.tr/ozel/ssk802/dosya804,2.html>

<sup>35</sup> Ata Soyer, Aytakin Yazgan ve diğerleri, *Türkiye'de Sermayenin Sağlık Sektörü Hayali Gerçekleş(ebil)ecek mi*, Erişim: 08.10.2004, [http://www.ttb.org.tr/s\\_donusum/index.htm](http://www.ttb.org.tr/s_donusum/index.htm)

#### 4.2.2. SSK Sağlık Tesislerinin Sağlık Bakanlığı'na Devri

SSK'nın hem sağlık hizmeti üreten hem de finansmanını karşılayan bir kurum olma özelliğini sona erdiren ve Bağ-Kur ve Emekli Sandığı gibi hizmet satın alan kurum haline getiren son gelişme; 06.01.2005 tarihinde kabul edilen 5283 sayılı *Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun* uyarınca SSK sağlık tesislerinin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesidir. Bu kanunla Cumhurbaşkanlığı, yüksek mahkemeler, Sayıştay, Türk Silahlı Kuvvetleri, Milli İstihbarat Teşkilatı, üniversiteler, mahalli idareler ve mazbut vakıflara ait sağlık birimleri hariç olmak üzere, bakanlıkların, bakanlıkların bağlı, ilgili ve ilişkili kuruluşları ile diğer kamu kurum ve kuruluşlarının sağlık tesisleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir<sup>36</sup>.

Devir uygulaması için gerekçe olarak Anayasa'nın 56. maddesindeki sağlık kuruluşlarının tek elden planlanarak hizmet sunulmasının öngörülmesi ile sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesi halinde kaynakların daha etkin ve verimli kullanılmasının, kaynak israfının önlenmesinin ve uygulama birliğinin sağlanmasının mümkün hale gelmesi gösterilmiştir<sup>37</sup>. Bu devir, görünüşte sağlık hizmetleri sunumundaki çok başlılıktan ve bunun neden olduğu farklı sunum kalitelerinden kurtulma yönünde bir adım olması bakımından olumlu olarak değerlendirildiği gibi, farklı noktalardan da eleştirilmiştir.

Ortak Kullanım Protokolü'nün pilot uygulaması olduğu bu devir, asıl görevi hastane işletmeciliği değil, vatandaşların genel anlamda sağlıklarının korunması ve tedavilerinin yapılmasına yönelik tedbirler almak olan Sağlık Bakanlığı'nın yükümlülüklerini arttırarak, çok daha kalitesiz ve rekabete kapalı bir kamusal sağlık hizmeti verilmesi sonucunu getireceği gerekçesiyle eleştirilmiştir. Özel hukuk hükümlerine tabi bir kurum olarak SSK'nın devri hukuka aykırı bulunmuştur. Ayrıca devrin SSK'ya sağlık harcamaları bakımından getirecekleri konusunda farklı yorumlar yapılmıştır.

<sup>36</sup> *Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun (2005 tarih ve 5283 sayılı)*, Erişim: 10.02.2006, <http://www.edb.adalet.gov.tr/ymb/267/267.htm#saglikbirimlerinininsaglikbakanliginadevri>

<sup>37</sup> *Basın Açıklaması: SSK Sağlık Kurumları Gasp Ediliyor (15.09.04)*, Erişim: 08.10.2004, <http://www.istabip.org.tr/basin/ba15092004a.asp>

Devir uygulamasından yana olanlar, SSK'nın Sağlık Bakanlığı'ndan sağlık hizmeti satın almasının, bizzat hizmet sunmaktan daha pahalıya mal olmadığını savunurken, karşıtları maliyetin artacağını ileri sürmüştür. Buna gerekçe olarak da, SSK'nın hizmetin üreticisi olduğu için maliyetler üzerinde kontrolü sağlayabilmesi, yüksek indirimli ilaç alımı ve eczane işletmeciliği yapması, hizmet verilen nüfus oranının yüksek olması gibi nedenlerle sağlık hizmeti üretimini diğer sosyal güvenlik kuruluşlarına göre daha ucuza mal etmesi gösterilmiştir. 2003 yılı verilerine göre kişi başına sağlık harcaması; SSK'da 186.206.897 TL. iken, bu harcamanın Bağ-Kur'da 512.000.000 TL., Emekli Sandığı'nda ise 995.718.570 TL. olması da bu gerekçeye rakamsal destek olarak sunulmuştur. Devir nedeniyle, Sağlık Bakanlığı ürettiği sağlık hizmetlerini Bütçe Uygulama Talimatı'nda belirlenen fiyatlarla SSK'ya satacak, dolayısıyla verilen rakamlar arasındaki fark SSK'ya maliyet olarak dönecekti. Bu da Hazinesin, SSK'nın açıklarını karşılamadaki yükünün artması ve genel makroekonomik dengelerin etkilenmesi anlamına gelecekti.

Sendikaların ve Tabip Odalarının yaptığı ortak basın açıklamasında; devir sırasında söylenin aksine SSK'lı hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerinden daha iyi yararlanması konusunda hiçbir gelişme yaşanmadığı, sağlık hizmetlerinde standardizasyon sağlanmadığı, hastaneler arasındaki donanım, personel ve diğer konulardaki uçurumların büyüdüğü. Devirle birlikte artan ilaç giderlerinin sonucunda reçetelere sınırlama getirildiği ve insanların ikinci basamak sağlık birimlerinde uzun süre beklemek zorunda bırakıldığı, devir sonucunda SSK'lı hastaların aldıkları sağlık hizmetinin kalitesi artmadığı gibi, sağlık hizmeti üretmediği için maliyetleri kontrol edemeyen SSK'nın harcamalarının da arttığı dile getirilmiştir<sup>38</sup>.

Devirle ilgili olarak sorgulanan bir nokta da, kalitesiz hizmet üretmekte olan farklı kurumları rehabilite etmek daha kolayken ve AB ülkeleri de bu anlayışla parçalı sisteme yönelirken Türkiye'nin parçalı sistemden bütüncül sisteme geçişinin ne kadar doğru olduğu konusudur. Sağlık Bakanlığı'nın da hizmet sunumundan çekilerek, sadece planlama ve denetleme görevi yürütecek bir birim haline getirilmesinin amaçlandığı süreçte, sağlık hizmeti sunumunda oluşacak boşluğu il

---

<sup>38</sup> *Basın Açıklaması (20.02.2006)*, Erişim: 12.04.2006, [http://www.ato.org.tr/basin\\_aciklamalari/20060220.ato](http://www.ato.org.tr/basin_aciklamalari/20060220.ato)

özel idareleri, belediyeler ve özel şirketlerin dolduracak olması konusunda da endişeler dile getirilmiştir<sup>39</sup>. Bir yandan sosyal güvenlik kurumları ve hastaneler bakımından bir bütünleşme çabası sürerken; bir yandan da yerel yönetimler üzerinden parçalanmanın amaçlandığı bir sürece doğru yaklaşılması gibi bir paradoks ortaya çıkmaktadır.

#### 4.2.3. Sosyal Güvenlik Reformuna İlişkin Kanunlar

Çalışmaları yaklaşık üç yıldır süren sosyal güvenlik reformu paketi önceleri dört ayrı kanun tasarısı olarak düşünülmüştür. Emeklilik ve Genel Sağlık Sigortası tasarıları reformun iki önemli ayağını oluştururken, Teşkilat Kanunu ve primsiz ödemeler taslakları da diğer iki ayağını oluşturmuştur. İzleyen süreçte, başta ayrı olarak düşünülmüş olan “Emeklilik Sigortaları Kanun Tasarı Taslağı” ve “Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı” birleştirilerek, “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı” ismiyle tek bir metin içerisinde toplanmıştır<sup>40</sup>. Söz konusu Tasarı, kanunlaşmış ve 16.06.2006 tarihinde R.G.’de yayınlanmıştır. Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur’un tek çatı altında birleşmesini öngören “Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Tasarısı” da 20.05.2006 tarihinde R.G.’de yayınlanmıştır. Sosyal Yardımlar ve Primsiz Ödemeler Kanunu Tasarısı Taslağı üzerindeki görüşmeler ise devam etmektedir.

##### 4.2.3.1. Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu

*Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu*<sup>41</sup> ile kamu tüzel kişiliğini haiz, idari ve mali açıdan özerk, Sayıştay’ın denetimine tabi ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın ilgili kuruluşu olarak Sosyal Güvenlik Kurumu kurulmuştur. Kurumun temel amacı; sosyal sigortacılık ilkelerine dayalı, etkin, adil, kolay erişilebilir, aktüeryal ve mali açıdan sürdürülebilir, çağdaş standartlarda sosyal güvenlik sistemini yürütmek olarak belirlenmiştir.

<sup>39</sup> *TİSK Görüşü: TİSK, SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığı’na Devrine Karşıdır (Kasım 2004)*, Erişim:22.02.2006,[http://www.tisk.org.tr/isveren\\_yazdir.asp?yazi\\_id=1080&id=61&baslik\\_id=&yap\\_i=&gecerli\\_sayfa=](http://www.tisk.org.tr/isveren_yazdir.asp?yazi_id=1080&id=61&baslik_id=&yap_i=&gecerli_sayfa=)

<sup>40</sup> Coşkun Saraç, “ ‘Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası’, ‘Primsiz Ödemeler’ ve ‘Sosyal Güvenlik Kurumu’ Kanun Tasarılarına İlişkin Genel Bir Değerlendirme, **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt: 8, Sayı: 1, 01 Ocak-31 Mart 2006, ss. 325-342, s. 327.

<sup>41</sup> Kanunun çalışmada yer verilen maddeleri ve tam metni için bkz. *Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu (2006 tarih ve 5502 sayılı)*,

Erişim: 25.06.2006, [http://www.calisma.gov.tr/birimler/sgk\\_web/html/sgk.doc](http://www.calisma.gov.tr/birimler/sgk_web/html/sgk.doc)

Kurum'un ana hizmet birimleri olarak Sosyal Sigortalar Genel Müdürlüğü, Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü, Primsiz Ödemeler Genel Müdürlüğü, Hizmet Sunumu Genel Müdürlüğü, Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı ile Aktüerya ve Fon Yönetimi Daire Başkanlığı belirlenmiştir. Kanun'la, 1945 tarih ve 4792 sayılı *Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu* ile 2003 tarih ve 4947 sayılı *Sosyal Güvenlik Kurumu Teşkilatı Kanunu*, 2003 tarih ve 4958 sayılı *Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu*, Bağ-Kur Kanunu ve Emekli Sandığı Kanunu'nun bazı maddelerinin yürürlükten kaldırılması uygun görülmüştür (madde 43). Kanun yürürlüğe girdiğinde; 4947 sayılı *Sosyal Güvenlik Kurumu Teşkilatı Kanunu* ile kurulan Sosyal Güvenlik Kurumunun, 4958 sayılı *Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu* ile kurulan Sosyal Sigortalar Kurumunun, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'nın her türlü taşınır ve taşınmazları ile birlikte personelinin hiçbir işleme gerek kalmaksızın Sosyal Güvenlik Kurumu'na devredilmesi öngörülmüştür (Geçici md. 1).

Uzun zamandır gerçekleştirilmek istenen sosyal güvenlik kurumlarının birleştirilmesi fikrine yasal zemin kazandıran *Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu*, Cumhurbaşkanı Ahmet Necdet Sezer tarafından, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun yönetim kurulunun oluşumunu düzenleyen 6. maddesinin tekrar görüşülmesi için, TBMM'ye iade edilerek kısmen veto edilmiştir. Sezer, Emekli Sandığı ve SSK'da uygulamanın, seçikle gelen dışındakilerin atamasının cumhurbaşkanının da imzasını gerektiren üçlü kararnameyle yapılması şeklinde olduğunu, oysa yeni kanunda üç üyenin Çalışma, Maliye ve Hazine'den sorumlu bakanlarca, cumhurbaşkanının imzasını gerektirmeyen bir yöntemle atanmasının öngörüldüğünü vurgulamıştır. Sezer gerekçesinde, kuruluşların amacının gerçekleşmesinde en önemli yetki ve sorumluluklarla donatılan, denetim ve temsil gibi işlevleri yerine getiren kamu görevlilerinin, üst düzey yönetici konumunda olmaları nedeniyle, bunların atamalarının da müşterek kararname ile yapılmasının Anayasal bir zorunluluk olduğunu belirtmiştir<sup>42</sup>. Müşterek kararnameye ilişkin söz konusu değişiklik yapılarak 16.05.2006 tarihinde kabul edilen 5502 sayılı *Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu* Cumhurbaşkanı tarafından onaylanmış ve 20.05.2006 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir.

<sup>42</sup> *Köşk, Yetkisiz Kalmaya Karşı*, Erişim: 08.05.2006, <http://www.radikal.com.tr/haber.php?haberno=185787>; *Sosyal Güvenlik Yasası Kısmen İade*, Erişim: 08.05.2006, <http://www.sabah.com.tr/2006/04/28/eko92.html>

Tek çatı yaklaşımı, bazı sakıncalar için önlem alınması şartıyla, genelde olumlanmıştır. Doğru bir birleşme için; öncelikle sosyal sigorta kurumlarının mali yapılarının güçlendirilmesinin, sağlıklı ve güvenilir bir veri ve kayıt sistemine sahip olmanın, veri akışının sürekli ve düzenli olarak sağlanmasının gerekliliği ileri sürülmüştür<sup>43</sup>. Kurumların güçlendirilmesi için, sigorta primlerinin tam anlamıyla tahsili, prim affı uygulamalarına son verilmesi, etkili denetimle kaçak sigortalılığın önlenmesi, çalışanların sigorta hak ve yükümlülükler konusunda eğitilerek bilinçlendirilmesinin gerekli olduğu vurgulanmıştır<sup>44</sup>. Ancak bunlar yapılırsa kurumlar arasında yaşanan eşitsizliklerin dengelenebileceği; aksi takdirde birleşmenin bugün yaşanan karmaşadan daha kötü bir kaotik ortam yaratabileceği belirtilmiştir<sup>45</sup>. Birleşmeden dolayı en çok endişe duyulan konu, kurumlar arasındaki farklı prim ödemelerinin hangi düzeyde dengeleneceği, hangi kurumlar için lehte ve aleyhte durumların oluşacağıyla ilgilidir.

#### 4.2.3.2. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu

Kişilerin ekonomik gücüne ve istekli olup olmadığına bakılmaksızın, ortaya çıkacak hastalık riskine karşı toplumun bütün fertlerinin, sağlık hizmetlerinden yararlanmasını sağlayan sigorta olarak tanımlanan<sup>46</sup>, başka bir deyişle nüfusun tamamını kapsamaya, böylece sosyal güvencesi olmayanlara da sağlık hizmeti sağlamaya yönelik zorunlu bir kamu sağlık finansman aracı olan Genel Sağlık Sigortası (GSS), daha 1950'lerde düşünülmeyle birlikte ilk olarak 1963 tarihli Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967) içinde yer almış, daha sonra diğer planlarda da ve birçok hükümet döneminde politika olarak benimsenmiş, sistematik biçimde ilk kez, 1992 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dokümanında dile getirilmiş; fakat yasalaşması mümkün olmamış ve sistem kurulamamıştır<sup>47</sup>. GSS Sistemi'nin kurulmasını öngören 122 maddelik kanun

<sup>43</sup> Yusuf Alper (Mayıs 2003), "Tek Çatı Yaklaşımı" *Sosyal Güvenlik Sistemimiz İle İlgili En Önemli ve Acil Mesele Değildir*, Erişim: 06.04.2006,

[http://www.tisk.org.tr/isveren/sayfa.asp?yazi\\_id=721&id=43](http://www.tisk.org.tr/isveren/sayfa.asp?yazi_id=721&id=43)

<sup>44</sup> Saraç, a.g.m, s. 341.

<sup>45</sup> Kayıhan Pala, "Sağlık'ta Yeni Düzenlemeler", Erişim: 08.10.2004, <http://www.medikalbakis.net/4/say10.htm>

<sup>46</sup> Öztürk, a.g.e., s. 165.

<sup>47</sup> İlker Belek (2003), *Genel Sağlık Sigortası Halka Karşı Global Sermaye Saldırısı Sorunu*, Erişim: 03.01.2006, <http://www.ato.org.tr/dergi/gss.html>

sonunda, temel kanun olarak 6 bölüm halinde, CHP'nin boykot ederek Genel Kurul görüşmelerine katılmadığı bir ortamda görüşülerek, ANAP ve DYP'lilerin ret oylarına karşın AKP grubu tarafından kabul edilmiştir<sup>48</sup>. *Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu*'nun<sup>49</sup>, 01.01.2007 tarihinde yürürlüğe girmesi öngörülmüştür. Primsiz ödemelere ilişkin taslak için de aynı tarih öngörülmektedir.

#### 4.2.3.2.1. Sosyal Sigortalarla İlgili Hükümler

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, gerek sigortaya gerek sağlığa ilişkin hükümleri nedeniyle çeşitli sendikalar, meslek örgütleri ve akademisyenlerden eleştiri alması üzerine değişiklikler, düzeltmeler ve tatmin edici bulunmayan bazı iyileştirmeler yapılarak bugünkü halini almıştır.

Kanun Cumhurbaşkanı Ahmet Necdet Sezer tarafından, 15 maddesi bir kez daha görüşülmek üzere 10.05.2006 tarihinde TBMM'ye geri gönderilerek veto edilmiştir. Fakat Kanun, 31.05.2006 tarihinde TBMM'de yeniden görüşülerek aynen kabul edilmiştir. Cumhurbaşkanı tarafından onaylanan 5510 sayılı *Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu*, 16.06.2006 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanmıştır. Cumhurbaşkanı Ahmet Necdet Sezer tarafından Kanun'un kimi maddelerinin iptali ve yürürlüklerinin durdurulması için Anayasa Mahkemesi'nde dava açacakları bildirilmiştir<sup>50</sup>.

Cumhurbaşkanı Sezer, veto gerekçelerinde sosyal devlet olmanın gereklerine dikkat çekmiştir. Sosyal devlette sosyal güvenlik sisteminin, yalnızca aktüeryal hesaba dayanan bir düzenek olarak oluşturulamayacağını, sosyal güvenliği salt aktüeryal denge olgusu düşüncesiyle oluşturmanın, “sosyal devlet” ilkesini savsaklamak anlamına geleceğini ve bunun Anayasa'nın 2. maddesiyle bağdaşmayacağını vurgulamıştır. Gerekçede devletin “sosyal” niteliğinin; aktüeryal denge ile sosyal devlet ilkesi arasında uyum sağlanmasını, sosyal güvenlik

<sup>48</sup> *Genel Sağlık Sigortası Kabul Edildi, Gözler IMF'de*, Erişim:12.05.2006, <http://www.zaman.com.tr/?b1=ekonomi&trh=20060420&hn=277857>

<sup>49</sup> Kanunun çalışmada yer verilen maddeleri ve tam metni için bkz. *Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (2006 tarih ve 5510 sayılı)*, Erişim: 25.06.2006, [http://www.calisma.gov.tr/birimler/sgk\\_web/html/sosyalsigvegensagsigkanunu.doc](http://www.calisma.gov.tr/birimler/sgk_web/html/sosyalsigvegensagsigkanunu.doc)

<sup>50</sup> *Cumhurbaşkanı, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nu Onayladı (16.06.2006)*, Erişim: 25.06.2006, [http://www.dunyagazetesi.com.tr/news\\_display.asp?upsale\\_id=267065](http://www.dunyagazetesi.com.tr/news_display.asp?upsale_id=267065)



sisteminden kaynaklanan açıkların gerektiğinde devletçe karşılanması, insan onuruna yaraşır asgari yaşam düzeyinin sağlanması, herkese çalışma olanağı yaratılması, çalışanlara adaletli ve dengeli ücret verilmesi ve çalışamayacak durumda olanların sosyal güvenlik önlemleri ile korunmasını zorunlu kıldığı belirtilmiştir. Devletin, yurttaşlar için hak, kendisi için ödev olan sosyal güvenliği sağlama görevini yerine getirirken, sosyal sigortacılığın teknik gereklerine uygun kimi sınırlamalar yapsa da, sosyal güvenlik hakkını kullanılamayacak duruma getiren önlemler alamayacağı ve normal işleyen bir düzenden, riski Kurum yerine çalışanlar üzerine taşıyan bir sisteme geçmenin sosyal devlet ilkesiyle bağdaşmayacağı ifade edilmiştir<sup>51</sup>.

Kanunla, sigortalıların emeklilik imkanları zorlaştırılarak, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (bundan sonra kısaca Kurum olarak ifade edilecek) finansmanı güçlendirilemeye çalışılmıştır<sup>52</sup>. 9000 günlük prim ödeme gün sayısı yüksek bulunmuş ve 7000'de kalınması istenmiş; esnek çalışma biçimleri uygulanırken bu sürenin dolmasının, dolayısıyla emekli olmanın mümkün olamayacağı yorumları yapılmıştır.

#### **4.2.3.2.2. Genel Sağlık Sigortasıyla İlgili Hükümler**

Kanun'un GSS ile ilgili kısmını başlatan ilk madde olan 60. maddede, kimlerin genel sağlık sigortalısı sayılacağı sıralanmıştır. Buna göre; hizmet akdi ile bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılan, kamu idarelerinde hizmet akdi ile çalışması öngörülmemiş olan ve hizmet akdine bağlı olmaksızın kendi adına ve hesabına bağımsız çalışan sigortalılar, köy ve mahalle muhtarları, isteğe bağlı sigortalılar, sigortalı sayılmayanlardan yeşil kart verilen kişiler, vatansızlar ve sığınmacılar, 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Gücsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alanlar, şeref aylığı alanlar, vatani tertip aylığı alanlar, 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alanlar, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz yararlananlar, harp malulü aylığı alanlar ile

<sup>51</sup> Veto gerekçelerinin tamamı için bkz. *Cumhurbaşkanının Veto Gerekçeleri* (10.05.2006), Erişim: 11.05.2006, <http://www.memurlar.net/haber45060/>

<sup>52</sup> Saraç, a.g.m., s. 331.

Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlar, geçici köy korucuları, oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişiler, sosyal güvenlik kanunlarına göre gelir ve aylık bağlanmış olan kişiler, işsizlik ödeneğinden yararlananlar, bunların dışında kalan ve başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan kişiler, kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilenler, genel sağlık sigortalısı sayılacaktır.

#### **4.2.3.2.2.1. GSS'den Yararlanmanın Temel Koşulu: Prim**

Kurulması öngörülen GSS modeliyle tüm vatandaşlar sağlık güvencesi kapsamına alınmakla birlikte, sağlık yardımlarından yararlanmak prim ödenmesi koşuluna bağlı tutulmuştur<sup>53</sup>. Kanun'un 79. maddesinde GSS için Kurum'un prim almak, ilgililerin de prim ödemek zorunda olduğunun hükme bağlanmış olmasından, prim ödeyemeyenlerin hizmetten yararlanamayacağı anlamı rahatlıkla çıkmaktadır. Kanunun 80. maddesinde de, hizmet akdiyle çalışanlar ile kamu idarelerinde çalışan sigortalıların prime esas kazançlarının hesabında, özel sağlık sigortalarına ve bireysel emeklilik sistemine ödenen ve aylık toplamı asgari ücretin % 30'unu geçmeyen özel sağlık sigortası primi ve bireysel emeklilik katkı payları tutarlarının prime esas kazançta tabi tutulmayacağı ifade edilmiştir. Buna göre, belli bir oranın altında kalan özel sağlık sigortası ödemeleri söz konusu ise genel sağlık sigortası için ödenen prim miktarı azalacaktır. Yani, özel sağlık sigortasından yararlanmak isteyenler için prim ödeme yükümlülüğü yine de olacak; fakat indirim uygulanacaktır.

Kanun'a göre (md. 81) GSS primi, tüm sigorta kollarına tabi olanlar için %12,5 olup, sigortalı hissesi % 5, işveren hissesi % 7,5'tir. Devlet, GSS için % 3 oranında katkı yapar. Devletin katkısı, Kurum'un ay itibarıyla tahsil ettiği GSS priminin dörtte biri olarak hesaplanır. Sadece sağlık sigortası kapsamındakiler ile isteğe bağlı sigortalıların sağlık prim oranı % 12'dir. Mevcut düzende SSK ve Bağ-Kur mensupları prim ödemektedirler. Yeni düzenlemeyle, bugün prim sistemine tabi olmayan Emekli Sandığı kapsamındakiler için de aynı miktarda prim ödeme yükümlülüğü getirilmektedir.

---

<sup>53</sup> Saraç, a.g.m., s. 335.

Prim ödemeye gücü olmayanların -örneğin Yeşil Kart sahiplerinin- primleri ise, Sosyal Yardımlar ve Primsiz Ödemeler Kanun Tasarısı Taslağı'nda<sup>54</sup> yer alan “sosyal yardımların eşik değerinin ve yaşam düzeyinin hesaplanma şekli” başlıklı 8. maddesi çerçevesindeki yöntem doğrultusunda yapılacak belirlemeler sonrasında devlet tarafından karşılanacaktır. Böylece, belirlenen düzeyin üzerinde kalanlar prim ödemekle yükümlü olacaktır<sup>55</sup>. Yaşam düzeyinin, Kurum’ca çıkarılacak yönetmelik hükümlerine göre hesaplanacak olması belirsiz bir durum yaratmaktadır.

Kanun’a göre (md. 67.) sağlık hizmetlerinden yararlanmanın şartı; genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihten önceki son bir yıl içinde toplam 30 gün GSS prim ödeme gün sayısının olmasıdır. Mevcut durumda, SSK’lıların kendisi için ödenmesi gereken en az prim 90 gün, aile üyeleri için 120 gündür. İlk kez Bağ-Kur sigortalısı olanlar için bu süre 8 aydır. Emekli Sandığı iştirakçileri içinse, yardımlarından yararlanma karşılığında herhangi bir ek katkı (kesenek) alınmamaktadır. Dolayısıyla Kanun, SSK’lıların ve Bağ-Kur’luların sağlık yardımı şartı açısından olumlu iken; Emekli Sandığı üyeleri için sağlık yardımlarından yararlanma biraz zorlaştırılmaktadır<sup>56</sup>.

Kanun, sigortalının çocukları ve bakmakla yükümlü olduğu yakınlarının sağlık hizmetlerinden yararlanması konusunda da mevcut duruma göre farklı bir uygulama getirmiştir. Genel sağlık sigortalısı sayılanların çocuklarının, ana ya da babanın tescil edilmiş olmasına bakılmaksızın ve ayrıca bir işleme gerek olmaksızın 18 yaşına kadar genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi olarak sağlık hizmetlerinden yararlandırılacağı hükmü (madde 61) Kanun’la ilgili başka bir eleştiri noktasıdır. İşsizliğin yüksek olduğu ülke koşullarında, yaşını doldurduğu günden itibaren sigortalılığı sona eren kişilerin “sağlık yardımı”ndan yararlanamaması, bireylerin sağlıksız yaşam koşullarına terki olarak değerlendirilmiştir<sup>57</sup>. Adına prim ödensin veya ödenmesin 18 yaşından küçüklerin,

<sup>54</sup> *Sosyal Yardımlar ve Primsiz Ödemeler Kanun Tasarısı Taslağı*, Erişim: 25.06.2006, [http://www.calisma.gov.tr/birimler/sgk\\_web/html/sosyrpodekanuntasaritaslak.doc](http://www.calisma.gov.tr/birimler/sgk_web/html/sosyrpodekanuntasaritaslak.doc)

<sup>55</sup> Haluk Özseri (Kasım 2005), *Genel Sağlık Sigortası Sürecinde Geline Son Nokta*, Erişim: 02.01.2006, [http://www.tisk.org.tr/isveren\\_sayfa.asp?yazi\\_id=1280&id](http://www.tisk.org.tr/isveren_sayfa.asp?yazi_id=1280&id)

<sup>56</sup> Saraç, a.g.m., s. 335.

<sup>57</sup> *Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısına Yönelik SES Hukuk Bürosu Ön Raporu*, Erişim: 02.01.2006, <http://www.ses.org.tr/hukuk/4.htm>

sağlık hizmetlerinden ücretsiz faydalanması mümkün kılınmakla birlikte, kendilerinden katkı payı alınmayacağı konusunda bir hüküm bulunmamaktadır<sup>58</sup>.

Kanun'un 3. maddesinde; "18 yaşını, lise ve dengi öğrenim veya çıraklık eğitimi ile işletmelerde mesleki eğitim görmesi halinde 20 yaşını, yüksek öğrenim görmesi halinde 25 yaşını doldurmamış ve evli olmayan çocuklar ile yaşına bakılmaksızın malul olduğu tespit edilen evli olmayan çocuklar", genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişiler arasında sayılmaktadır. Başka bir deyişle, bu kişiler genel sağlık sigortası kapsamında olacaklardır. Buradan, yüksek öğrenim görmüş 25 yaşından büyük kız çocuklarının, kendisine bakmakla yükümlü kişinin sağlık sigortasından yararlanamayacağı anlamı çıkarılmaktadır. Bu durumda, söz konusu şartlardaki kız çocukları açısından bir an önce iş bularak kendi sigortalılıklarını başlatma ihtiyacı şiddetlenecektir.

#### **4.2.3.2.2.2. GSS ve Finansmanı Sağlanan Sağlık Hizmetleri**

Kanun'da (md. 63), önceki taslaklarında yer alanın aksine "temel teminat paketi" deyimini kullanılmamakla birlikte, "Finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri" adı altında aslında teminat paketi tanımlanmaktadır<sup>59</sup>. "Genel sağlık sigortalısının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlıklı kalmalarını; hastalanmaları halinde sağlıklarını kazanmalarını; iş kazası ile meslek hastalığı, hastalık ve analık sonucu tıbben gerekli görülen sağlık hizmetlerinin karşılanmasını, iş göremezlik hallerinin ortadan kaldırılmasını veya azaltılmasını temin etmek amacıyla Kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri" olarak şunlara yer verilmiştir:

a) Kişilerin hastalanmalarına bakılmaksızın kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile insan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri,

b) Kişilerin hastalanmaları halinde ayakta veya yatarak; hekim tarafından yapılacak muayene, hekimin göreceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbi müdahale ve tedaviler, hasta takibi ve rehabilitasyon

<sup>58</sup> Sosyal Güvenlik Reformu Tartışmaları (19.04.2006),  
Erişim: 19.04.2006, <http://www.memurlar.net/haber/43616/>

<sup>59</sup> Özşarı, *Genel Sağlık Sigortası...*, a.g.m., [http://www.tisk.org.tr/isveren\\_sayfa.asp?yazi\\_id=1280&id](http://www.tisk.org.tr/isveren_sayfa.asp?yazi_id=1280&id)

hizmetleri, organ, doku ve kök hücre nakline yönelik sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, ilgili kanunları gereğince sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbi bakım ve tedaviler,

c) Analık sebebiyle ayakta veya yatarak; hekim tarafından yapılacak muayene, hekimin göreceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik muayeneler, doğum, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbi müdahale ve tedaviler, hasta takibi, rahim tahliyesi, tıbbi sterilizasyon ve acil sağlık hizmetleri, ilgili kanunları gereğince sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbi bakım ve tedaviler,

d) Kişilerin hastalanmaları halinde ayakta veya yatarak; ağız ve diş muayenesi, diş hekiminin göreceği lüzum üzerine ağız ve diş hastalıklarının teşhisi için gereken klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbi müdahale ve tedaviler, diş çekimi, konservatif diş tedavisi ve kanal tedavisi, hasta takibi, travmaya ve onkolojik tedaviye bağlı protez uygulamaları, ağız ve diş hastalıkları ile ilgili acil sağlık hizmetleri, 18 yaşını doldurmamış kişilerin ortodontik diş tedavileri ile 18 yaşını doldurmamış veya 45 yaşından gün almış kişilerin diş protezlerinin tutarının % 50'si,

e) Evli olmakla birlikte çocuk sahibi olmayan genel sağlık sigortalısı kadın ise kendisinin, erkek ise karısının bazı öngörölmüş bazı şartlarla yardımcı üreme yöntemi tedavileri,

f) Sağlanacak sağlık hizmetleriyle ilgili teşhis ve tedavileri için gerekli olabilecek kan ve kan ürünleri, kemik iliği, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbi araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbi cihaz, tıbbi sarf, iyileştirici nitelikteki tıbbi sarf malzemelerinin sağlanması, takılması, garanti süresi sonrası bakımı, onarılması ve yenilenmesi hizmetleridir.

Kanunun 63. maddesinde, genel sağlık sigortalısı sayılma şartlarının yitirilmesi halinde, devam etmekte olan tedavi nedeniyle sağlanacak sağlık hizmetlerinin kişinin iyileşmesine kadar süreceği hükmüne yer verilmiştir.

Estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmeti ile estetik amaçlı ortodontik diş tedavileri ve Sağlık Bakanlığı'nca izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri ile Sağlık Bakanlığı'nca tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetleri

(örneğin, alternatif tıp uygulamaları), Kurum’ca sağlanmayacak hizmetler olarak sayılmıştır (madde 64).

Kurum’un, finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin türlerini, miktarlarını ve kullanım sürelerini Sağlık Bakanlığı’nın görüşünü alarak belirlemeye yetkili olması ve bu konulara ilişkin usul ve esasların, Sağlık Bakanlığı ile birlikte çıkaracağı yönetmelikle düzenlenecek olması kaygı uyandıran bir noktadır. Çünkü, Kanun kapsamında zorunlu sigortalı bir kimsenin yararlanacağı edimler, Kurum’un takdirine bırakılmıştır. Özel sigortalarda dahi, güvence konusu riskler ve sağlanan edimler poliçeyle belirlenerek, kayıt altına alınmaktayken; Kurum’a çok geniş bir takdir yetkisi tanınmış olması uygun bulunmamaktadır<sup>60</sup>.

Kanun’un veto gerekçelerinde, dış protez giderleri ile ilgili olarak da sosyal devleti ilkesi çerçevesinde yapılan itirazlar dikkati çekmektedir. Dış protez giderlerinin 18-45 yaş arasında Kurum’ca ödenmeyeceği, 18 yaşını doldurmamış olanlar ile 45 ve yukarı yaşlarda ise yalnızca % 50’sinin ödeneceğine ilişkin kanun kuralının, Anayasa’nın sosyal devlet ilkesi, sosyal güvenlik hakkı ve 56. maddesindeki devletin “herkesin yaşamını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak” yükümlülüğü ile bağdaşmadığı vurgulanmaktadır. Gerekçeye göre, Anayasa’nın 65. maddesinde, devletin, sosyal ve ekonomik alanlarda Anayasa ile belirlenen görevlerini, mali kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde yerine getireceği belirtilmiştir.

Kanun’un 65. ve 66. maddelerinde, Sağlık Bakanlığı’nın uygun görüşü üzerine, yurt içinde tedavisi mümkün olmadığı tespit edilen kişilerin, sağlık hizmetlerinin yurt dışında sağlanacağı; hekimin veya dış hekiminin göreceği lüzum üzerine genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yurtdışı dahil yerleşim yeri dışına yapılan sevklerinde, kendisinin ve bir kişiyle sınırlı olmak üzere refakatçisinin yol gideri ve gündeliklerinin karşılanacağı hükümleri yer almaktadır.

---

<sup>60</sup> Saraç, a.g.m., s. 336.

#### 4.2.3.2.2.3. GSS ve Katkı Payı

Kanun'un 68. ve 69. maddelerine göre iş kazası ile meslek hastalığı halleri, afet ve savaş hali nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri, aile hekimi muayeneleri ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmek şartıyla; Kurum'ca belirlenen kronik hastalıklar ve hayati önemi haiz ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri ile organ nakilleri, kontrol muayeneleri dışında; ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi, ayakta tedavide sağlanan ilaçlar, ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri için katkı payı alınacaktır.

Katkı payının, ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi için 2 YTL olarak uygulanacağı; ilaç, protez ve araç-gereçlerinin gereksiz kullanımının azaltılması, sağlık hizmetlerinin niteliği itibariyle hayati öneme sahip olup olmaması, kişilerin prime esas kazançlarının, gelir ve aylıklarının tutarı ve benzeri ölçütlerin dikkate alınarak % 10-% 20 oranları arasında olmak üzere Kurum'ca belirleneceği belirtilmiştir.

Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi için belirlenen katkı payının, birinci basamak sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayenelerde almamaya ya da daha düşük tutarlarda belirlemeye de Kurum'un yetkili olduğu ayrıca ifade edilmiştir. Kurum'a katkı payı belirleme konusunda da geniş bir takdir yetkisi verildiği açıktır. Ancak, Kurum'un dayanacağı ölçütlerin büyük ölçüde subjektif nedenler olması, sigortalıların aleyhine yine belirsizlik yaratıcı bir düzenleme olarak görülmektedir<sup>61</sup>. Madde 69'da hem aile hekimi muayeneleri ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri için katkı payı alınmayacağı belirtilmiş olması, hem de madde 68'de, birinci basamak sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayenelerde katkı payı alınmamasından ya da daha düşük tutarlarda belirlemesinden bahsedilmesi bir çelişkinin varlığını göstermektedir. Gereksiz kullanımlar engellenmek istenirken, gerekli kullanımın da engellenmesi ve katkı payı ödeyemeyenlerin sağlık hizmetinden yararlanamaması gibi bir sakıncaya da ortam hazırlanmaktadır.

Madde 68'de, ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri için ödenecek katılım payı tutarının, sağlık hizmetinin alındığı tarihteki asgari ücretin % 75'ini

---

<sup>61</sup> Saraç, a.g.m., s. 336.

geçemeyeceği ifade edilmiştir. Katkı paylarının aile hekimleri tarafından başlatılan sevk zincirine uyulmadan, diğer basamaktaki sağlık hizmeti sunucularına doğrudan müracaat halinde % 50 oranında arttırılarak uygulanacağı, 12. geçici maddede de, sevk zincirine uyulduğu takdirde, katkı paylarının üç yıl süreyle % 50 oranında azaltılarak uygulanabileceği belirtilmektedir.

Yeşil Kart sahipleri, vatansızlar ve sığınmacılar ile 65 yaşını doldurmuş muhtaç, güçsüz ve kimsesizlere katkı payı alınmayacak kişiler içinde yer verilmeyip; bu kişilerin *talepleri halinde* ödemiş oldukları katkı paylarının geri ödeneceğinin belirtilmesi ilginç bir noktadır. Bu kişilerin zaten talepkâr olacağı belli iken bunun ayrıca bu şekilde hükme bağlanmış olması pek mantıklı değildir. Ayrıca sağlık yardımı eşik değerinin altında kalanlardan katılım payı alınmaması konusunda da bir düzenleme bulunmamaktadır.

Kullanıcı katkılarını, hakkaniyet ilkesini zedelediği için sağlık hizmetlerinde en tehlikeli özelleştirme biçimi olarak değerlendiren görüşler bulunmaktadır. Kullanıcı katkılarının beraberinde teminat paketinin, yani sağlanan faydaların, mümkün olduğunca daraltılması riskini zamanla getirebileceği ve sosyal devlet anlayışının sürdürülebilirliğini sağlamayacağı, bu nedenle kullanıcı katkılarında muafiyetlerin çok net bir biçimde tanımlanması ve istinasız uygulanması gerektiği dile getirilmiştir<sup>62</sup>. Bu bağlamda, Dünya Bankası'nın, kamu tarafından ücretsiz sağlanan sağlık hizmetlerinin kullanıcı ödentisiyle sağlanmasının verimliliği arttırdığı iddiasına rağmen; uygulamada beklenenin gerçekleşmediğinin ve hizmeti kullanma sırasında yoksulların zenginlerden daha fazla ödediğinin saptandığına<sup>63</sup> dikkat çekilmektedir.

Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu'nun, sağlanan sağlık hizmetlerinin ve ödenecek gündelik, yol, yatak ve yemek giderlerinin Kurum'ca ödenecek bedellerini belirlerken; sağlık hizmetlerinin maliyeti, devletin sağlamış olduğu sübvansiyonlar, sağlık hizmetinin niteliği itibariyle hayati öneme sahip olup

<sup>62</sup> H. Hüseyin Yıldırım (29.12.2004), *Genel Sağlık Sigortası (GSS) Kanunu Tasarı Taslağı: Eleştirel Bir Sorgulama*, Erişim: 04.03.2006, [http://www.absaglik.com/GSS\\_elestiri.pdf](http://www.absaglik.com/GSS_elestiri.pdf), ss. 1-4, s. 2-3.

<sup>63</sup> Kayıhan Pala, *Sağlıkta Dönüşüm Programı Ne Getiriyor, Ne Götürüyor*, Erişim: 24.03.2006, [http://www.ftb.org.tr/udkk/x\\_tuek/SUNUMLAR/01\\_doc\\_dr\\_kayihan\\_pala\\_saglikta\\_donusum\\_programi\\_ne\\_getiriy.pps](http://www.ftb.org.tr/udkk/x_tuek/SUNUMLAR/01_doc_dr_kayihan_pala_saglikta_donusum_programi_ne_getiriy.pps)



olmaması, maliyet-etkililik ölçütleri, genel sağlık sigortası bütçesi kriterlerinin yanı sıra sağlık hizmetinin sunulduğu il ve basamağın da dikkate alınacağı belirtilmiştir (madde 72). Buradan, sağlık hizmeti bedellerinin, her il için ayrı ayrı belirleneceği; yani muayene, ameliyat, enjeksiyon ücretinin her ilde farklı olabileceği anlamı çıkarılmaktadır<sup>64</sup>.

#### 4.2.3.2.2.4. GSS ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Kanun'a göre (md. 73) sağlık hizmetleri Kurum ile yurt içindeki veya yurt dışındaki sağlık hizmeti sunucuları arasında yapılan sözleşmeler yoluyla sağlanacaktır. Sağlık hizmeti satın alma sözleşmelerinin hazırlanması ve akdedilmesi, sağlık hizmeti giderlerinin ödenmesi ve bu maddenin uygulanmasına ilişkin diğer usul ve esaslar Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenecektir. Sağlık hizmetinin finansmanının prim ve katkı payı ile sağlanması ve sözleşme yoluyla sağlık hizmeti satın alınan sağlık hizmeti sunucusunun gerçek kişi ve kamu tüzel kişilerinin yanı sıra özel hukuk kişisi de olabileceği birlikte değerlendirildiğinde, sağlık hizmetlerinde hedefin özelleştirme olduğu görülmektedir<sup>65</sup>.

Kurum'un, sağlık hizmetlerini kamuya bağlı olsa bile fiyatlarını kendileri belirleyebilecek özerk hastanelerle özel sağlık kurumlarından alması halinde çok ciddi bir kaynak transferi ile karşılaşacağı ve bu durumun kapatılması amaçlanan yeni Kurum açıklarına yol açacağı, bu açıkların da genel bütçeden karşılanması sonucunu doğuracağı ileri sürülmektedir. Kanun'la, devletin, kendi sağlık kurumlarıyla yerine getirmesi gereken hizmetleri, satın almak yoluyla ticari kurumlara devrettiği, Kurum'a giderek ticari bir anlayışın egemen olması ve sonuçlarının sigortalılara sunulacak hizmetlerdeki nitelik ve nicelik bakımından olumsuz etki göstermesinin olası olduğu belirtilen görüşler arasındadır<sup>66</sup>.

<sup>64</sup> Şükrü Kızılot (01.05.2006), *Hastalanınca Hastaneye Gidilmeyecek*, Erişim: 01.05.2006, <http://hurarsiv.hurriyet.com.tr/goster/haber.aspx?id=4341373&tarih=2006-05-01>

<sup>65</sup> *Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısına Yönelik SES Hukuk Bürosu Ön Raporu*, Erişim: 02.01.2006, <http://www.ses.org.tr/hukuk/4.htm>

<sup>66</sup> Saraç, a.g.m., s. 337.

Yine 73. maddede, acil hallerde ve bu haller dışında, sözleşmeli ve sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularına başvuru durumlarında sigortalının ve Kurum'un karşılayacağı gider oranlarına yer verilmiştir. Buna göre, acil hallerde sözleşmeli bir sunucuya başvurulması durumunda giderleri Kurum karşılayacak, sözleşmesiz sunucuya başvurulması durumunda ise, sigortalıya fatura karşılığı bedelin % 70'i ödenecektir. Eğer acil bir durum olmaksızın, sevk zincirine uyulmadan sözleşmeli sağlık sunucusuna başvurulursa, sağlık hizmeti bedelinin %30'u sigortalı tarafından ödenecek; sözleşmesiz sağlık sunucusuna başvurulursa bedelin % 50'si sigortalı tarafından ödenecektir. Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucuları, acil hallerde genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden veya Kurumdan herhangi bir fark talep edemeyecektir. Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları da, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden sözleşmeli olduğu sağlık hizmetleri için ,otelcilik hizmetleri ile öğretim üyesi tarafından sağlanan sağlık hizmetleri dışında, herhangi bir fark ödemesi talep edemeyecektir. Kanun, söz konusu farkın alınabilmesi için, kişilerin fark ödemeyi kabul ettiğinin yazılı olarak belgelenmesi zorunluluğunu getirmiştir.

Kanun'un 77. maddesine göre, genel sağlık sigortalıları ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler, sağlık hizmeti sunucuları arasından, GSS ile ilgili diğer madde hükümlerine (örneğin madde 70'deki sevk zinciri kuralına) uymak şartıyla istediğini seçme hakkına sahiptir. Ancak, sunucunun hangisi olduğu konusunda (örneğin; devlet hastanesi, üniversite hastanesi, vakıf hastanesi, özel hastane vb.) yapılmış bir belirleme bulunmamaktadır. Hastaneler arasında, zincirin ikinci ve üçüncü aşaması olarak bir sınıflama yapılması da gündemdedir. Bu sınıflama sırasında, apartman dairelerine sıkıştırılmış özel hastaneler ile on milyonlarca dolarlık yatırım yapılarak, nitelikli kadro ve modern cihazlarla donatılmış hastaneler arasında, bir ayırım yapılması da söz konusudur<sup>67</sup>.

Sevk zincirine uyulması halinde, istenilen sağlık sunucusunun nasıl tercih edilebileceği konusunda bir belirsizlik bulunmaktadır. Örneğin, sevk edilecek sunucuyu aile hekiminin belirlemesi halinde böyle bir tercih mümkün olmayacaktır.

---

<sup>67</sup> Kızılot, a.g.m.,  
<http://hurarsiv.hurriyet.com.tr/goster/haber.aspx?id=4341373&tarih=2006-05-01>

Aile hekiminin, sigortalının istediği sunucuya sevk yapması halindeyse tercih yapma hakkı gerçekleşmiş olacaktır. Ayrıca, sevk zincirine uymadan sağlık hizmeti sunucusuna gidilmek istendiğinde sigortalının önüne bedelin belli bir yüzdesini ödeme sorumluluğu çıkarılmakta, dolayısıyla sağlık sunucusu seçimi bir ölçüde engellenmiş olmaktadır.

Kanun'la getirilmiş olan (md. 88), Kurum'a fiilen ödenmeyen prim tutarlarının gelir vergisi ve kurumlar vergisi uygulamasında gider yazılmayacağına ilişkin hüküm tersten okunduğunda, ödenen primlerin gider yazılacağı anlamı yakalanmaktadır. Bu hüküm, devletin bir eliyle aldığını, bir eliyle geri vermesi ve ücretliler karşısında işverenlere yapılan bir ayrımcılık şeklinde yorumlanmaktadır. Durumun, aynı zamanda genel bütçe vergi gelirlerinden herhangi bir indirimle gidilmeden sağlık hizmetlerinin karşılanabileceğine işaret ettiği de ileri sürülmüştür<sup>68</sup>.

#### **4.2.3.2.2.5. GSS Üzerine Yorumlar:**

Tüm vatandaşlar için eşit, aynı standartta, ayrımcılığa son verecek şekilde tasarlanan GSS Sistemi'nin, yolsuzlukların da önlenmesinde en önemli araç olacağı; kurulacak bilgi işlem altyapısı ve elektronik provizyon sisteminin sağlık ödemeleri ile ilgili kişi bazında, zamanında ve doğru veri elde edilmesini sağlayacağı ve yolsuzlukların önlenmesinde çok önemli rol üstleneceği ileri sürülmektedir<sup>69</sup>. Genel Sağlık Sigortası yürürlüğe girdiğinde, özellikle ilk kez çıkarılmasında sigortalıların zorluklar yaşadığı sağlık karnelerinin kaldırılarak, yerine bilgilere online ulaşmayı sağlayacak kredi kartı benzeri "sağlık kartları"nın kullanılacağı belirtilmektedir. Ne zaman dağıtılmaya başlanacağı henüz kesinlik kazanmamakla birlikte, kartların çipli ve fotoğraflı olması; kişilerin kan grupları, önceki tedavileri, aldıkları ilaçlar, alerji ya da kronik rahatsızlığı gibi bilgilere online ulaşmayı ve ilaçları kağıt dolaştırılmadan eczanelerden almayı sağlaması beklenmektedir. Hasta mahremiyeti

---

<sup>68</sup> *Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısına Yönelik SES Hukuk Bürosu Ön Raporu*, Erişim: 02.01.2006, <http://www.ses.org.tr/hukuk/4.htm>

<sup>69</sup> *Sosyal Güvenlik Reformu: Sıkça Sorulan Sorular*, Erişim: 26.04.2006, [http://www.calisma.gov.tr/birimler/sgk\\_web/html/ssscevapsaglik.html#y4](http://www.calisma.gov.tr/birimler/sgk_web/html/ssscevapsaglik.html#y4)

için sağlık kartlarındaki bilgilerin, sağlık kuruluşlarındaki belli birimlerce görülecek şekilde oluşturulması da hedefler arasındadır<sup>70</sup>.

1981 Anayasası'nın 56. maddesindeki "Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir" hükmü kendisine dayanak gösterilen GSS Sistemi'nin Türkiye'de uygulanma güçlüğü hakkında genel bir kanı bulunmaktadır. Bu güçlüğü temel nedenleri olarak; SSK ve Bağ-Kur'dan düzenli prim toplamada çekilen zorluklar, yüksek işsizlik oranı (% 10), kayıt-dışı istihdam (yaklaşık 11 milyon kişi, ekonominin % 60'ı), kendi hesabına çalışanlar ile tarım kesiminde çalışanların kayıt altına alınmasındaki güçlükler, güvenilir bir veri-kayıt sisteminin bulunmayışı, gelir dağılımındaki adaletsizlik, tarım işinin çokluğu, sağlıkla ilgili sosyal güvencesi olmayan nüfus oranının yüksekliği (% 32,5-farklı veriler de bulunmakta) sayılmaktadır<sup>71</sup>.

Dünyada GSS finansmanı, İngiltere ve İtalya'da olduğu gibi, genel bütçeden vergilerle; Almanya, Fransa, Belçika'da olduğu gibi nimet-külfet dengesi içinde prim toplanarak da karşılanabilmektedir<sup>72</sup>. GSS'nin sigorta yoluyla prim esasına dayalı olarak çalışmasını savunular, bunun tek gerçekçi ve devlete yük getirmeyecek sistem olduğunu savunmaktadırlar. Hazine kaynaklarına dayalı bir sistemi savunular ise, özikleşme ve özelleşmeyle birlikte primli sigorta sistemine karşı çıkmaktadırlar. Sağlık hizmeti verme görevinin, devletin vazgeçemeyeceği ve sosyal devlet anlayışı uyarınca sağlık hizmetlerinin devletin teminatı altındaki bir görev olması gerektiğini savunmaktadırlar. Bu nedenle, herkesi kapsayacak bir sağlık sisteminin kurulmasının ve bu sistemde yapılacak tüm harcamaların hazineden karşılanmasının ülke şartlarına uygun, tek rasyonel ve adil sistem olduğunu iddia etmekte; tek yolmuş gibi sürekli sigorta sistemi üzerinde odaklanılmasını eleştirmektedirler<sup>73</sup>.

İtalya, Portekiz, Yunanistan ve İspanya gibi ülkelerin sosyal sigorta ile toplumun tümünü kapsayan bir sistemi gerçekleştiremedikleri ve vergiye dayalı

---

<sup>70</sup> Sağlık Karnesi Çipli Kart Oluyor (15.05.2006),  
Erişim: 15.05.2006, <http://www.memurlar.net/haber/45314/>

<sup>71</sup> Pala, *Sağlıkta Dönüşü Programı*..., a.g.m.  
[http://www.ttb.org.tr/udkk/x\\_tuek/SUNUMLAR/01\\_doc\\_dr\\_kayihan\\_pala\\_saglikta\\_donusum\\_programi\\_ne\\_getiriy.pps](http://www.ttb.org.tr/udkk/x_tuek/SUNUMLAR/01_doc_dr_kayihan_pala_saglikta_donusum_programi_ne_getiriy.pps)

<sup>72</sup> Oral, a.g.e., s. 257.

<sup>73</sup> Sargutan,, a.g.e., s. 125, 131.

sisteme geçmeye çalıştıkları bilinmektedir. Sosyal sigortanın iyi işlediği iddia edilen ülkelerden Almanya'nın sağlık hizmetlerinin finansmanında yaşadığı ciddi sıkıntıları aşabilmek için teminat paketlerinin kapsamını daraltma eğilimine girmesi (örneğin; yetişkin ağız ve diş sağlığı paket kapsamından çıkarılmış, cepten veya özel sağlık sigortaları aracılığı ile karşılanması öngörülmüş) söz konusudur. İngiltere'de tedavisi pahalı olan hastalıkların (kanser gibi) paket dışında olduğu ve Belçika'nın sosyal sigorta sistemindeki devletin sübvansiyonunu arttırarak sorunu aşmaya çalıştığı da ayrıca bilinmektedir. Tüm bu gerçeklere rağmen Türkiye'de prime dayalı GSS'nin nasıl gerçekleştirilebileceği tartışma konusu olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin özel sağlık sigortası ile finansmanının sağlanmasının kötü bir öneri olduğu, kişi başına yılda 4400 doların üzerinde sağlık harcaması yapılan ABD'nin sağlıkla ilgili göstergelerinin, kişi başına yılda 169 dolar sağlık harcaması yapılan Küba ile yaklaşık olarak aynı olması örnek gösterilerek açıklanmaktadır<sup>74</sup>.

Diğer tüm kamu hizmetlerinde olduğu gibi, sağlık hizmetinin de bir bedelinin olması; toplanan vergiler diğer kamu harcamalarına dahi yetmezken, yılda yaklaşık 15 milyar doları içeren harcamanın vergilerle ödenmesinin mümkün görünmemesi, prim sisteminin tercih edilme nedeni olarak gösterilmektedir. Bu görüşe göre, sağlık harcamalarının genel vergiler yerine primle finanse edilmesinin en önemli yararı, devletin bu sayede her yıl % 12,5 oranında geliri sadece sağlık harcamaları için garanti etmesidir. Aksi takdirde her yıl bütçe görüşmelerinde sağlığa genel bütçeden ayrılan pay tartışma konusu olacaktır<sup>75</sup>. Bu savunuların yanı sıra, GSS'nin genel vergilerle finans yöntemi yerine primli, yani ek vergi getiren sistem üzerine oturtulmasının, ya vergi miktarının sürekli artacağı ya da sunulan hizmet miktarının azalacağı bir kıskaç içine girilmesine neden olacağı, eşitlikçi olmayan, ulaşılabilirliği azaltan bir ortam yaratacağı şeklinde farklı savunular da ortaya konmaktadır<sup>76</sup>.

---

<sup>74</sup> Pala, "Sağlık'ta Yeni...", a.g.m., <http://www.medikalbakis.net/4/say10.htm>; *Sağlıkta Dönüşüm ve Kamu Reformu*, Erişim: 16.12.2005, <http://www.ses.org.tr/basinaciklamalari/40.htm>

<sup>75</sup> *Sosyal Güvenlik Reformu: Sıkça Sorulan Sorular*, Erişim: 26.04.2006, [http://www.calisma.gov.tr/birimler/sgk\\_web/html/ssscevapsaglik.html#y4](http://www.calisma.gov.tr/birimler/sgk_web/html/ssscevapsaglik.html#y4)

<sup>76</sup> Eriş Bilaoğlu, "Sağlık Nereye", **Özgür Üniversite Forumu**, Sayı: 26-27, Nisan-Eylül 2004, s. 73.

Prime dayalı GSS'nin uygulanması halinde karşılaşılması beklenen güçlü olasılıklar ve riskler, başka bir deyişle GSS'nin sakıncaları olarak şunlar ifade edilmektedir<sup>77</sup>:

i) Kırsal kesimden de prim toplanmasına rağmen yatırımların ağırlıklı olarak kentsel kesime yapılması,

ii) Yüksek teknoloji kullanımının teşvik edilmesi,

iii) Tedavi hizmetlerinin koruyucu hizmetlerin önüne geçmesi,

iv) Yeni sigortalanacak kesimin doğuracağı ek masraflar,

v) Yönetmelik maliyetlerin artması ve GSS'nin hizmet satın almaya dayalı bir sistem olması nedeniyle sağlık hizmetlerinin pahalılaşması ve bu durumun hem vatandaşın cebinden fazla para çıkmasına, hem de devletin bütçeden ayırdığı payın artmasına yol açması,

vi) Primini ödeyemeyenin hizmetten yararlanamayacak olması,

vii) Kayıt-dışı ekonomi yok edilmeden, prim toplamaya dayalı bir sağlık sigortası sistemine geçmenin, primin yalnızca geliri bilinen kişilerden toplanmasına yol açması ve bunun da hem gelir dağılımını daha çok bozması hem de sağlıkta eşitsizlikleri arttırması.

### 4.3. Aile Hekimliği Uygulaması

#### 4.3.1. Tanım

Aile hekimliğinin gelişmesi ve yaygınlaşması 1950'lerde başlamıştır. İngiltere'de genel pratisyenliği geliştirmek amacıyla 1952 yılında Genel Pratisyenler Koleji'nin kurulması önemli adımlardandır. Mezuniyet sonrası ortalama 3 yıllık eğitimi gerektiren birinci basamak uzmanlığı, bugün dünyanın birçok ülkesinde farklı finansman modelleriyle birlikte uygulanmaktadır<sup>78</sup>.

1974 yılında Hollanda Leuvenhorst'te düzenlenen İkinci Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi Toplantısı'nda yapılan evrensel tanıma göre aile hekimi, özgün uzmanlık eğitimi almış olduğu birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yaş, cins

<sup>77</sup> Osman Hayran, "Genel Sağlık Sigortası Çözüm Olabilir mi?", **Toplum ve Hekim**, Mart 1992, ss. 31-33, s. 32; Soyer, Yazgan ve diğerleri, a.g.m., [http://www.ttb.org.tr/s\\_donusum/index.htm](http://www.ttb.org.tr/s_donusum/index.htm)

<sup>78</sup> *Aile Hekimliğinin Tarihçesi*, Erişim: 03.01.2006, <http://www.tahud.org.tr/modules/dernek/?p=tarihce>

ve hastalık ayrımı yapmaksızın, kişilere, ailelere ve kendine bağlı topluluğa kişisel, sürekli sağlık hizmeti veren uzmanlaşmış tıp doktorudur.

Aile Hekimliği ve Genel Pratisyenlik terimleri, dünyada eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Türkiye’de ise pratisyen hekim terimi, tıp fakültesinden sonra uzmanlık eğitimi almamış hekim için kullanılmaktadır. WHO Avrupa Bölge Ofisi’nin 1995 tarihli “Avrupa’da Genel Pratisyenlik/Aile Hekimliği Rehberi” adlı dokümanında da bu konuya işaret edilmektedir. Bu dokümanda Aile Hekimliği/Genel Pratisyenliğin özellikleri şöyle sıralanmıştır<sup>79</sup>:

- a) Yaş, cinsiyet, sosyal sınıf, ırk veya dine bağımlı olmaksızın herkesi kapsamı,
- b) Kolay ulaşılabilir olması,
- c) Tedavi ve rehabilitasyonun yanında sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesini de içeren entegre bir uygulama olması,
- d) Hastalığın bir devresi ile sınırlı kalmayıp, bireyin sağlıklı dönemleri dahil tüm yaşamını kapsamı, yani sürekli bir hizmet olması
- e) Bir ekip çalışması gerektirmesi,
- f) Bireylerin, aileler ve toplumun sağlık sorunlarını, fiziksel, psikolojik ve sosyal açılardan değerlendirmesi,
- g) Hastalık merkezli olmaktan çok, birey merkezli olması
- h) Aile yönelimli olması,
- ı) Toplum yönelimli olması ve kişiyi sosyal çevresi ile içinde bulunduğu toplum ve o toplumun sağlık sorunları bütününde değerlendirmesi,
- i) Bireylerin başka bir uzman hekime sevkî söz konusu olduğunda koordinatör görevi üstlenerek hasta için en uygun koşulları sağlaması,
- j) Her zaman hastanın yanında ve tarafında olması; tüm hasta-hekim ilişkilerinde gizlilik koşullarına uyulmasıdır.

Türkiye’de aile hekimliği kavramı seksenli yıllarda gündeme gelmiştir ve 1983 yılında Aile Hekimliği Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde yer almıştır. 1984 yılında ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde

---

<sup>79</sup> Olgun Göktaş, *Aile Hekimliğinin Türkiye ve Dünyada Gelişimi*, Erişim: 08.10.2004, <http://www.medikalbakis.net/1/say22.htm>

kurulmuştur. 1985 yılından itibaren Ankara, İstanbul ve İzmir’de eğitim veren devlet hastanelerinde aile hekimliği uzmanları yetiştirilmeye başlanmıştır<sup>80</sup>. VI. Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda (1990-1994) yer verilen aile hekimliği, I.Ulusal Sağlık Kongresi’nde (23-27 Mart 1992) Sağlık Bakanlığı’nca birinci basamak sağlık örgütlenmesi modeli olarak sunulmuştur. Modelde aile hekimliği uygulaması yalnızca kentler için düşünülmüş, kırsal bölgelerde ise 224 sayılı kanunun getirdiği düzenin sürdürülmesi önerilmiştir. 1996 yılı sonunda hazırlanan kanun tasarısı taslağında ise böyle bir ayırım yapılmadığı gibi Sağlık Ocaklarından da hiç söz edilmemiştir; yani aile hekimliği bu kez tüm Türkiye için önerilmiştir; fakat tasarı kanun haline gelememiştir<sup>81</sup>.

#### **4.3.2. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun**

Aile hekimliği ile ilgili çalışmalar, 2004’ün Kasım ayında 5258 sayılı *Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun*’un<sup>82</sup> kabul edilmesiyle bir adım daha öteye götürülmüştür. Kanun’da (md.2), evrensel tanımla uyumlu biçimde aile hekimi; “kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekanda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığı’nın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabip” olarak tanımlanmıştır.

GSS’ye ilişkin kanunda aile hekiminin aynı zamanda Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşme yapan hekim olduğuna yer verilmiştir. Kanun’un 5. maddesine göre, aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde kişilerin aile hekimine kaydının yapılacağı ve acil hallerle mücbir sebepler dışında, hangi sosyal güvenlik kuruluşuna tabi olunursa olunsun, aile hekiminin sevki olmaksızın sağlık kurum ve kuruluşlarına müracaat edenlerden katkı payı alınacaktır. Aynı maddede, Bakanlıkça belirlenen süre (en az 6 ay) sonunda kişilerin aile hekimlerini değiştirebileceği; her bir aile

<sup>80</sup> *Aile Hekimliğinin Tarihçesi*, Erişim: 13.01.2006, <http://www.tahud.org.tr/modules/dernek/?p=tarihce>

<sup>81</sup> İlker Belek, “Türkiye Aile Hekimliği Modeli: ‘Herkes İçin Sağlık’ Perspektifli Bir Değerlendirme”, **Toplum ve Hekim**, Cilt: 12, Sayı: 78, Mart-Nisan 1997, ss. 8-17, s. 8-9.

<sup>82</sup> *Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun (2004 tarih ve 5258 sayılı)*, Erişim: 09.12.2004, <http://www.istabip.org.tr/yasa/ailehekim.html>



hekimini için kayıtlı kişi sayısının asgari 1000, azami 4000 olduğu ve aile hekimliği hizmetlerinin ücretsiz olduğu hükme bağlanmıştır.

Kanun'un 3. maddesi uyarınca, aile hekimini ve aile sağlığı elemanlarının durumları ve aile hekimliği uzmanlık eğitimi almış olup olmadıkları da dikkate alınmak suretiyle yapılacak ödeme tutarlarının tespitinde; çalıştığı bölgenin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyini, aile sağlığı merkezi giderleri, tetkik ve sarf malzemesi giderleri, kayıtlı kişi sayısı ve bunların risk grupları, gezici sağlık hizmetleri ile aile hekimini tarafından karşılanmayan gider unsurları gibi kriterler esas alınır. Bu bağlamda aile hekimlerine, prim usulüne göre kendilerine kayıt olan kişi başına ek bir ücret; mahrumiyet bölgesi ya da taşrada çalışmasına göre yüksek prim; ihtiyaç duyulan tetkiklerin yerel sağlık idarelerinin gösterdiği laboratuvarlarda yaptırılması ve bu tetkikler için gerekli sarf malzemelerinin temin edilmesi amacıyla yapılacak giderler karşılığı ödeme yapılacaktır.

Resmi Gazete'de 06.07.2005 tarihinde yayımlanan *Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik*'te<sup>83</sup>; aile hekiminin, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek, hizmet içi eğitimlerini sağlamak ve Bakanlıkça yürütölen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürötmekle yükümlü olduğu belirtilmiştir. Kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp, kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini ekip anlayışı içinde sunacağı ifade edilerek, yetki ve görevleri sayılmıştır (5. md.). Aynı zamanda aile hekimliğinin sağlayacağı yararları da işaret eden söz konusu yetki ve görevler aşığıdaki gibidir:

- a) Çalıştığı bölgenin sağlık hizmeti planlamasının yapılmasında yerel sağlık idaresiyle işbirliği yapmak,
- b) Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları yerel sağlık idarelerine bildirmek,
- c) Kişiye yönelik rehberlik, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini vermek, önemli/sık görölen toplum

---

<sup>83</sup> *Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik (2005 tarih, No: 25867)*, Erişim: 16.12.2005, <http://www.istabip.org.tr/yasa/ailehekimyon.html>

sağlığı konularında kişilerin periyodik muayenelerini (meme kanseri, rahim kanseri taraması ve benzeri), ruh sağlığı ve yaşlı sağlığı hizmetlerini yerine getirmek,

d) İlk kayıta ev ziyareti ile kendisine bağlı kişilerin sağlık durumlarının tespitini yapmak,

e) Çalıştığı mekanda ve gerektiğinde (aile hekiminin ev ziyareti esnasında tespit ettiği evde takibi zorunlu özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kişilere) güvenliği sağlayıcı tedbirlerin alınması kaydı ile evde veya gezici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik birinci basamak koruyucu sağlık, tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek,

f) Bakanlıkça belirlenen ve uygulamaya konulan kişiye yönelik özel sağlık programlarını yürütmek,

g) Tanı ve tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirilen muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin koordinasyonunu yapmak,

h) Temel laboratuvar hizmetlerini vermek veya verilmesini sağlamak,

i) Verdiği hizmetler ile ilgili sağlık kayıtlarını tutmak ve gerekli bildirimleri yapmak,

j) İlk yardım ve acil müdahale hizmetlerini vermek veya verilmesini sağlamak,

k) Gerektiğinde kişiyi kısa süreli gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak,

l) Gerektiğinde aldığı uzmanlık eğitimi ve bu eğitim sırasında yaptığı rotasyonlar çerçevesinde hastayı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak,

m) Kronik hastalığı olan kişilerin gerekli sıklıkta takibini yapmak,

n) Özürlü kişilere yönelik sağlık hizmetlerini yürütmek,

o) Doğum öncesi, doğum sonrası loğusa ve bebeğe beraber izlem yapmaktır.

Yönetmelikte aile hekimliği pilot uygulamasına geçişte belli bir bölgede çalışacak aile hekimi sayısı ortalama 2500-3000 kişiye bir aile hekimi düşecek şekilde tespit edilmiştir. Yerel, idari, coğrafi ve nüfus özelliklerine göre 3000 kişinin üzerine çıkılmamasına ve 2500 kişinin altına inilmemesine özen gösterileceği ve her aile hekiminin yanında en az bir aile sağlığı elemanı da çalışacağı hükme

bağlanmıştır (md. 18). Yönetmeliğe göre (md. 22), aile hekimlerinin kullanmak zorunda oldukları teknik, tıbbi cihaz, bilgisayar donanımları ile kırsal alanda görev yapan aile hekimleri için gerekli olan motorlu aracın kendileri tarafından temin edilmesi söz konusudur. 14. ve 16. maddeler uyarınca, aile hekimlerinin ücretlendirilmelerinde esas alınacak performans değerlendirmelerinde, vermiş oldukları kişisel koruyucu sağlık hizmetleri ve sevk oranları dikkate alınır. Kanun'da da, Sağlık Bakanlığı'nca belirlenen standartlara göre, koruyucu hekimlik hizmetlerinin eksik uygulaması veya hasta sevk oranlarının yüksek olması halinde brüt ücretin % 20'sine kadar indirim yapılacağı belirtilmiştir (md. 3). Bu tür zorlamaları, koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi ve sevk sisteminin düzgün işlemesi için alınmış tedbirler olarak görmek mümkündür.

Resmi Gazete'de 12.08.2005'te yayınlanan *Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik*'te<sup>84</sup>, vali veya görevlendireceği merci ile imzalanan 1 yıl süreli sözleşmeyle çalıştırılacak olan aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının, görevleri dışında, bilimsel faaliyetler hariç olmak üzere mesleklerinin icrasından menfaat temin edemeyecekleri, hizmet akdi suretiyle veya esnaf veya tacir sayılmayı gerektiren herhangi bir faaliyette bulunamayacakları ifade edilmiştir (md. 6,7,8). Yine aynı yönetmelikte, aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının haftalık çalışma süresi kırk saat olarak tespit edilmekle birlikte, görev tanımlarında belirlenen nöbet, acil yardım hizmetleri, olağanüstü durumlarda yapacakları hizmetler, toplum sağlığı ve benzeri hizmetlerde, çalışma saatleri dışında veya hafta tatili ve resmi tatillerde de çalıştırılabilecekleri belirtilmiştir (md. 10).

Düzenlemeyle Sağlık Bakanlığı, Bakanlık veya diğer kamu kurum veya kuruluşları personeli olan uzman tabip, tabip ve aile sağlığı elemanı olarak çalıştırılacak sağlık personelini, kendilerinin talebi ve kurumlarının veya Bakanlığın muvafakati üzerine, 657 sayılı kanun ile diğer kanunların sözleşmeli personel çalıştırılması hakkındaki hükümlerine bağlı olmaksızın, sözleşmeli olarak çalıştırmaya yetkili kılınmıştır. Sözleşmeli aile hekimleri ve aile sağlığı

<sup>84</sup> *Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik (2005 tarih, No: 25904)*, Erişim: 16.12.2005, <http://www.istabip.org.tr/yasa/ailesozlesme.html>

elemanlarının, görevlerini yürüttükleri sürece kurumlarından aylıksız veya ücretsiz izinli sayılacağı ve kadroları ile ilişkilerinin devam edeceği de ayrıca belirtilmiştir (md. 3). Ancak yapılacak ödemelere ilişkin yönetmelikte, kurumundan aylıksız veya ücretsiz izinli sayılanlar hakkında yüksek disiplin kurullarınca devlet memurluğundan çıkarma veya sözleşmenin sona erdirilmesi kararı verilmesi halinde, sözleşmenin vali tarafından herhangi bir ihbar veya ikaza gerek duyulmadan sona erdirileceği de ifade edilmiştir (md.14). Devlet memurluğundan çıkarmanın bu şekilde mümkün kılınmasıyla, sözleşmeli aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının ücretsiz izinli sayılma ve kadro ile ilişkilerinin devam etmesi havada kalmış olmaktadır. Aile hekimine kayıtlı kişi sayısının aralıksız iki aydan fazla 1000'in altına düşmesi halinde de sözleşme sona erdirilebilecektir.

#### **4.3.3. Düzce Pilot Uygulaması**

Çıkarılan kanun ve yönetmelikler doğrultusunda, Türkiye'de aile hekimliği pilot uygulaması 15 Eylül 2005 tarihinde ilk olarak Düzce'de başlatılmıştır. Uygulama kapsamında, Düzce'de birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetlerinin aile hekimleri tarafından verilmesi; birinci basamakta sağlık güvencesi aranmaması ve bu basamaktaki sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması; Aile Hekimliği Sistemi'nden yararlanan hastaların tedavi giderlerinin genel bütçeden karşılanması planlanmıştır. Ancak, aile hekimine gitmeden doğrudan hastaneye giden kişi cebinden katkı payı ödemek zorunda kalacaktır. Aile hekimleri, aile hekimliği uzmanı ya da eğitim görmüş pratisyen hekim veya uzman hekimlerden oluşacaktır. Pilot uygulamada kamu personeli olan hekimlerden gönüllü olanlarla aile hekimliği hizmeti verilecektir<sup>85</sup>. Aile hekiminin, hastanede tedavi altına alınması gerektiğini düşündüğü hastası için elektronik ortamda hastaneden randevu alarak, kuyrukların önlenmesi hedeflenmiştir.

Düzce'deki uygulama için önce ildeki *Ev Halkı Tespit Fişleri* yenilenip bilgisayara girilmiş; 126 pratisyen hekim 10'ar günlük kurslara alınmış; 3 biner hastadan oluşan gruplar için 104 bölge tespit edilmiş, Sağlık Ocaklarında 104 oda hazırlanmıştır. Hekimler arasında, kimin hangi bölgede çalışacağını belirlemek için

<sup>85</sup> *Aile Hekimliği Projesi 15 Eylül'de Başlıyor (11.09.2005)*, Erişim: 25.01.2006, <http://www.memurlar.net/haber/28727/>

hizmet puanı esas alınmış ve puanı yüksek olanlara seçim hakkı verilmiştir. 72 gönüllü hekimin hepsi sözleşmeli olmuş; her hekimin yanına bir hemşire ya da bir ebe görevlendirilmiştir. Hemşire ve ebelerden sadece 35 gönüllü çıkmış, eksik geçici görevlendirme yoluyla tamamlanmıştır. Her hekime maaşı dışında 1900 YTL ek ödeme yapılmaya başlanmıştır. Bu parayla hekimin, hem odasının kirasını ödemesi hem de sarf malzemesi, elektrik, su, ısınma, temizlik gibi ihtiyaçlarını karşılaması hedeflenmiştir.

Düzce’de bunlara ek olarak yedi ilçeye ve bir de merkeze toplam sekiz adet Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) kurulmuştur. Tedavi, aşı, çocuk, bebek, gebe izleme, kişileri kaydetme gibi işlemler için aile hekimleri görevlendirilirken, TSM’lerine çevre sağlığı, adli sağlık, salgın hastalıklarla mücadele, aile hekimi denetimi gibi sorumluluklar verilmiştir. 42 hekim de 68 bin kişinin yaşadığı 153 köyde ‘mobil hizmet’ için görevlendirilmiştir. Mobil sistemle her hekimin haftada bir gün, muhtar aracılığıyla duyurulan köylere giderek, aşı yapmak, gebe ve yatalakları izlemekle yükümlü kılınmıştır. Köye ebe veya hemşiresiyle birlikte, kendi imkanlarıyla giden hekime ayrıca 600-700 YTL ödeme yapılmıştır.

Düzce İl Sağlık Müdürü Dr. Engin Mutlu, kayıtlar çok zaman aldığından planlandığı gibi hekimlerin ev ziyaretlerini yapamadığı, pilot uygulamanın ağır işlediği, sistemi uygulamaya koymakta zorlandıkları yönüne bilgiler vermiş ve vatandaşın uygulamadan memnun kaldığını, ama hekimlerin yorulduğunu; aile hekimliğinin nasıl işlediğinin ancak bir yıl sonunda tam olarak anlaşılacağını ifade etmiştir<sup>86</sup>. Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Prof. Dr. Necdet Ünüvar da yaptığı açıklamalarda uygulamanın ilk altı ayını hem vatandaş hem de çalışan açısından başarılı bulunduğunu belirtmiştir. Buna karşın SES, Düzce’deki gözlemlerini açıkladığı raporda, sağlık ocaklarında çalışanların son 6 aydır yaşadıkları belirsizlik ortamının iş verimlerini azalttığını, gebe-aşı gibi takiplerin ciddi oranda aksadığını, özellikle yardımcı sağlık personellerinin gönüllü olmadıklarını ve zorunlu görevlendirme ile bulunduğu yerden farklı yere gönderilme kaygısı yaşadıklarını belirtmiştir<sup>87</sup>.

---

<sup>86</sup> Betül Kotan (02.04.2006), *Aile Fotoğrafında Hekime Yer Açılıyor*, Erişim: 10.04.2006, <http://www.radikal.com.tr/haber.php?haberno0183146>

<sup>87</sup> *Aile Hekimliği Uygulaması Kaygı Yaratıyor*, Erişim: 10.04.2006, <http://www.ses.org.tr/basindases/94.htm>

Sağlık Bakanı Recep Akdağ tarafından, 16 Şubat 2006'da 10 ilde daha (Adıyaman, Bolu, Denizli, Edirne, Elazığ, Eskişehir, Gümüşhane, Isparta, İzmir ve Samsun) aile hekimliği pilot uygulaması başlatılması için onay verilmiştir. Önceleri Adana, Osmaniye, Malatya, Van ve Manisa'nın adı geçerken; bunlar yerine Adıyaman, Bolu, Elazığ, Samsun ve bürokratların itirazına rağmen, seçim yatırımı olarak değerlendirilen İzmir 10 pilot ilin arasına girmiştir<sup>88</sup>. 2007 yılında uygulamanın tüm Türkiye'ye yayılması için çalışmalar sürmektedir. Aile Hekimliği Sistemi (AHS) yaygınlaştıkça, vatandaşın her defasında hekime aile üyeleri ya da kendi sağlığıyla ilgili bilgileri aktarmasına veya bunların tespiti için her defasında tetkik ve tahlile ve bunlar için ayrı ayrı para ödemesine, zaman harcamasına, gereksiz ilaçları almasına gerek kalmayacağı ileri sürülmektedir<sup>89</sup>.

#### **4.3.4. Aile Hekimliği Uygulaması Üzerine Yorumlar:**

AHS ile GSS Sistemi birbirinin tamamlayıcısı olarak görüldüğünden birlikte uygulanması düşünülmektedir. AHS'nin tüm Türkiye geneli için geçerli olması planlanan tarihle, GSS'ye ilişkin tasarının yürürlük tarihinin (01.01.2007) aynı olması, bu düşüncenin bir yansımasıdır. GSS'nin işlevsel olması, birinci basamağın aile hekimliği modeline göre örgütlenmesine bağlanmaktadır. Ne GSS'ye ne de AHS'ye ilişkin düzenlemelerde, halihazırda birinci basamak örgütlenmesi olan Sağlık Ocaklarından bahsedilmemiş olması, onların akıbetlerinin ne olacağıyla ilgili belirsizlik yaratmaktadır. Aile hekimliğinin ülke genelinde birinci basamak örgütlenmesi olarak düşünülmesi, Sağlık Ocaklarının kapatılma olasılığını akıllara getirmektedir. Sağlık Ocaklarının kapanmasıyla, kadroların lağv edilmesi ve sözleşmeliliğin esas istihdam biçimi haline getirilmesi de akla gelen bir başka güçlü olasılıktır.

Aile hekimliği, kimilerince eşit, sürekli, koşullara uygun, nüfusa göre planlanmış, koruyucu sağlık hizmetlerine önceleyen, maliyetleri azaltan, bilimsel, mesleki ve etik ilke ve esaslara dayanan, gelişime açık, çağdaş bir sağlık hizmeti<sup>90</sup>

<sup>88</sup> Kotan, a.g.m., <http://www.radikal.com.tr/haber.php?haberno0183146>

<sup>89</sup> *Sosyal Güvelik Reformu: Stkça Sorulan Sorular*, Erişim: 26.04.2006, [http://www.calisma.gov.tr/birimler/saglik\\_web/html/sscevapsaglik.html#y4](http://www.calisma.gov.tr/birimler/saglik_web/html/sscevapsaglik.html#y4)

<sup>90</sup> *Aile Hekimi Kimdir? (Haziran 1997)*, Erişim: 10.01.2006, <http://www.spgk.saglik.gov.tr/ss/sayilar/9712/>

olarak değerlendirilmektedir. Kimilerince de finans birikimi yaratabilmek için, birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin aracı, çağdaş temel sağlık hizmetleri ekip yaklaşımından geriye, dar kapsamlı muayenehanede bireysel tedavi hekimliğine dönmek olarak değerlendirilmektedir<sup>91</sup>.

Aile hekimlerinin muayenehanelerini -1000 kişinin altına düşmenin sözleşmenin sona erme sebebi olduğu bir ortamda- rekabet ederek daha fazla hasta/müşteri kaydı alabilmek amacıyla, ultrason, tomografi cihazları vb. tıbbi teknoloji ürünüyle donatacak olması ihtimali, Dünya Bankası'nın kredi ile destekleyeceği ve esasen tıbbi ithalat firmalarının yarar sağlayacağı, dolayısıyla Türkiye dışına kaynak transferi yapacak bir ihtimaldir. Ayrıca, tıbbi teknoloji ürünleri aslında ortak kullanılabilirken, aile hekimlerinin kendilerinin temin etmesinin öngörülmesinin yaratacağı gereksiz ayrı ayrı kullanımların ortaya çıkaracağı maliyet ve harcamaları topluma fatura edilebilecektir. Bu gerekçelerle, AHS'nin ucuz değil; ama işletmeciler için kârlı bir sistem olacağı iddia edilmektedir.

Aile hekiminin sosyal güvenlik kurumu ile sözleşme yapması, kayıtlı kişi sayısı arttıkça ücretin artması, ücretlerin tespitinde serbest piyasa koşullarının etkili olacağının bir göstergesidir. Rekabet ilişkisi içinde Kurumla sözleşmeli olarak iş güvencesi olmaksızın ve zamanla daha düşük ücretlerle çalışmak zorunda kalacak hekimlerin hem kendi aralarındaki hem de hastalarla ilişkilerindeki etik kurallar tahrip olabilecektir<sup>92</sup>. Hekim ve hasta arasındaki para ilişkisine son vermek istenirken tam tersi bir sonuç doğabilecektir. Örneğin; ne kadar az sevk ederse o kadar iyi ücretlendirileceğinin -en azından ücretinde herhangi bir indirim yapılmayacağını-bilincinde olan hekim, sevk talebinde bulunan bir hasta karşısında zor durumda kalabilecek, hem hastasının istediğini yaparak onu kaybetmemek için hem de ücretinden olmamak için belki de hastadan gelen para teklifini geri çevirmeyecektir. Hasta, hekimin değil, kendi istediği sağlık kurumuna sevkini de isteyebilecektir. Hekimin hasta karşısında zor kaldığı bir durum da, ilaç yazımı konusunda olabilecektir. Ancak, katılım paylarının gereksiz ilaç yazımını engelleyeceği düşünülmektedir.

---

<sup>91</sup> Pala, "Sağlık'ta Yeni...", a.g.m., <http://www.medikalbakis.net/4/say10.htm>

<sup>92</sup> Soyer, Yazgan ve diğerleri, a.g.m., [http://www.ttb.org.tr/s\\_donusum/index.htm](http://www.ttb.org.tr/s_donusum/index.htm)

AHS ile kişilerin istedikleri hekimi seçebilmesi öngörülmektedir. Seçimi yapan “kişiler” olduğuna göre, bir ailenin üyelerinin, yani kişilerinin de istedikleri farklı aile hekimlerine kaydolabileceği düşünüldüğünde, sistemin adına uygun biçimde işlemesi mümkün olmayacaktır. Pilot uygulama sırasında böyle bir sıkıntı yaşanması halinde, kullanılan bilgisayar programına kayıtların doğru girilmiş olması şartıyla, Toplum Sağlığı Merkezinde çalışan takip sistemiyle bu durumun ikaz mekanizmasını tetikleyecek ve hekimlere durumun bildirilecek olması çözüm olarak sunulmuştur<sup>93</sup>.

Düzenlemelerden de anlaşılacağı gibi aile hekimlerinin kayıtları oldukça önemsenmektedir. Bu kayıtlar, toplumun sağlığının değerlendirilmesi için gerekli olan istatistiki bilgilerin elde edilebileceği en önemli kaynak olarak görülmektedir. Fakat, farklı aile hekimlerince tutulmuş çok sayı ve çeşitteki kayıtların nasıl bir araya getirilerek saptanacağı da ayrı bir muammadır. Örneğin; aile hekimi kendisine kayıtlı çocuk ve bekleri aşıladığında, toplum sağlığı açısından yaşına göre aşıları çocuk sayılarının hesaplanması nasıl mümkün olacak sorusu yanıtız kalmaktadır. Ayrıca aşı flakon (şişe) maliyeti de artabilecektir. Dolayısıyla, istatistiki bilgilerin temini açısından bir zafiyet olabileceği gibi, hem yönetsel hem de tıbbi maliyetlerin artması gibi bir risk de olabilecektir.

Aile hekimliğinin, ekip anlayışına aykırı, genellikle muayenehanede ya da evde bireysel, dayanışma değil, rekabet anlayışına dayalı olarak çalışılan ve özel hekim kimliği taşıyan bir hekimlik türü olduğunu savunanlar bulunmaktadır. Onlara göre, böylece özel sektör tanımına tam olarak uyan bir kitle yaratılması hedeflenmektedir.

Daha çok Batı ve Orta Avrupa'nın varsıl ekonomik yapısına dayalı, prim ödeyebilen toplumlara özgü bir model olan aile hekimliği, farklı finansman şekillerine dayalı olarak dünyada uygulanmaktadır. ABD'de aile hekimliği karmaşık, pahalı ve eşitsizliklerle dolu sağlık sistemini doğuran ana yapı olmuştur. İngiltere'de ise sistemin temelini oluşturmuş; ancak hiçbir zaman bir ekip çalışmasına gidememiş ve tamamen tedavi edici hekimlik üzerine kurulu kalmıştır. Özellikle koruyucu

<sup>93</sup> Soyer, Yazgan ve diğerleri, a.g.m., [http://www.ttb.org.tr/s\\_donusum/index.htm](http://www.ttb.org.tr/s_donusum/index.htm); *Sıkça Sorulan Sorular*, Erişim: 11.04.2006, <http://www.izleme.saglik.gov.tr/05.htm>



hizmetler ve sevklerle ilgili ciddi sorunlar yaşanmaktadır. Almanya'da ise aile hekimliği sosyal sigorta ile bağlantılı olması nedeniyle aşırı ve gereksiz kullanıma açık, oldukça pahalı bir sistem yaratmıştır. Koydukları tanı ve yaptıkları girişimlerle topladıkları puanlar karşılığında para kazanan aile hekimleri, mekanik bir kitle haline gelmiş; her ay görülen hastalık sıklığına göre değişen puanlamalarla para kazanabildiğinden, bazı hastalık ve hastaların puan olarak değersiz görülmesi sonucu doğmuştur. İngiltere'de de kanser gibi bazı kötü tanı almış hastaların kendilerine bakacak aile hekimi bulamadığı bilinmektedir. 1980'lerde yaşam süresi uzamış ve giderek yaşlanan nüfusun yakından izlenmesi ve artan sevk oranlarının azaltılması amaçlarıyla Küba'da aile hekimliğine geçilmiştir. Uygulamada rekabet bulunmamakta, hekimler devlet tarafından atanmaktadır. Aile hekimlerinin çalışma alanları okulları, kreşleri ve fabrikaları da kapsamaktadır<sup>94</sup>.

2007'de ülke geneline yaygınlaştırılması tasarlanan AHS için sorgulanması gereken noktalardan biri de, yeterli sayıda ve kalifiye aile hekimliği uzmanının bulunup bulunmadığıdır. Mademki birinci basamak örgütlenmesi aile hekimliği üzerine oturtulmak isteniyor, temeller sağlam atılmalıdır. Örneğın; normal tıp eğitiminden sonra, tıpta uzmanlık sınavının ardından üç yıllık eğitim ile aile hekimliği uzmanı olunurken; bir yandan da 10 günlük alelacele eğitim programlarıyla aile hekimi olunması mümkün olan bir ülkede, hizmet standardizasyonu beklenemez.. Ayrıca, pilot uygulamada kayıt olacak ortalama kişi sayısı olarak tespit edilen 2500-3000 rakamlarının sağlıklı ve güvenilir bir hizmet vermeye ne kadar elverişli olduğu, bir hastaya ayrılacak zaman dilimi ve hekimin güvenilir hizmeti verebilme kapasitesi ile hizmet yükü dikkate alınarak iyi hesaplanmalıdır. Tıbbi hizmet bakımından aile hekimlerinin denetlenmesi; kişi başı ücret kriterinin, tek tek hastalara olan ilgiyi azaltmasının önlenmesi; AHS'nin kurulmasının ortaya çıkaracağı yönetsel maliyetler için kaynak yaratılması gibi çeşitli tedbirler, her yeni uygulama/sistem gibi AHS'nin de doğurması muhtemel sakıncaların önüne geçerek uygulamayı yararlı hale getirmek için önerilmektedir<sup>95</sup>.

---

<sup>94</sup> Soyer, Yazgan ve diğerleri, a.g.m. [http://www.ttb.org.tr/s\\_donusum/index.htm](http://www.ttb.org.tr/s_donusum/index.htm)

<sup>95</sup> Sargutan, a.g.e., s. 92-98.

#### 4.4. Diğer Düzenleme ve Uygulamalar

Sağlık alanındaki düzenlemelerin her biri tek başlarına birer inceleme konusu oluşturabilirler; fakat bütünlük arz etmesi açısından, aşağıda son birkaç yıldır Türkiye’de de yükselen bir yaklaşım olan “yeni kamu işletmeciliği”ne uyum gösterir diğer düzenleme ve uygulamalara yer verilmiştir.

##### 4.4.1. Sözleşmeli Personel Çalıştırma

Sağlık Bakanlığı, IMF programları dolayısıyla Maliye Bakanlığı’nın kadro vermemesi nedeniyle karşılayamadığı personel ihtiyacı için hizmetlerin sözleşmeli personel ve satın alınma sistemiyle gördürülmesi formülü getirmeye çalışmıştır<sup>96</sup>. Bu çerçevede, 24 Temmuz 2003 tarihli 25178 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan 4924 sayılı *Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun*<sup>97</sup> yürürlüğe konmuştur.

Kanunun amacı, eleman temininde güçlük çekilen yerlerde ve hizmet dallarında sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülebilmesini temin etmek üzere sözleşmeli personel istihdam etmek olarak belirlenmiştir. Kanun’un 5. maddesinde, hizmet sözleşmesinin uygulanma süresinin mali yılla sınırlı olması kuralı getirilmiş; sözleşmeli personelin haftalık çalışma süresi emsali devlet memurları ile aynı kabul edilmekle birlikte, bitirilmesi gereken işler söz konusu olduğunda, normal çalışma saatleri dışında veya hafta tatili ve resmi tatillerde de çalışma zorunluluğu getirilmiştir. Bu çalışmalarının karşılığında ek ücret ödenmeyeceği; sözleşmeli personelin kazanç getirici başka bir iş yapamayacağı, resmi veya özel herhangi bir müessesede maaşlı, ücretli veya sözleşmeli olarak görev alamayacağı, serbest olarak sanat ve mesleklerini icra edemeyeceği ifade edilmiştir. Otuz günü aşan hastalık izinlerinde sözleşmeli personele yarım sözleşme ücreti ödenmesi; yıllık izinlerin birleştirilememesi ve yıllık izinden düşülmek üzere mazeret izni verilmemesi, diğer dikkat çeken hükümlerdir.

<sup>96</sup> Sağlık Taşeronlaştırıyor, Erişim: 08.10.2004, <http://www.istabip.org.tr/medya/722.asp>

<sup>97</sup> Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun (2003 tarih ve 4924 sayılı), Erişim: 12.04.2006, <http://www.memurlar.net/haber/1757/>

Asıl amacının, kamudaki personel istihdamını azaltmak olduğu gerekçelerinden de anlaşılan Kanun'un 11. maddesiyle 657 sayılı kanunun 36. maddesine eklenen paragrafla, sağlık ve yardımcı sağlık hizmetlerine dahil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetlerin, lüzumu halinde bedeli döner sermaye gelirlerinden ödenmek kaydıyla, hizmet satın alınması yoluyla gördürülebileceği hükmü getirilmiştir. Böylece, kamu sağlık kurumlarında temizlik, yemek vb. hizmetlerde olduğu gibi sağlık personeli açısından da özel şirketler aracılığıyla istihdamın, başka bir deyişle taşeronlaşmanın ve özelleştirmenin önünün açıldığı, Bakanlığın sağlık hizmeti üretiminden elini çektiği yönünde yorumlar yapılmıştır. Söz konusu madde hem 657 sayılı kanunla çeliştiği hem de Anayasa'nın "...kamu hizmetlerinin gerektirdiği asli ve sürekli görevler, memurlar ve diğer kamu görevlileri eliyle görülür. Memurların ve diğer kamu görevlilerinin nitelikleri, atanmaları, görev ve yetkileri, hakları ve yükümlülükleri, aylık ve ödenekleri ve diğer özlük işleri kanunla düzenlenir" diyen 128. maddesine aykırı olduğu gerekçesiyle eleştirilmiştir. Eleştirilerin haklılığını dayandırdığı nokta, kamu sağlık kuruluşlarında sağlık hizmeti veren başta hekimler olmak üzere diğer sağlık personelinin görevlerinin kamu hizmetlerinin gerektirdiği asli ve sürekli görevler olduğu; oysa eklenen hükümle, kamu sağlık görevlilerinin, bir kısım tacirlerin işçisi haline getirilmesinin mümkün kılındığı ve süreklilik ilkesinin kaldırıldığı noktasıydı.

4924 sayılı kanunun 11. maddesine dayalı olarak 05.05.2004 tarihinde yürürlüğe konulan *Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usuller* isimli düzenleyici işlemle sağlık taşeronlaşma uygulaması başlamıştır. 27.05.2004 tarihli bir genelgeyle Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler hizmetlerini taşeron devredecek ihaleleri açmaya başlamışlardır. İstanbul'daki Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp Damar Cerrahi Hastanesi Temmuz ayında açtığı 6 ay süreli "ortaöğretim düzeyi sağlık hizmeti satın alma ihalesi"nde, 68 adet hemşirelik hizmeti, 8 adet radyoloji teknisyenliği hizmeti, 7 adet anestezi teknisyenliği hizmeti, 6 adet laboratuvar teknisyenliği hizmeti, 5 adet acil tıp teknisyenliği hizmeti ve 5 adet toplum sağlığı sağlık memurluğu hizmetini; "yükseköğretim düzeyi sağlık hizmeti satın alma ihalesi"nde 2 adet eczacılık, 74 adet hemşirelik, 1 adet fizyoterapistlik hizmetini, 6 ay süreyle taşeronlaştırmıştır. Benzer biçimde, Ankara Atatürk Eğitim

ve Araştırma Hastanesi 2004 Ağustos ayında, sağlık ve yardımcı sağlık hizmetlerine ait toplam 120 adet görevi taşeronlaştırmıştır. Ankara'daki Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi de 2004 Temmuz ayında, sağlık ve yardımcı sağlık hizmetleri satın alma ihalesi açmıştır.

25 Ağustos 2004'te Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan bir genelgeyle tıp doktorluğu "ikinci bir emre kadar" taşeronlaştırılacak hizmetler arasından çıkarılmıştır<sup>98</sup>. Taşeronlaşma sürecine bir tepki Türk Tabipleri Birliği'nden gelmiştir. 11. maddeyle eklenen paragrafın Anayasa'ya aykırılığına ilişkin gerekçelerinin "ciddiliği" göz önünde tutularak, dosyanın Anayasa Mahkemesi'ne gönderilmesi, *Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usuller* isimli düzenleyici işlemin iptali ve bu işleme dayanılarak yapılan bir ihalede yürütmenin durdurulması istemiyle TTB tarafından Danıştay'da açılan dava sonucunda, 24.11.2004 tarihinde, adı geçen işlemin yürütülmesinin durdurulmasına ve dosyanın Anayasa Mahkemesi'ne gönderilerek, Anayasa'ya aykırılık itirazı hakkında bir karar verilmeye kadar kanunun anılan hükmünün yürürlüğünün durdurulmasına karar verilmiştir<sup>99</sup>.

Sözleşme uygulamasını devletin, kamunun ve Sağlık Bakanlığı yapılarının küçültülmesinin ve piyasa düzenlemesinin bir aracı olarak değerlendiren görüşler bulunmaktadır. Sağlık sektörünü çok başlılaştırıcı, yönetsel maliyetleri yükseltici, kurumlar arasında gereksiz rekabet yaratıcı özellikleri bulunan sözleşme sisteminde, planlamanın zayıfladığı, kamusal çıkarların yerini işletme çıkarlarının aldığı, maliyetlerin düşürülmesinin, ancak ücretlerin baskılanması ve işten çıkarmayla olanaklı olduğu ileri sürülen görüşler arasındadır. İddiaları doğrulamak için hastanelerde yemek, temizlik gibi destekleyici hizmetlerin sözleşmeyle özel sektöre devri sonrasında kalitenin arttığına ilişkin hiçbir önemli veri olmaması ve sözleşme

---

<sup>98</sup> Aslan, a.g.e., s. 372-373.

<sup>99</sup> *Sağlık Hizmetlerinin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin İşlem, Düzenleme İptali ve Yasanın Anayasaya Aykırılığı İstemli Davada Verilen Yargı Kararına İlişkin Açıklama*, Erişim: 12.04.2006, [http://www.ato.org.tr/guncel/danistay\\_karar.php3](http://www.ato.org.tr/guncel/danistay_karar.php3)

ilişkilerinin sağlık alanında dikkate değer hiçbir kazanım sağlamadığına işaret eden İngiltere'deki deneyimler örnek gösterge olarak sunulmaktadır<sup>100</sup>.

#### 4.4.2. Performansa Dayalı Döner Sermaye Uygulaması

Sağlık Bakanlığı'nın 21 Nisan 2003'te 10 hastanede pilot olarak başlattığı “performansa dayalı döner sermaye” uygulamasının 1 Ocak 2004'ten itibaren tüm devlet hastaneleri ve sağlık ocaklarında hayata geçirilmesine karar verilmiştir. Uygulamanın amacı, hastanelerde bir yandan kalite artışını sağlarken, bir yandan da performans arttırımını teşvik ederek çalışan-çalışmayan ayrımını yapmak olarak belirlenmiştir. Performans puanının hesaplanmasında hastane ortalaması, istatistikler (örneğin; o ameliyatın Türkiye ortalaması), muayene, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler, bakılan hasta sayısı, personel sayısı, branş, serbest meslek yapılıp yapılmadığı, unvan, aktif çalışılan gün sayısı gibi kriterler esas alınmıştır. Uygulamadan hastane personelinin de yararlanması ve ameliyathane, doğumhane, laboratuvar gibi riskli bölümlerde çalışanların döner sermayeden aldığı payın, diğerlerinkinden fazla olması kararlaştırılmıştır. Hekiminden memnun olmayan hastaya, başka hekimi seçme olanağının tanınmasıyla da, baktığı hasta sayısını arttırarak döner sermayeden aldığı payı yükseltmek isteyen hekimlerin, güler yüzlü hizmet anlayışıyla hastalara yaklaşmalarının teşvik edileceği ve hastaların da bundan memnun kalacağı iddia edilmiştir<sup>101</sup>.

Sağlık Bakanı Akdağ, başlattıkları performansa dayalı ek ödeme uygulamasıyla yapılan her işlemin kayıt altına alınması nedeniyle sistemdeki israf, kayıp ve kaçakların azaltıldığını, malzemelerin ucuza temin edildiğini, hastanelerde düzenli kayıt sistemi oluşturduğunu, kayıt-dışı işlerin asgariye düştüğünü ve uzman hekimlerin gönüllü olarak vergisi yüksek muayenehanelerini kapattıklarını bildirmiştir<sup>102</sup>. Bazı çevrelerce ortada bir gönüllülük değil, zorlama olduğu ve uygulamanın 2006 yılı sonunda kanunen sona erecek olmasının, daha sonraki süreçte

<sup>100</sup> Belek, “Sağlık Reformları Kriz ve...”, a.g.m., s. 436.

<sup>101</sup> *Doktorlar Tedavi Ettikleri Hasta Sayısına Göre Puan Toplayacak (02.01.2004)*,

Erişim: 08.10.2004, <http://www.istabip.org.tr/medya/535.asp>

<sup>102</sup> <http://www.anarahaber.com/index.php?islem=detay&id=7281>, Erişim: 02.01.2006

hekimlerin düşük ücretle, sözleşmeli olarak çalıştırılmasını haber verdiği yorumları yapılmıştır<sup>103</sup>.

Uygulamanın suistimale açık olması eleştirilmiştir. Örneğin; bir cerrahın, kesin endikasyonu olmadan sadece o ayki döner sermaye payını yükseltmek için bir operasyon yapabilmesine ya da bir hekimin hasta için daha yararlı olan tedavi yöntemini değil de, daha çok puan getirici yöntemi seçebilmesine, böylece hekimin gelir miktarını belirleyebilmesine fırsat vermesi endişe yaratmıştır. Taşrada çalışan bir hekimle şehir merkezindeki bir hekim arasında bakılan hasta sayısı, hastane performansı gibi nedenlerle taşradaki hekim aleyhine oluşacak farkın zamanla dengeleneceği; çünkü hekimlerin daha fazla özlük hakkı elde etmek için yığılma olan yerlerden taşraya geçeceği, böylece bölgelerarası dengesizliklerin kendiliğinden azalacağı değerlendirilmiştir<sup>104</sup>. Ancak döner sermaye uygulaması bir yana 4924 sayılı kanun bile bu dengesizliği gidermede istenilen derecede çözüm olmamıştır.

Kalite hedefiyle yola çıkılmasına rağmen, niceliğe yönelterek niteliği, yani kaliteyi arka plana atması performans uygulamasına yöneltilen en büyük eleştirilerdendir. Hekimlerin hızlı muayeneye teşvik edilmesinin muayene sürelerini kısalttığı ve kaliteyi düşürdüğü; tedavi işlemlerinin, ameliyat, radyoloji, laboratuvar sayılarının arttığı, bunun da ülke ekonomisine ek yük getirdiği ileri sürülmektedir<sup>105</sup>. Bazı hekimlerin memnuniyet verici bulduğu uygulamayla ilgili diğer eleştirileri de hekimler arasındaki eşitsiz ödemelerin çalışma barışını ve motivasyonu olumsuz yönde etkilenmesi; hekimler arası rekabet sebebiyle ekip anlayışının zedelenmesi; Sağlık Ocaklarına yazar kasa konması; mesleki saygı ve doyum duygusunun olumsuz etkilenmesi, etik olmayan uygulamalara yol açılması, hastaların tedavi maliyetlerinin artması; mesleğe yabancılaşmaya neden olması; eğitime ayrılan süreyi ve önemi azaltması şeklinde özetlemek mümkündür.

---

<sup>103</sup> *Muayenehaneler Tek Tek Kapatılıyor (10.01.2005)*, Erişim: 30.01.2006, [http://www.medimagazin.com.tr/haber\\_31475.html](http://www.medimagazin.com.tr/haber_31475.html)

<sup>104</sup> *Performans Ne Getiriyor? (01.03.2004)*, Erişim: 30.01.2006, [http://www.medimagazin.com.tr/haber\\_30561.html](http://www.medimagazin.com.tr/haber_30561.html)

<sup>105</sup> *Performansta Değişiklik Gündemde (13.12.2004)*, Erişim: 30.01.2006, [http://www.medimagazin.com.tr/haber\\_31055.html](http://www.medimagazin.com.tr/haber_31055.html)

2004 yılında çıkarılan bir yönetmelikle, öğretmen atamalarına uygulanan hizmet puanı sisteminin sağlık çalışanlarının atama ve nakillerinde de temel alınması öngörülerek, dengeli dağılımın sağlanması hedeflenmiştir. Hizmet puanının hesaplanmasında unvan, mesleki yeterlilikler, görev yeri ve süresi kriter olarak kabul edilmiştir<sup>106</sup>.

#### 4.4.3. İthal Hekim Tartışmaları

İthal hekim tartışmaları, Başbakan Recep Tayyip Erdoğan'ın yaptığı bir açıklamayla Şubat ayı (2006) ortalarında kamuoyunun gündemine gelmiştir. Sağlık Bakanlığı, özellikle Türk Tabipleri Birliği başta olmak üzere, meslek örgütlerinin büyük tepkisini toplayan “yabancı doktor istihdam etme” düşüncesini kanun tasarısı taslağına dönüştürmüştür. Ancak Bakanlık, yabancı hekimler için ayrı bir taslak hazırlamak yerine, yürürlükteki 1219 sayılı *Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun*'daki maddeleri değiştirmeyi tercih etmiştir. Söz konusu kanunun, “doktorların göreve başlama ilkesini öngören” 1. maddesindeki, “Türk bulunmak” ibaresi tamamen metinden çıkarılmış, 4. maddesinin birinci cümlesindeki “izinli Türk hekimlerinin” ibaresi “mezun hekimlerin” şeklinde revize edilmiştir. Sağlık Bakanlığı, AB'ye tam üyelik sürecinde, kişi ve hizmetlerin serbest dolaşımı önündeki engellerin kaldırılması amacıyla uygun olarak, Türkiye'de tababet icra edebilmek için “Türk olmak” şartının kaldırılmasının gerektiğini savunarak, *Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'da Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı Taslağı*'nda yer alan genel gerekçede, “yabancı doktor istihdam etme” projesini AB'ye uyum çalışmalarının devamı olarak göstermiştir<sup>107</sup>.

Yabancı hekim uygulamasıyla, yurtdışından gelen hekimlerin Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde çalışabileceği, böylece bu bölgelerdeki hekim açığının karşılanacağı, sağlık hizmetlerinde eşitsizliğin çözülebileceği yönündeki açıklamalar ile Etyopya'lı hekimlerin bu bölgelerde çalışabilecekleri ve Dubai'li Şeyh El Maktum'un Türkiye'de 1 milyar dolarlık sağlık yatırımı yapmak istediği

<sup>106</sup> *Sağlıkta Torpile Son (18.04.2004)*, Erişim: 08.10.2004, <http://www.istabip.org.tr/medya/579.asp>

<sup>107</sup> “*Yabancı Hekim*” *Kanun Tasarısı Hazır (13.03.2006)*, Erişim: 22.03.2006, <http://www.medimagazin.com.tr/haber/36719.html>

haberleri basında yer almıştır<sup>108</sup>. Bazı hekimlerce, DPT verilerine göre hekim açığı bulunmadığı, yabancı doktorların sağlık sorunları için bir çözüm olamayacağı, öncelikle gelir dağılımı sorununun çözülmesi gerektiği, zira düzensiz geliri olanın, yeterince beslenemeyen, barınamayan birinin sağlıklı olmayacağı dile getirilmiştir<sup>109</sup>.

Yabancı hekim getirilmesi tartışmaları, aylardır bekleyen 153 maddelik Sağlık Kanunu Yasa Tasarısı Taslağı'nı da gündeme taşımıştır. Yabancı bir ülkedeki tıp fakültesinden alınan diplomaya denklik verilmesi açısından Yükseköğretim Kurulu'nun (YÖK) denetimini devre dışı bırakan taslak, diploması Sağlık Bakanlığı'nca onaylanmış yabancılara hekimlik mesleğini Türkiye'de icra etme ve sözleşmeli personel olma hakkı getirmektedir. Taslak yasalarsa, "devlet hastanesi" yerini sağlık işletmesine bırakacaktır. Taslak, yasalastıktan sonra 6 ay içinde devlet hastaneleri, sağlık işletmesine dönüştürülecek, sağlık işletmeleri de, il özel idarelerine devredilecektir. Taslak, sağlıkta sadece İş Kanunu'na tabi sözleşmeli olarak personel çalıştırılmasını öngörmekte, böylece sağlıkta memuriyetten kaynaklanan iş güvencesi ortadan kaldırılmaktadır<sup>110</sup>. Taslağın yürürlük kazanması halinde, Umumi Hıfzısıhha Kanunu, 224 sayılı kanun ve 1219 sayılı kanunun da içinde bulunduğu mevcut 20 kanun yürürlükten kalkacaktır<sup>111</sup>. Taslak, sağlık alanında insan haklarından koruyucu sağlık hizmetlerine, gemi, liman, havaalanlarındaki önlemlere, il-ilçe sağlık kurullarının görevlerine, GSS ve aile hekimliğine, malpraktis (tıbbi hizmetlerin kötü uygulanması) alanında düzenlemelere kadar geniş bir içerikle hazırlanmıştır. Taslakla, sağlık alanının ticarileştirilmesine yasal zemin hazırlandığı ileri sürülmektedir<sup>112</sup>.

---

<sup>108</sup> H. Hüseyin Yıldırım (02.03.2006), "İthal Hekim Projesi"nin Düşündürdükleri ve Bazı Saptamalar: Londra'dan Bir Bakış, Erişim: 22.03.2006, <http://www.absaglik.com/ithalhekim.pdf>, s. 2-3.

<sup>109</sup> Tolga Korkut (27.02.2006), *Sorun Yerli-Yabancı Hekim Değil Özelleştirme!*, Erişim: 26.03.2006, <http://www.bianet.org/2006/02/28/75202.htm>

<sup>110</sup> Yıldız Yazıcıoğlu (21.02.2006), *Hastanede 'Memur' Personel Kalmayacak*, Erişim: 14.03.2006, <http://www.milliyet.com/2006/02/21/guncel/axgun02.html>

<sup>111</sup> Betül Kotan (22.02.2006), *YÖK Yetkisine Tırpan: İthal Hekim Taslağı Sıra Bekliyor*, Erişim: 14.03.2006, <http://www.radikal.com.tr/haber.php?haberno=179435>

<sup>112</sup> <http://www.ttb.org.tr/TD116/index.php3>, Erişim: 22.03.2006



## SONUÇ

Küreselleşme süreci, kapitalist üretim biçiminde ve sermaye birikimlerinde yaşanan gelişmelerle birlikte değerlendirilip açıklanmaya çalışılmaktadır. Bu nedenle, toplam talep yetersizliği ve kâr hadlerinin düşmesinden kaynaklanan 1929 Bunalımı, 1970’lerde yaşanan petrol krizleri ve hatta çeşitli ülkeler bazında yaşanan ekonomik krizler, kapitalist üretim yapısı ve sermayenin birikimleri ile ilişkilendirilerek küreselleşme sürecini yorumlamada değerlendirilmektedir. Ülkeleri kendine eklemlemek zorunda bırakan bir süreç olan küreselleşme, getirdiği kazanımlar ya da hayal kırıklıkları nedeniyle çeşitli platformlarda tartışılmıştır ve tartışılmaktadır. Birçok olumsuzluğun kendisine fatura edildiği küreselleşme sürecinin, bazı hizmetlerin kamu eliyle sunulması üzerindeki daraltıcı etkisi en tartışılan ve eleştirilen konulardan biridir. Çünkü kriz dönemlerinde kamu harcamalarının finansmanı sorunu gündeme getirilmekte ve bu sorunun çözümü üzerinden kriz aşılmaya çalışılmaktadır. Krizlerin aşılp yeni bir kapitalist aşamaya geçişin de yeniden yapılanma süreci ile birlikte gerçekleştiği görülmektedir.

1970 krizlerinin bilişim ve iletişim teknolojisindeki gelişmelerle birlikte emek ve sermaye yapısı üzerinde yarattığı etki, üretim sürecinin esnekleşmesi yönünde kendini göstermiştir. Fordizm’in katı, kitlesel, uzun süreli ve ürün farklılaşmasının az olduğu üretim biçiminin yerini, talebe bağlı esnek üretim biçimi ve esnek istihdam biçimleri üzerine kurulu Post-fordizm almıştır. Devletin yeniden yapılanması, 1970’lerdeki bunalımın nedenini devletin aşırı büyümesinde gören ve sermayenin önündeki planlı ekonomi, bürokrasi, emek-sermaye uzlaşması gibi engellerin kalkması gerekliliğini ileri süren, özelleştirmeyi ve sosyal maliyeti yüksek refah devletinin geriletilmesini öngören “neo-liberal” tezler ve “yeni sağ”cı politikalar çerçevesinde gerçekleştirilmiştir. Küreselleşme sürecinde, regulation (düzenleme) politikasının yerini deregulation (kualsızlaştırma) politikası almış, kamu yönetimi bütünlüğünü yitirmiş, “kamu yönetimi” anlayışından “kamu işletmeciliği”ne geçilmiştir. Kamu yönetiminin bütünlüğü bozulurken, “yerelleşme” küreselleşmenin kazandırdığı yeni içerikle öne çıkan ve sloganlaştırılan bir kavram olmuştur.

“Kamu işletmeciliği”nden sonra refah devletini dönüşüme uğratan kuramlardan biri de “yeni kamu işletmeciliği” yaklaşımı olmuştur. 1980’lerde devletin faaliyet alanının küçültülmesi çabalarıyla devletin sınırları belirgin hale getirilmiş, sonra da devletin bu sınırlar içinde “en etkili ve verimli şekilde nasıl hareket edebileceği” sorusuna yanıt olarak, kamu yönetiminde Toplam Kalite Yönetimi (TKY)’nin uygulanmasını savunan “yeni kamu işletmeciliği” yaklaşımı geliştirilmiştir. Bu yaklaşım çerçevesinde, özel sektör için geliştirilmiş olan verimlilik ve etkinliği hedefleyen, sıfır hatayla tam zamanında, kaliteli, katılımlı, performansa dayalı ve müşteri odaklı üretim ilkelerinin kamu yönetimine de aktarılması gündeme gelmiştir. Böylece devlete kâr amacı güderek çalışan işletme kimliği, hizmet alan vatandaşa da müşteri kimliği kazandırılmıştır.

Özetle, 1980’lerin kamu yönetiminde yeniden yapılanma yönünde getirmiş olduğu değişim rüzgârı, kamu çalışanlarının ve kamu harcamalarının azaltılmasını, özelleştirmeyi, kamu hizmetlerinin yerelleştirilmesi yoluyla devletin küçültülmesi çabalarını, devletin kamu yararını gerçekleştirme hedefini gözeterek değil; bir işletme mantığıyla rekabetçi serbest piyasa ortamında kâr maksimizasyonu gözeterek çalışmasını anlatmaktadır.

1990’ların yeni kavramlaştırması “yönetişim” kuramıyla da, öznelerini başta kedisine farklı roller biçilen devlet ile kamu sektörü, özel sektör, sivil toplum örgütlerinin oluşturduğu, ulusaldan yerele ve uluslararası platforma kadar uzanan çok merkezli bir yönetim yapısı gündeme getirilmiştir. Bu yeni yapıda tek merkezli, hiyerarşik bürokratik örgütlenmenin hakim olduğu devlet modelinin yerini, kamu hizmetlerini devlet-piyasa-sivil toplum arasında dağıtacak şekilde düzenleme yaparak ortak bir paydada buluşmayı sağlayan girişimci, ağ devlet modeli almıştır.

Küreselleşme, diğer ülkeler gibi Türkiye’nin de ekonomik, sosyal, siyasal ve idari yapılanmasını etkilemiştir. Öğeleri zamanla kamu yönetimi örgütlenmesinde yerleşmeye başlayan küreselleşmenin sağlıklı ilişkilendirilmesi, sağlık hizmetlerinin finanse edilip sunulmasının ve sağlık çalışanlarının istihdamının devlet-piyasa ilişkileri çerçevesinde, piyasa koşullarında gerçekleştirilmesi hedefinin nedenleri,

sonuçları, olumlu ve olumsuz yanlarının ortaya konulmak istenmesi noktasında doğmaktadır.

1960'ların siyasal konjonktürüne uygun içeriğe sahip temel yasal düzenleme 224 Sayılı *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun* iken; 1980'lerin liberal konjonktürüyle uyumlu temel yasal düzenleme de 3359 Sayılı *Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu*'dur. 1980'lerin getirdiği liberal ortam daha sonraki süreçte de etkisini sürdürmüştür. 1990'larla birlikte çeşitli hükümetlerce Genel Sağlık Sigortası ve Aile Hekimliği Sistemi kurulmasına ilişkin kanun tasarıları hazırlanmış; fakat yasalaşmaları mümkün olmamıştır.

Sağlık personelinin sözleşmeli çalıştırılmasına ilişkin kanun, Aile Hekimliği Sistemi'ne ilişkin pilot uygulama hakkında çıkarılan kanun ve yönetmelikler ve Genel Sağlık Sigortası Sistemi'ne ilişkin kanun gibi birçok hukuki düzenlemeyle son birkaç yıldır, sağlık mevzuatında önemli bir hareketlilik yaşanmaktadır. Tartışmalı meclis görüşmelerine ve protestolara neden olan *Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu* çıkmış olmakla birlikte; bazı maddeleri nedeniyle Cumhurbaşkanı tarafından veto edilmiş; fakat TBMM'de aynen kabul edilerek Resmi Gazete'de yayınlanmıştır.

Sağlık, bir toplumun devamlılığını, bir ülkenin gelişimini sağlayan yasal ve anayasal temel bir insan hakkıdır. Kamusalılığı, dışsallık yaratabilmesi, sosyal amaç taşınması, talebinin önceden belirlenmemesi, tüketicilerinin, yani hastaların yeterli bilgiye sahip olmaması, üreticilerinin az sayıda olması ve hizmet talebinin üretici tarafından belirlenmesi, ikame olanağının azlığı ya da yokluğu nedeniyle tekelleşmeye elverişli olması gibi nitelikleri sağlık hizmetlerinin, piyasaya terk edilmemesini ya da piyasaya müdahale edilmesini gerektirmektedir.

Hasta olan bir kişinin sağlığına kavuşmak için harcama yapmaktan kaçınmayacağı bilinmesi nedeniyle; tedavi amaçlı kullanılan ilaç ve tıbbi araçların sermayeye kâr sağlayıcı birer sektör olarak görülmesi, tedavi edici sağlık hizmetlerinin özel kesim için cazibe alanı olması, koruyucu sağlık hizmetlerinin arka planda kalması gibi bir sakıncayı doğurması söz konusudur.

Türkiye’de sağlık hizmetlerini piyasa koşullarında üretip, finanse edip sunmaya yönelik ilk adımlar, 1980’lerde kamusal sağlık hizmetlerinde mevcut olan sistemin verimli ve etkili olmadığı, yüksek maliyetli olması gibi sorunlar gerekçe gösterilerek aşamalı bir özelleştirme uygulanmasıyla atılmıştır. 1980 sonrasında sosyalleştirme yerine özelleştirme politikası benimsenmiş ve kamudan yapılan kaynak aktarımıyla özel sektör desteklenmiş, sağlık hizmeti sunmaya teşvik edilmiştir. Diğer kamusal alanlarda olduğu gibi sağlık hizmetleri alanında da devletin düzenleyici ve denetleyici konumu tanımlanmış ve “Sağlıkta Dönüşüm Programı” çerçevesinde, Sağlık Bakanlığı’nın “kürek çeken değil, dümen tutan” bir teşkilat haline getirilmeye çalışıldığı belirtilmiştir.

Türkiye’de sağlık reformu çalışmaları 1990’lı yılların başında, dünyadaki genel süreçle bağlantılı biçimde, Sağlık Projesi çerçevesinde, Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü’nün finansal, ideolojik, teknik katkıları ve belirleyiciliğinde başlatılmıştır. Sağlık alanındaki reformlarla hedeflenenlerin, Sağlık Bakanlığı’nın yeniden yapılandırılması, sözleşmeli sağlık personeli çalıştırılması, finansman için Genel Sağlık Sigortası Sistemi’nin kurulması, birinci basamak sağlık hizmetleri için Aile Hekimliği Sistemi’nin kurulması, ikinci ve üçüncü basamaklar için de hastanelerin özzerleştirilmesi/özelleştirilmesi olduğu görülmektedir.

Bu hedeflerin, Uluslararası Para Fonu ve Dünya Bankası gibi dünya ekonomisine yön veren uluslararası kuruluşların ortak çalışarak kredi verilmesi için uygulanmasını istedikleri yapısal uyum programlarında ve Türkiye için hazırlanan raporlarda aynen yer aldığı görülmektedir. Bu kuruluşların sağlık hizmetlerinde kalite ve müşteri memnuniyeti, yerleşme, özelleştirme, yönetim, esnek istihdam koşulları, sosyal güvende tek çatı yaklaşımı, genel sağlık sigortası aile hekimliği ve hastanelerin özelleştirilmesi gibi birçok talepleri, Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde, zamanlama konusunda aksamlar olmakla birlikte, yerine getirilmeye çalışılmıştır ve çalışılmaktadır. Bu bağlamda devam eden reform çalışmaları iç dinamiklerin doğurduğu gereksinimden çok, dış dinamiklerin etkisiyle ortaya çıkmıştır. Küreselleşme sürecinin dışında kalamama, Uluslararası Para Fonu ve Dünya Bankası’na borçlanma döngüsü, Avrupa Birliği’ne eklemlenme isteğinin getirdiği yükümlülükler reform çalışmalarının başlıca kaynaklarıdır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı alanında, Türkiye'deki sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında birleştirilerek, Genel Sağlık Sigortası Sistemi'nin kurulması şeklinde gerçekleştirilmek istenen reform, ilk bakışta kurumların normları arasında eskiye nazaran bir standart birliği sağlaması bakımından desteklenebilir görülmektedir. Bununla birlikte, emeklilik yaşı ve prim günleri gibi bazı noktalarda getirilen yeni şartların işgücü açısından esnek istihdam biçimlerinin yaygınlaştığı, işsizlik oranının yüksek olduğu Türkiye koşullarında en iyiye işaret etmediği açıktır. Ayrıca, işverenin ödediği primlerin gelir vergisi ve kurumlar vergisi uygulamasında gider yazılacak olması, prim yükünü sadece çalışanlara yüklenilmesi sonucunu doğurmaktadır. Prim toplama zorluğu ve prim sisteminin sabit oranlı olarak uygulanmasının eşitsizlik yaratıcı niteliği göz önünde bulundurulduğunda, sağlık harcamalarının genel bütçeden vergilerle finanse edilmesi daha makul ve hakkaniyete uygun bir seçenek olarak düşünülebilir. Ancak vergilerle finansmanın güvenilir olması için, adil bir vergi sisteminin uygulanıyor olması ve bütçe görüşmelerinde siyasi tercihlerin sağlık harcamalarına ayrılan oranı etkilememesi gerektiği unutulmamalıdır.

Müşteri kimliği, hizmetler karşısında bedel ödemeyi, bedel ödemeyenin de hizmet alamamasını gerektirmektedir. Bedelsiz sağlık hizmeti alınamayacağı savunulması ve bu savununun vatandaşlar açısından sağlık hakkını kullanma noktasında zafiyet yaratacak şekilde uygulanması sosyal devlet ilkesi ile bağdaşmayacaktır. Sosyal Güvenlik Kurumu'nca çıkarılacak yönetmelikle katılım payları üzerinde vatandaş aleyhine olacak şekilde oynanması ve finansmanı sağlanacak hizmetler kapsamında zamanla maliyetleri yüksek tedavilerin çıkarılması, dolayısıyla cepten ödemelerin yapılacağı tedavi türlerinin artması ihtimali vatandaşların karşı karşıya kalabileceği bedeller olarak değerlendirilmelidir. Nitekim paket kapsamının pahalı tedaviler çıkartılmak suretiyle daraltıldığı ülke örnekleri mevcuttur. Ayrıca katılım paylarıyla bir yerde gereksiz kullanımların önüne geçilmek istenirken, asıl gerekli kullanımların da önlenmesi gibi sakıncaların doğabileceği de düşünülmelidir.

Bir taraftan bir yasal düzenlemeyle sağlık hizmetlerinin tek elden planlanması amaçlanırken, hatta bu amaç güdülererek SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na devredilirken, bir taraftan da bir başka düzenlemeyle Sağlık Bakanlığı'nın taşra teşkilatlarının kaldırılarak sağlık hizmetlerinin il özel idarelerine devrinin öngörülmesi bir çelişkiye işaret etmektedir. Burada amaç sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesidir. İl özel idarelerine devir sonrasında sağlık hizmetlerinin özel kesime ihale edilerek taşeronlaştırılması, güvenilir hizmete ulaşmada ve hizmetten eşit yararlanma noktalarında sıkıntılar yaratabilecektir. Özel kesimin kâr için gereksiz ve pahalı olan klinik müdahaleleri tercih etmesi, çeşitli branşlarda tekelleşerek pahalı hizmet sunma olasılığı, ilaç ve tıbbi cihaz alanında tekelleşme, büyük şehirlerde toplanma eğilimi vb. bu sıkıntılar arasında sayılabilir. Sonuçta sağlıkta özelleştirme faaliyetleri tekelleşme nedeniyle, yalnız yoksulların değil, varlıklıların da beklentilerini tam olarak karşılayamayacaktır.

Gerek sosyal güvenlik gerek sağlık alanına ilişkin olarak yapılan düzenlemeler, birbirini tamamlayan, kendi aralarında tutarlı adımlara işaret etmektedir. Ne var ki bu düzenlemeler, ulusal düzeyde uygulanabilirliği yeterince tartışılmadan, dış etmenlerin talepleri doğrultusunda çıkarılmaktadır. Çok hızlı hazırlanmış, birbirleriyle çelişen hükümler barındıran düzenlemelerle, sağlam bir alt yapı hazırlığı yapılmadan, tamamen ekonomik güçlerin yönlendirmeleriyle hareket etmek, ne verimliliği arttırmak ne de hakkaniyeti gerçekleştirmek adına rasyonel bir yol olmayacaktır. Uluslararası kuruluşların eşitsizlikleri arttırıcı projeleri yerine, ülke koşullarına uygun projeler üretilmelidir. Eğer daha eşitlikçi ve etkili bir proje üretilemiyorsa; önerilen sağlık reformunun yeni maliyetlerine katlanmak ve yeni risklerle karşılaşmaktansa, mevcut düzenlemeleri ve sistemi iyileştirmek tercih edilmelidir.

Genel Sağlık Sigortası, Aile Hekimliği Sistemi ya da başka bir sistem “başkaları uyguluyor; biz de uygulayalım” yaklaşımıyla değil; Türkiye koşullarına uygunsa, sağlık hizmetlerinden yararlanmada gerçekten hakkaniyet sağlayacak, mevcut dengesizlikleri derinleştirmeyecekse uygulanmalıdır. Pilot uygulamalar sırasında yaşanan sıkıntıların nedeni sadece geçiş dönemlerinin yarattığı aksaklıklarda görülmemelidir. Uygulama öncesinde yeni sistemin sürdürülebilir

kalkınmayı sağlama, istihdam yaratma, kırsal-kentsel arasındaki uçurumu kapatma kapasitesi sorgulanmalı ve sağlık altyapısı iyileştirilmelidir.

Toplumun, sağlığını korunması konusunda bilgilendirilmesi kadar, sağlık politikaları hakkında doğru bilgilendirilmesi de önemlidir. Kimi devlet hastanelerinde kaliteli hizmet adı altında başlatılan hekim seçme özgürlüğü uygulaması ve hasta hakları birimi kurulması ilk bakışta göze hoş görünmektedir. Bunlar gerçekten gerekli uygulamalar olabilir. Ancak mevcut aksaklıklar gözlemlendiğinde, bu uygulamaların yüzeyselliği ve öncelikli olmadığı ortaya çıkmaktadır. “Gerçek kaliteli hizmet”, muayene için gece yarılarında itibaren kuyruklarda beklememeyi; fiş kalmadığı için muayene olmadan geri dönmeyi; zaman kaybettirmeden doğru teşhisin güvenilir şekilde konmasını; hasta-muayenehane-hekim-hastane, kısacası hasta-para-hekim ilişkisinin ortadan kaldırılmasını; herkesin kolay erişebilir ve etkili şekilde sağlık hizmetlerinden yararlanmasını içerir. Yeni uygulamayla bir yandan hastaya hekim seçme özgürlüğü verilirken; diğer yandan performans uygulaması nedeniyle hekimler kısa sürede çok hasta bakmak zorunda kalmışlar, katkı payları nedeniyle yurttaşlar hastane-para döngüsünde kalarak müşteri haline dönüşmüştür.

Finansman sıkıntısı, sağlık hizmeti sunumundaki çok başlılık, ilgili kuruluşlar arasında standart birliğinin ve yeterli koordinasyonun olmaması, teknolojik alt yapı yetersizliği, etkili bir sevk zinciri sisteminin olmayışı, özel sektörün sağlık hizmeti arzının mevcut eşitsizliği arttırması Türkiye’deki sağlık sektörünün temel sorunlarını oluşturmaktadır. Kamu hastanelerinde nitelikli sağlık yöneticilerinden oluşan profesyonel sağlık yönetimi oluşturulması anlayışındaki eksiklik ve kadrolaşma, eğilimleri de sağlık alanındaki önemli sorunlarından biridir.

Bugün reform denildiğinde; rekabet, piyasa, özerkleştirme, özelleştirme, odaklı neo-liberal tezler ışığında girişimlerde bulunmanın tek doğru olarak sunulup, bunun dışında başka bir yolun gözetilmemesi, sağlık sistemindeki sorunların çözümü açısından başka seçeneklerin olmadığı anlamını doğurmaz. Sosyal devlet olmanın gereği, eşitsiz toplumsal sınıfların varlığını kabul etmek ve bu eşitsizliği en aza indirecek politikalar üreterek, kötü olanı iyiye yaklaştırmakta ve sağlık hakkının

kullanımını gerçekleştirmekte yatmaktadır. 1982 Anayasa'sına göre, devletin temel niteliklerinden biri sosyal devlettir. Bu bağlamda, devletin sosyal niteliği onun, özellikle sağlık alanında; adil, makul ve ll politikalar üretmesini ve uygulamasını zorunlu kılmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin kamusal bir anlayışla, sağlık hakkı gözetilerek, devlet tarafından verilmesi, sağlık harcamalarının tek elden yönetilmesi sağlanmalıdır. Tek elden yönetimle sağlık hizmetinin sunum maliyetleri en aza inecek, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri ülke geneli için birlikte planlanacaktır. Verimlilik ve etkinlik kriterlerinin tutturulabilmesi için sağlık sunucuları arasında iyi bir örgütlenme ve koordinasyon ile hizmet akışı standardı sağlanması, etkin bir sevk zincirinin kurulması ve çalıştırılması, genel bütçeden sağlığa ayrılan payın arttırılması, sağlık çalışanlarını kalitesiz hizmet sunmaya teşvik eden ek ödeme uygulamalarına son verilmesi, yolsuzlukların önlenmesi, kırsal kesim için yapılan temel sağlık hizmeti harcamalarının arttırılması, kamu fonlarının özel sektöre kaynak transferi için değil; yine kamu kesimi için kullanılması gerekmektedir.



## KAYNAKLAR

### Kitaplar

ARIBOĞAN, Deniz Ülke., **Globalleşme Senaryosunun Aktörleri**, Der Yayınevi, 3. Baskı, İstanbul, 2001

ASLAN, Onur Ender., **Kamu Personel Rejimi**, TODAİE, 1. Baskı, Ankara, 2005

AYDIN, Ufuk., **Sosyal Güvenlik Sorunlarının Çözümünde Özel Sigortalar**, T.C. Anadolu Üniversitesi Yay. No: 117, İ.İ.B.F. Yay. No: 156, Eskişehir, 1999

Bağımsız Sosyal Bilimciler - İktisat Grubu, **2003 Başında Türkiye Ekonomisi ve AKP'nin Acil Eylem Planı ve Hükümet Programları Üzerine Değerlendirmeler**, TTB, Mayıs 2003

BELEK, Iker - NALÇACI, Erhan - ONUROĞULLARI, Hamza - ARDIÇ, Fatma., **Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi**, Sorun Yayınları, 2. Baskı, İstanbul, 1998

BELEK, İlker., **Sınıf, Sağlık, Eşitsizlik**, Sorun Yayınları, İstanbul, 1998

BELEK, İlker., **Postkapitalist Paradigmalar**, Sorun Yayınları, 2. Baskı, İstanbul, 1999

BELEK, İlker., **Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlıkın Ekonomi Politikası**, Sorun Yayınları, 3. Baskı, İstanbul, 2001

BELEK, İlker - BİLALOĞLU, Eriş ve diğerleri., **Sosyalizm "Yeni Dünya Düzeni" Türkiye**, Sorun Yayınları, İstanbul, 1992

BEMELMANS-VIDEC, M.L. – NELISSEN, N. J. M. - GODFROJ, A. - GOEDE, de P., "Renewing Government; A tale for all Times", **Renewing Government**, (Der. N.J.M. Nelissen, M.L. Bemelmans-Videc ve diğerleri), Innovative and Inspiring Visions, (Int.Books), Utrecht, 1999

CHOSSUDOVSKY, Michel., **Yoksulluğun Küreselleşmesi: IMF ve Dünya Bankası Reformlarının İçyüzü**, (Çev. Neşenur Domaniç), Çivi Yazıları, İstanbul, 1999

DIRİCAN, Rahmi - BİLGEL, Nazan., **Halk Sağlığı: Toplum Hekimliği**, Uludağ Üniversitesi Basımevi, 2. Baskı, Uludağ Üniversitesi Güçlendirme Vakfı Yayın No: 70, 1993

EKER, Aytaç., **Kamu Maliyesi**, Anadolu Matbaacılık, 3. Baskı, İzmir, 1999

ERYILMAZ, Bilal., **Kamu Yönetimi**, Erkam Matbaası, İstanbul, 2001

GIDDENS, Anthony., **Elimizden Kaçıp Giden Dünya**, (Çev. Osman Akınhay), Alfa Basım Yayım Dağıtım Ltd. Şti., İstanbul, 2000

GRAY, John., **Sahte Şafak**, (Çev. Gül Çağalı Güven), Om Yayınevi, İstanbul, Kasım 1999

KAZGAN, Gülten., **Küreselleşme ve Ulus-Devlet: Yeni Ekonomik Düzen**, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 3. Baskı, İstanbul, 2002

ORAL, İlhan A., **Dünyada ve Türkiye’de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları**, T.C. Anadolu Üniversitesi Yay., No: 1331, İ.İ.B.F. Yay. No: 174, Eskişehir, 2002

ORAN, Baskın., **Küreselleşme ve Azınlıklar**, İmaj Yayınevi, 4. Baskı, Ankara, 2001

SARGUTAN, Erdal., **Türk Sağlık Hizmetleri Yapı ve Ürünlerinin İyileştirilmesi**, Sağlık-İş Yayınları, Ankara, 1993

SEYİDOĞLU, Halil., **Uluslararası İktisat**, Güzem Yayınları, 14. Baskı, İstanbul, 2001

SOYER, Ata - BELEK, İlker., “Türkiye’de Özel Sağlık Sektörü ve Sağlıkta Özelleştirme”, (Der. Ata Soyer), **Kapitalizm, Sosyalizm ve Sağlık**, Öteki Yayınevi, Ankara, 1998

SOYER, Ata., **Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Darbeden AK Partiye**, Sorun Yayınları, 1. Baskı, İstanbul, 2004

STIGLITZ, Joseph., **Küreselleşme Büyük Hayal Kırıklığı**, (Çev. Arzu Taşçıoğlu ve Deniz Vural), Plan B İletişim, Tasarım, Tanıtım, Yayıncılık ve Yapımcılık Tic.San.Ltd. Şti., İstanbul, Ekim 2002

ŞAYLAN, Gencay., **Postmodernizm**, İmge Kitabevi, 2. Baskı, Ankara, 2002

ŞAYLAN, Gencay., **Değişim, Küreselleşme ve Devletin Yeni İşlevi**, İmge Kitabevi, 2. Baskı, Ankara, 2003

T.C. Sağlık Bakanlığı, **Türkiye-Avrupa Birliği İlişkileri ve Sağlık** (Der. Nilüfer Avcı Işık), T.C. Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Dairesi Başkanlığı, 1. Baskı, Ankara, 20001

TTB, **Türkiye Sağlık İstatistikleri 2006**, (Der.Onur Hamzaoğlu ve Umut Özcan), 2006

TURAN, Nurcan., **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar: Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanakları**, T.C. Anadolu Üniversitesi Yay. No: 1555, İ.İ.B.F. Yay. No: 182, Eskişehir, 2004

WB, A World Bank Policy Study, **Financing Health Services In Developing Countries: An Agenda for Reform**, The World Bank, Washington D.C., U.S.A., Nisan 1987

## **Makaleler**

AKALIN, Akif., “Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme Hızlanıyor”, **Toplum ve Hekim**, Cilt: 13, Sayı: 3, Mayıs-Haziran 1998

AKÇAY, Selçuk., “Yolsuzlukla Mücadele: Dünya Bankası’nın Rolü”, **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt: 37, Sayı: 3, Eylül 2004

AKIN, Fethulah., “Küreselleşme, Kuzey-Güney ve Yoksulluk”, **Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt: 6, Sayı: 2, Kış 2004

AL, Hamza., “Türk Kamu Yönetiminde Liberal ve Postmodern Esintiler: Kamu Yönetimi Temel Kanun Tasarısı”, **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt: 37, Sayı: 4, Aralık 2004

ASLAN, Şebnem - AKGEMCİ, Tahir - ÇELİK, Adnan., “Sağlık Sektöründe Müşteri Memnuniyeti Araştırması: Dr. Faruk Sukan Doğum ve Çocuk Hastanesi Örneği, **Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Cilt: 1, Sayı: 1, 2004

BALCI, Asım., “Kamu Sektörü ve Toplam Kalite Yönetimi”, **Kamu Yönetiminde Kalite I. Ulusal Kongresi (26-27 Mayıs 1998-Ankara)**, (Der. Ömer Peker, Nuran Savaşkan Durak ve diğerleri), TODAİE Yayın No: 289, Cilt: 1, Ankara, 1999

BARDAK, Ümmühan - TENGİLİMOĞLU, Dilaver., “Sağlık Alanında İnsan Hakları ve Etik”, **Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt: 16, Sayı: 1-2, 1998

BELEK, İlker., “Yeni Kapitalist Paradigma ve ‘Kalite’li Yönetim”, **Toplum ve Hekim**, Cilt: 12, Sayı: 77, Ocak-Şubat 1997

BELEK, Hülya - BELEK, İlker., “Sağlık Hizmetlerinde Desantralizasyon”, **Toplum ve Hekim**, Cilt: 12, Sayı: 78, Mart-Nisan 1997

BELEK, İlker., “Türkiye Aile Hekimliği Modeli: ‘Herkes İçin Sağlık’ Perspektifli Bir Değerlendirme”, **Toplum ve Hekim**, Cilt: 12, Sayı: 78, Mart-Nisan 1997

BELEK, İlker., “Taylorizm, Fordizm, Esnek Üretim ve Sağlık”, **Toplum ve Hekim**, Cilt: 14, Sayı: 2, Mart-Nisan 1999

BELEK, İlker., “Nasıl Bir Sağlık Sistemi III: Sigorta Değil, Genel Vergi”, **Toplum ve Hekim**, Cilt: 15, Sayı: 2, Mart-Nisan 2000

BELEK, İlker - HAMZAOĞLU, Onur., “Son Yirmi Yılda Sağlıkta Değişim: 12 Eylül Rejiminin Yarattığı Olumsuzluklar”, **Toplum ve Hekim**, Cilt: 15, Sayı: 4, Temmuz-Ağustos 2000

BELEK, İlker., “Sağlık Reformları Kriz ve Sağlık Paradigmasında Liberal Yeniden Yapılanma”, **Toplum ve Hekim**, Cilt: 16, Sayı: 6, Kasım-Aralık 2001

BELEK, İlker., “Türkiye Sağlık Reformları”, **Toplum ve Hekim**, Cilt: 16, Sayı: 6, Kasım-Aralık 2001

BİLALOĞLU, Eriş., “Sağlık Nereye”, **Özgür Üniversite Forumu**, Sayı: 26-27, Nisan-Eylül 2004

CANPOLAT, Naci., “IMF Programlarının Yapısı ve Etkinliği”, **ASOMEDYA**, Haziran 2001

ÇORUH, Mithat., “I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”, **I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu (24-25 Kasım 1995-Ankara)**, (Der. Mithat Çoruh), Haberal Eğitim Vakfı, 1996

ENÇ, Ercan - AYKAÇ, Gökhan., “Türkiye’nin IMF Deneyimine Bir Bakış”, **Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi**, Cilt: 5, Sayı: 3, Kış 2003

ENGİZ, Oğuz., “Türkiye’de Sağlık Finansman Sorunu ve Çözüm Arayışları”, **Toplum ve Hekim**, Cilt: 11, Sayı: 72

ERDAL, Adnan - GÖKBUNAR, Ramazan., “Kamu Sektörünün Yeniden Yapılandırılmasında Üçüncü Sektörün Rolü”, **Dokuz Eylül Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi**, Cilt: 12, Sayı: 1, 1997

ERDOĞDU, Seyhan., “Kamu Personel Rejiminde Uyarlanma”, **Kamu Yönetimi Temel Kanunu Sempozyumu (20 Kasım 2003-İTÜ Evi-Ankara)**, TMMOB, Ankara, 2004

ERDOĞDU, Seyhan., “Çokuluslu Şirketler, İşçi Hakları ve Sosyal Sorumluluk”, **Mülkiye**, Cilt: XXVII, Sayı: 239, Mart-Nisan-Mayıs 2003

EREN, Veysel., “Kamu Yönetiminde Yeni Meşruluk Temeli Olarak Müşteri Odaklı Yönetim Yaklaşımı”, **Ankara Üniversitesi, SBF Dergisi**, Sayı:58[1], Ocak-Mart 2003

ERGUN, Turgay., “Postmodernizm ve Kamu Yönetimi”, **Türkiye’de Kamu Yönetimi**, (Der. Burhan Aykaç, Şenol Durgun ve Hüseyin Yayman), Yargı Yayınevi, 1. Baskı, Ankara, 2003

ERSEL, Birsen., “Sosyal Sigortalar Kurumunun Özelleştirilmesi Üzerine Tartışmalar”, **Mülkiye Dergisi**, Cilt: XXV, Sayı: 227, Mart-Nisan 2001

FARAZMAND, Ali., “Küreselleşme ve Kamu Yönetimi”, (Çev. Sevilay Kaygalak), **Mülkiye**, Cilt: XXV, Sayı: 229, Temmuz-Ağustos 2001

FİŞEK, Nusret., “Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Sağlık Politikaları”, **Toplum ve Hekim**, Aralık 1991

FİŞEK, Nusret., “Sağlık Hakkı ve Yeni Anayasa”, **Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmış Yazıları: Sağlık Yönetimi**, (Der. Rahmi Dirican), Türk Tabipleri Birliği, 1997

GİRAY, Filiz., “Çok Taraflı Yatırım Anlaşması (MAI) ve Alternatif Öneriler Üzerine Bir Değerlendirme”, **Mülkiye**, Cilt: XXVII, Sayı: 240, Yaz 2003

GÖKÇAY, İrfan., “Sağlık Hizmetleri”, **Özelleştirme Değil Kamulaştırma**, Kaynak Yayınları, 1. Baskı, 1995

GÜL, Hüseyin., “Kamu Yönetiminde Piyasa Temelli Yeni Model Arayışları ve Türk Kamu Yönetiminde Toplam Kalite Yönetiminin Uygulanabilirliği”, **Kamu Yönetiminde**

**Kalite II. Ulusal Kongresi (21-22 Ekim 1999-Ankara)** (Der. Ömer Peker, Nuran Savaşkan Durak ve diğerleri), TODAİE Yayın No: 296, Ankara, 1999

GÜLER, Birgül Ayman., “Kamu Yönetimi ve Dünya Bankası”, **Amme İdaresi Dergisi**, Sayı: 3, Eylül 1995

GÜLER, Birgül Ayman., “Kamu Reformunun Dış Dinamikleri”, **Kamu Yönetimi Temel Kanunu Sempozyumu (20 Kasım 2003-İTÜ Evi-Ankara)**, TMMOB, Ankara, 2004

GÜVERCİN, Cemal Hüseyin., “Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi”, **Anakara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası**, Cilt: 54, Sayı: 2, 2004

GÜZELSARI, Selime., “Neo-Liberal Politikalar ve Yönetişim Modeli”, **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt: 36, Sayı: 2, Haziran 2003

GÜZELSARI, Selime., “Kamu Yönetimi Disiplininde Yeni Kamu İşletmeciliği ve Yönetişim Yaklaşımları”, **Kamu Yönetimi: Gelişim ve Güncel Sorunlar**, (Der. M. Kemal Öktem ve Uğur Ömürgönülşen), İmaj Yayınevi, Ankara, 2004

HAYRAN, Osman., “Genel Sağlık Sigortası Çözüm Olabilir mi?”, **Toplum ve Hekim**, Mart 1992

HAYRAN, Osman, “Sağlık Hizmetleri”, **Sağlık Hizmetleri El Kitabı**, (Der. Osman Hayran ve Haydar Sur), Yüce Yayım, İstanbul, 1998

HAYRAN, Osman, “Sağlık Hizmetlerinin Özel ve Kamusal Yönü”, **Sağlık Hizmetleri El Kitabı**, (Der. Osman Hayran ve Haydar Sur), Yüce Yayım, İstanbul, 1998

HAYRAN, Osman - UZ, Hulki., “Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”, **Sağlık Hizmetleri El Kitabı**, (Der. Osman Hayran ve Haydar Sur), Yüce Yayım, İstanbul, 1998

KAAN, Tufan., “Kamu Yönetimi Temel Kanunu ve Sağlık Hizmetleri”, **Kamu Yönetimi Temel Kanunu Sempozyumu (20 Kasım 2003-İTÜ Evi-Ankara)**, TMMOB, Ankara, 2004

KARABIÇAK, Mevlüt., “Küreselleşme Sürecinde Gelişmekte Olan Ülke Ekonomilerinde Ortaya Çıkan Yönelim ve Tepkiler”, **S. Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt: 7, Sayı: 1, 2002

KARABULUT, Kerem - EMSEN, Ö. Selçuk., “Doğu Anadolu Bölgesinde Sağlık Sektörü ve Bir Model Önerisi”, **Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi**, Cilt: 4, Sayı:1, Nisan 2003

KARACA, Nil., “GATT’tan Dünya Ticaret Örgütü’ne”, **Maliye Dergisi**, Sayı: 144, Eylül-Aralık 2003

LEBLEBİCİ, Doğan Nadi - ÖMÜRGÖNÜLŞEN, Uğur., “Yeni Kamu İşletmeciliği Yaklaşımında Önemli Bir Araç: Toplam Kalite Yönetimi”, **Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt: 19, Sayı: 1, 2001

MORGİL, Orhan - KÜÇÜKÇİRKİN., Mehmet., “TOBB’nin Sağlıkta Toplam Kalite Yönetimine Bakışı”, **I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu (24-25 Kasım-Ankara)**, (Der. Mithat Çoruh), Haberal Eğitim Vakfı, 1996

ORAL, A. İlhan., “ABD ve İngiltere Kamu Sağlık Sigortası Programları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme”, **T.C. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Cilt: 2, Sayı:2, 2003

ÖNDER, İzzettin., “GATS ve Kamu Hizmetleri” (Kamu Yönetimi Uzmanları Derneği 17 Nisan 2002 Etkinliği), **Mülkiye**, Cilt: XXVI, Sayı: 235, Temmuz-Ağustos 2002

ÖZSUCA, Şerife., “Küreselleşme ve Sosyal Güvenlik Krizi”, **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi**, Sayı: 58[2], Nisan-Haziran 2003



ÖZTEK, Zafer., “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı”, **I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi Sempozyumu (24-25 Kasım-Ankara)**, (Der. Mithat Çoruh), Haberal Eğitim Vakfı, 1996

ÖZTÜRK, Nazım., “IMF’nin Değişen Rolü ve Gelişmekte Olan Ülke Ekonomilerine Etkileri”, **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi**, Sayı: 57[4], Ekim-Aralık 2002

ÖZVERİ, Murat., “Yoksulluğun Yönetilmesi ve Sosyal Güvenlik Hakkı”, **Praksis**, Sayı: 9, Kış-Bahar 2003

PALA, Kayıhan., “2000’e Doğru Türkiye’de Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Genel Durumu”, **Toplum ve Hekim**, Cilt: 10, Sayı: 68, Temmuz-Ağustos 1995

PALABIYIK, Hamit., “Yönetimden Yönetişime Geçiş ve Ötesi Üzerine Kavramsal Açıklamalar”, **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt: 37, Sayı: 1, Mart 2004

PEKER, Ömer., “Toplam Kalite Yönetimi ve Kamu Hizmetinde Kalite”, **Çağdaş Yerel Yönetimler**, Cilt: 5, Sayı: 6, Kasım 1996

RADCLIFFE, James - DENT, Mike., “Introduction: From New Public Management To The New Governance”, **Policy&Politics**, Vol: 33, No: 4, October 2005

RHODES, R. A. W., “The New Governance: Governing Without Government”, **Political Studies**, Cilt: XLIV, 1996

SAPANCALI, Faruk., “Yeni Dünya Düzeni ve Küresel Yoksulluk”, **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt: 3, Sayı: 2, Nisan-Haziran 2001

SARAÇ, Coşkun., “ ‘Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası’, ‘Primsiz Ödemeler’ ve ‘Sosyal Güvenlik Kurumu’ Kanun Tasarılarına İlişkin Genel Bir Değerlendirme”, **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt: 8, Sayı: 1, 01 Ocak-31 Mart 2006

SOYER, Ata., “1980’den Günümüze Sağlık Politikaları”, **Praksis**, Sayı: 9, Kış-Bahar 2003

SOYER, Ata., “Türkiye’de Sağlık Sektörünün Temel Sorunları”, **Özgür Üniversite Forumu**, Sayı: 26-27, Nisan-Eylül 2004

SOYER, Ata., “1980 Sonrası Sağlıkta Neler Oldu?”, **Toplum ve Hekim**, Cilt: 15, Sayı:4, Temmuz-Ağustos 2000

ŞAHİN, Yeşim Edis., “Toplam Kalite Yönetimi: Kamu Yönetiminde Demokratikleşmenin Seçeneği mi?”, **Kamu Yönetiminde Kalite I. Ulusal Kongresi (26-27 Mayıs 1998-Ankara)**, (Der. Ömer Peker, Nuran Savaşkan Durak ve diğerleri), TODAİE Yayın No: 289, Cilt: 1, Ankara, 1999

ŞAHİN, Yeşim Edis., “Sosyal Devlet Modelinden ‘Good Governance’ Modeline Geçiş Sürecinde Kalkınma ve Planlama Anlayışında Gerçekleşen Değişim”, **Şehircilikte Reform-8 Kasım Dünya Şehircilik Günü 27. Kolokiyumu Bildirileri**, TMMOB Şehir Plancıları Odası- Mersin Üniversitesi, Ankara, Mart 2004

ŞAYLAN, Gencay., “Kamu Yönetimi Disiplininde Bunalım ve Yeni Açılımlar Üzerine Düşünceler”, **Türkiye’de Kamu Yönetimi**, (Der. Burhan Aykaç, Şenol Durgun ve Hüseyin Yayman), Yargı Yayınevi, 1. Baskı, Ankara, 2003 Ankara

TATAR, Fahrettin., “Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları”, **Toplum ve Hekim**, Cilt: 11, Sayı: 72, Mart-Nisan 1996

TATAR, Fahrettin., “Özelleştirme ve Sağlık Hizmetleri: Teori ve Uygulama”, **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt: 30, Sayı: 2, Haziran 1997

TATAR, Fahrettin - TATAR, Mehtap., “Sağlık Hizmetlerinde Özel Sektör/Kamu Sektörü Tartışmasının İdeolojik Boyutları”, **Toplum ve Hekim**, Cilt: 11, Sayı: 72, Mart-Nisan 1996

TEKELİ, İlhan., “Yönetim Kavramı Yanısıra Yönetişim Kavramının Gelişmesinin Nedenleri Üzerine”, **Türkiye’de Kamu Yönetimi**, (Der. Burhan Aykaç, Şenol Durgun ve Hüseyin Yayman), Yargı Yayınevi, 1. Baskı, Ankara, 2003

TOKAT, Mehmet., “Türk Sağlık Sisteminin Ekonomik Boyutu”, **ASOMEDYA**, Şubat 2004

TTB, “7. Beş Yıllık Planın Hekimlerle İlgili Bölümleri”, **Toplum ve Hekim**, Cilt: 11, Sayı: 71, Ocak-Şubat 1996

TTB “On Soruda 224 Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”, **Toplum ve Hekim**, Cilt: 16, Sayı: 1, Ocak-Şubat 2001

ULUĞ, Feyzi., “Yönetimde Yeniden Yapılanma ve Kamu Yönetimi Temel Kanun Tasarısı Üzerine Eleştirel Bir Bakış”, **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt: 37, Sayı: 1, Mart 2004

UYGUR, Ercan., “Sürdürülebilir Büyüme ve IMF”, **ASOMEDYA**, Mart 2004

ÜSTÜNER, Yılmaz., “Kamu Yönetimi Kuramı ve Kamu İşletmeciliği Okulu”, **Türkiye’de Kamu Yönetimi**, (Der. Burhan Aykaç, Şenol Durgun ve Hüseyin Yayman), Yargı Yayınevi, 1. Baskı, Ankara, 2003

ÜSTÜNER, Yılmaz - KEYMAN, Fuat., “Globalleşme, Katılımcı Demokrasi ve Örgüt Sorunu”, **Türkiye’de Kamu Yönetimi**, (Der. Burhan Aykaç, Şenol Durgun ve Hüseyin Yayman), Yargı Yayınevi, 1. Baskı, Ankara, 2003

YAZIRLIOĞLU, Kazım., “Kamu Reformu Tartışmaları”, **Mürekkap**, Sayı: 23, 2003

YEĞİNBOY, Yasemin., “Bireye Yönelik Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Finansal Etkinliğin Artırılmasında Toplam Kalite Yönetiminin Etkileri”, **I.Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu (24-25 Kasım- Ankara)**, (Der. Mithat Çoruh), Haberal Eğitim Vakfı, 1996

YILGÖR, Ayşe Gül., “Toplam Kalite Yönetiminin Özel Sektör ve Kamu Kesimi İçin Ortak Bir Model Oluşturabilme Potansiyeli”, **Kamu Yönetiminde Kalite II. Ulusal Kongresi (21-22 Ekim 1999-Ankara)** (Der. Ömer Peker, Nuran Savaşkan Durak ve diğerleri), TODAİE Yayın No: 296, Ankara, 1999

YILMAZ, Mehmet., “Uluslararası Ekonomik ve Mali Kuruluşların İstihdam Üzerindeki Etkisi: Türkiye Örneği”, **Mülkiye**, Cilt: XXVII, Sayı: 239, Mart-Nisan-Mayıs 2003

ZABCI, Filiz Çulha., “Dünya Bankası’nın Küresel Pazar İçin Yeni Stratejisi: Yönetişim”, **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi**, Sayı: 57[3], Temmuz-Eylül 2002

ZABCI, Filiz Çulha., “Sosyal Riski Azaltma Projesi: Yoksulluğu Azaltmak mı, Zengini Yoksuldan Korumak mı?”, **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi**, Sayı: 58[1], Ocak-Mart 2003

ZENGİN, Ozan., “Türkiye Cumhuriyeti Kamu Yönetiminde Dönüşüm ve OECD Etkisi”, **Mülkiye**, Cilt: XXVII, Sayı: 241, Güz/2003

### **Tezler**

ERTEKİN, Şaban., “1980 Sonrası Dönemde Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması ve Finansmanı Sorunu”, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2000

GÜRSEL, Ali., “Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları”, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Hacettepe Üniversitesi Atatürk İlkeleri ve İnkılap Tarihi Enstitüsü, Ankara, 1998  
KERMAN, Uysal., “1980 Sonrası Siyasal İktidarların Sağlık Politikaları”, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta, 1999

KESKİN, Ali Doğu., “Yurdumuzda Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi (1960-1971), (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Türkiyat Araştırmalar Enstitüsü, İstanbul, 2002

KÜÇÜKKAYA, Serpil., “Sağlık Hizmetlerinde Kalite”, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2001

ÖZTÜRK, Aydın., “Sağlık Hakkı”, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2001

ŞAHİN, Yeşim Edis., “Postmodern Durum ve Kamu Yönetimi”, (Yayınlanmamış Doçentlik Tezi), Mersin Üniversitesi İ.İ.B.F., İzmir, 1999

ŞAKAR, Ayşe Yiğit., “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları”, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 1999

ÜNSAL, Erdinç., “Sağlık Mal ve Hizmetlerinde Piyasa Aksaklıkları”, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2000

ZORLU, Erdal., “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılanmasında Özelleştirmenin Yeri”, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 1996

### **Elektronik Kaynaklar**

ALPER, Yusuf (Mayıs 2003), “*Tek Çatı Yaklaşımı*” *Sosyal Güvenlik Sistemimiz İle İlgili En Önemli ve Acil Mesele Değildir*, Erişim: 06.04.2006, [http://www.tisk.org.tr/isveren\\_sayfa.asp?yazi\\_id=721&id=43](http://www.tisk.org.tr/isveren_sayfa.asp?yazi_id=721&id=43)

ASUNAKUTLU, Tuncer., *Sağlık Hizmetlerinde Kalite*, Erişim: 02.01.2006, <http://www.canaktan.org/politika/kamuda-kalite/asuna.pdf>

BELEK, İlker (2003), *Genel Sağlık Sigortası Halka Karşı Global Sermaye Saldırısı Sorunu*, Erişim: 03.01.2006, <http://www.ato.org.tr/dergi/gss.html>

CAN, Nejla., *Avrupa Birliği İle Entegrasyon Sürecinde Türk Sağlık Sektörünün Durumu*, Erişim: 22.12.2005, <http://www.un.org.tr/who/EU/bul6avbirsaglik.HTM>

ÇORUH, Mithat., (Ekim-Kasım-Aralık 1999), *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Yaklaşımı*, Erişim: 03.01.2006, [http://www.ato.org.tr/dergi/1999\\_3/konul.html](http://www.ato.org.tr/dergi/1999_3/konul.html)

ERGÖR, Gül - ÖZTEK, Zafer (1996), *Türkiye’de Ulusal Sağlık Politikasının Gelişimi*, Erişim: 30.01.2006, [http://www.un.org.tr/doc\\_pdf/saglik\\_pol.pdf](http://www.un.org.tr/doc_pdf/saglik_pol.pdf)

GÖKMEN, Ceyhan., *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi*, Erişim: 10.02.2006, <http://www.kalite.saglik.gov.tr/sunumlar/saglikhizmetlerindekalite.pdf>

GÖKTAŞ, Olgun., *Aile Hekimliğinin Türkiye ve Dünyada Gelişimi*, Erişim: 08.10.2004, <http://www.medikalbakis.net/1/say22.htm>

GÖRKER, Tonguç., (Nisan-Mayıs-Haziran 1999), *Tam Gün Yasası Zorunlu*, Erişim: 25.01.2006, [http://www.ato.org.tr/dergi/1999\\_2/dosya3.html](http://www.ato.org.tr/dergi/1999_2/dosya3.html)

GÜLER, Birgül Ayman (2003), *İkinci Dalga: Siyasal ve Yönetimsel Liberalizasyon Kamu Yönetimi Temel Kanunu, Kamu Yönetimi ve Yerel Yönetimler Sempozyumu (10-11 Ekim 2003-Ankara)*, Türkiye Yol-İş Sendikası, Erişim: 15.02.2004, <http://www.kamuyonetimi.org/pdf/baguler2dalga.pdf>

GÜLHAN, Yıldırım., *Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğü Üzerine*, Erişim: 29.01.2006, <http://www.hukuki.net/saglikhukuku.net/bilgi/a002.asp>

GÜRSOY, Gencay (01.08.2005), *Paran Yoksa, Öl*, Erişim: 31.01.2006, <http://www.milligazete.com.tr/index.php.action=show&type=report&topicid=46>

HATUN, Şükrü (2002), *Yeşil Karta Dokunmayın*, Erişim: 03.01.2006, [http://www.ato.org.tr/dergi/2002\\_kis\\_ilkbahar/20.html](http://www.ato.org.tr/dergi/2002_kis_ilkbahar/20.html)

IŞIK, Sönmez (Haziran 1997), *Sosyal Bir Kurum Olarak Sağlık*, Erişim: 10.01.2006, <http://www.spgk.gov.tr/ss/sayilar/9706/7.htm>

IŞIK, Sönmez. (Mart 1998), *I. Basamak Sağlık Hizmetleri Kalitesi ve Toplam Kalite Yönetimi Felsefesi*, Erişim:10.01.2006, <http://www.spgk.saglik.gov.tr/ss/sayilar/9803/6.htm>

KALKAN, Orhun (Mart 2003), *Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması*, Erişim: 14.02.2006, <http://www.bsm.gov.tr/makale/20033.asp?sayi=20033>

KANSU, Işık., *Sağlık Özelleşiyor, Işık Kansu'nun Cumhuriyet 3-7 Kasım 2003 Tarihleri Arasındaki Yazı Dizisi*, (Der. Serdar Şenkaya), Erişim: 10.04.2003, [http://www.yol.is.org.tr/resimler/ekler/24\\_ek.pdf](http://www.yol.is.org.tr/resimler/ekler/24_ek.pdf)

KIZILOT, Şükrü (01.05.2006), *Hastalanınca Hastaneye Gidilmeyecek*, Erişim: 01.05.2006, <http://hurarsiv.hurriyet.com.tr/goster/haber.aspx?id=4341373&tarikh=2006-05-01>

KORKUT, Tolga (27.02.2006), *Sorun Yerli-Yabancı Hekim Değil Özelleştirme!*, Erişim: 26.03.2006, <http://www.bianet.org/2006/02/28/75202.htm>

KOTAN, Betül (02.04.2006), *Aile Fotoğrafında Hekime Yer Açılıyor*, Erişim: 10.04.2006, <http://www.radikal.com.tr/haber.php?haberno=183146>

KOTAN, Betül (22.02.2006), *YÖK Yetkisine Tırpan: İthal Hekim Taslağı Sıra Bekliyor*, Erişim: 14.03.2006, <http://www.radikal.com.tr/haber.php?haberno=179435>

KURT, Özlem - UÇAR, İlknur (1999), *Prof. Dr. Nevzat Eren'le Söyleşi*, Erişim: 03.01.2006, [http://www.ato.org.tr/dergi/1999\\_1/tamgun.html](http://www.ato.org.tr/dergi/1999_1/tamgun.html)

METİN, Bekir (Nisan 2002), *Türkiye'nin Sağlık Sorunları-Cumhuriyet Döneminde Sağlık Reformları*, Erişim: 02.01.06, <http://www.un.org.tr/who/bulten/turk/bul7turksorunlar.htm>

ÖZSARI, Haluk (Aralık 1998), *Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları*, Erişim: 10.01.2006, <http://www.spgk.saglik.gov.tr/ss/sayilar/9812/3.htm>

ÖZSARI, Haluk (Kasım 2005), *Genel Sağlık Sigortası Sürecinde Geline Son Nokta*, Erişim: 02.01.2006, [http://www.tisk.org.tr/isveren\\_sayfa.asp?yazi\\_id=1280&id](http://www.tisk.org.tr/isveren_sayfa.asp?yazi_id=1280&id)

PALA, Kayıhan., *"Sağlık"ta Yeni Düzenlemeler*, Erişim: 08.10.2004, <http://www.medikalbakis.net/4/say10.htm>

PALA, Kayıhan., *Sağlıkta Dönüşüm Programı Ne Getiriyor, Ne Götürüyor*, Erişim: 24.03.2006, [http://www.ttb.org.tr/udkk/x\\_tuek/SUNUMLAR/01\\_doc\\_dr\\_kayihan\\_pala\\_saglikta\\_donusum\\_programi\\_ne\\_getiriy.pps](http://www.ttb.org.tr/udkk/x_tuek/SUNUMLAR/01_doc_dr_kayihan_pala_saglikta_donusum_programi_ne_getiriy.pps)

PAMUKOĞLU, Veysi., (15.10.2004), *Sağlık Bakanlığı'nda Yine Bir İlk*, Erişim: 30.01.2006, <http://www.saglik.gov.tr/default.asp?sayfa=detay&id=1185>

SEVİNÇ, Özgür., *12 Eylül ve Sonrasında Sağlık*, Erişim: 26.01.2006, [http://ymm.net/ozgurce/dosya/yayin/12\\_eylul.pdf](http://ymm.net/ozgurce/dosya/yayin/12_eylul.pdf)

SOYER, Ata (2002), *Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Sağlıkta Değişim*, Erişim: 03.01.2006, [http://www.ato.org.tr/dergi/2002\\_kis\\_ilkbahar/12.html](http://www.ato.org.tr/dergi/2002_kis_ilkbahar/12.html)

SOYER, Ata - YAZGAN, Aytekin ve diğerleri, *Türkiye'de Sermayenin Sağlık Sektörü Hayali Gerçekleş(ebil)ecek mi*, Erişim: 08.10.2004, [http://www.ttb.org.tr/s\\_donusum/index.htm](http://www.ttb.org.tr/s_donusum/index.htm)

SU, Mustafa (Ocak 2004), *Özel Sağlık Sigortası Sistemine Giren Kişilerin Sayısında Önemli Düşüş Olacaktır*, Erişim: 09.01.2006, [http://www.tisk.org.tr/isveren\\_sayfa.asp?yazi\\_id=876&id51](http://www.tisk.org.tr/isveren_sayfa.asp?yazi_id=876&id51)

TOP, Mehmet - TARCAN, Menderes (2004), *Türkiye İlaç Ekonomisi ve İlaç Harcamaları: 1998-2003 Dönemi Değerlendirmesi*, Erişim: 20.02.2006, <http://www.econturk.org/Turkiyeekonomisi/ilac.doc>

YAZICIOĞLU, Yıldız (21.02.2006), *Hastanede 'Memur' Personel Kalmayacak*, Erişim: 14.03.2006, <http://www.milliyet.com/2006/02/21/guncel/axgun02.html>

YILDIRIM, H. Hüseyin - TARCAN, Menderes., *Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri: Türkiye İçin Çıkarılacak Dersler, (I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, 20-21 Mayıs, Ankara)*, Erişim: 14.02.2006, [http://www.absaglik.net/hhy\\_kss.pdf](http://www.absaglik.net/hhy_kss.pdf)

YILDIRIM, H. Hüseyin., *Yapısal Uyum Programları ve Sağlık Reformları: Türk Sağlık Reformları İçin Çıkarılacak Dersler*, Erişim: 15.12.2005, [http://www.absaglik.com/hhy\\_YUP.pdf](http://www.absaglik.com/hhy_YUP.pdf)



YILDIRIM, H. Hüseyin (29.12.2004), *Genel Sağlık Sigortası (GSS) Kanunu Tasarı Taslağı: Eleştirel Bir Sorgulama*, Erişim: 04.03.2006, [http://www.absaglik.com/GSS\\_elestiri.pdf](http://www.absaglik.com/GSS_elestiri.pdf)

YILDIRIM, H. Hüseyin (02.03.2006), *“İthal Hekim Projesi”nin Düşündürdükleri ve Bazı Saptamalar: Londra:’dan Bir Bakış*, Erişim: 22.03.2006, <http://www.absaglik.com/ithalhekim.pdf>

*573 Tesis Sağlık Bakanlığı’na Geçti*, Erişim: 21.01.2005, <http://www.milliyet.com.tr/2005/01/21/ekonomi/eko06.html>

*Aile Hekimi Kimdir? (Haziran 1997)*, Erişim: 10.01.2006, <http://www.spgk.saglik.gov.tr/ss/sayilar/9712/>

*Aile Hekimliği Projesi 15 Eylül’de Başlıyor (11.09.2005)*, Erişim: 25.01.2006, <http://www.memurlar.net/haber/28727/>

*Aile Hekimliğinin Tarihiçesi*, Erişim: 03.01.2006, <http://www.tahud.org.tr/modules/dernek/?p=tarihce>

*Aile Hekimliği Uygulaması Kaygı Yaratıyor*, Erişim: 10.04.2006, <http://www.ses.org.tr/basindases/94.htm>

*Askeri Darbe Yasası Tekrar Geliyor! (16.06.2005)*, Erişim: 25.01.2006, [http://www.ato.org.tr/basin\\_aciklamalari/20050616.php3](http://www.ato.org.tr/basin_aciklamalari/20050616.php3)

*Anadolu’ya Haberler (16.02.2005), 1 Milyon 25 bin 731 Kişinin Yeşil Kartı İptal Edildi*, Erişim: 31.01.2006, [http://www.byegm.gov.tr/yayinlarimiz/anadoluyahaberler-yeni/2005/subat/ah\\_16\\_02-05.htm](http://www.byegm.gov.tr/yayinlarimiz/anadoluyahaberler-yeni/2005/subat/ah_16_02-05.htm)

*Basın Açıklaması (20.02.2006)*, Erişim: 12.04.2006, [http://www.ato.org.tr/basin\\_aciklamalari/20060220.ato](http://www.ato.org.tr/basin_aciklamalari/20060220.ato)

*Basın Açıklaması: Sağlık İşletmeleri Kurulmaya Başlandı (14.11.2000)*, Erişim: 10.02.2006, [http://www.ttb.org.tr/BASIN/kasim00/14\\_0.html](http://www.ttb.org.tr/BASIN/kasim00/14_0.html)

*Basın Açıklaması: SSK Sağlık Kurumları Gasp Ediliyor (15.09.04)*, Erişim: 08.10.2004, <http://www.istabip.org.tr/basin/ba15092004a.asp>

*Cumhurbaşkanı, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nu Onayladı (16.06.2006)*, Erişim: 25.06.2006, [http://www.dunyagazetesi.com.tr/news\\_display.asp?upsale\\_id=267065](http://www.dunyagazetesi.com.tr/news_display.asp?upsale_id=267065)

*Cumhurbaşkanının Veto Gerekçeleri (10.05.2006)*, Erişim: 11.05.2006, <http://www.memurlar.net/haber45060/>

*Doktorlar Tedavi Ettikleri Hasta Sayısına Göre Puan Toplayacak (02.01.2004)*, Erişim: 08.10.2004, <http://www.istabip.org.tr/medya/535.asp>

*Doktorlara "Mecburi Hizmet" Geri Geliyor (29.01.2006)*, Erişim: 29.01.2006, [http://www.medimagazin.com.tr/haber\\_33294.html](http://www.medimagazin.com.tr/haber_33294.html)

*GATS'in Yıkıcılığı*, Erişim: 05.04.2004, <http://www22.brinkster.com/otonomcular/GATS/gats.htm>

*Genel Sağlık Sigortası Kabul Edildi, Gözler IMF'de*, Erişim: 12.05.2006, <http://www.zaman.com.tr/?b1=ekonomi&trh=20060420&hn=277857>

*Halkın Sağlığına ve Sağlık Çalışanına Karşı Sermaye Adına Düzenleme*, Erişim: 20.12.2005, <http://www.ses.org.tr/bilgi/gss/7.htm>

*Hekimlere Mecburi Hizmet Uygulaması (7 Mart 2002)*, Erişim: 25.01.2006, <http://www.ttb.org.tr/TD87/9.php.3>

*İlaç Kurumu'na 3 Milyon Dolar Bütçe (17.10.2005)*, Erişim: 24.03.2006, [http://www.medimagazin.com.tr/haber\\_34445.html](http://www.medimagazin.com.tr/haber_34445.html)

*Köşk, Yetkisiz Kalmaya Karşı*, Erişim: 08.05.2006, <http://www.radikal.com.tr/haber.php?haberno=185787>

*Mecburi Hizmet*, Erişim: 25.01.2006, [http://www.tus.com.tr/haber\\_oku.asp?ID=49](http://www.tus.com.tr/haber_oku.asp?ID=49)

*Muayenehaneler Tek Tek Kapatılıyor (10.01.2005)*, Erişim: 30.01.2006,  
[http://www.medimagazin.com.tr/haber\\_31475.html](http://www.medimagazin.com.tr/haber_31475.html)

OECD, *Health at a Glance: OECD Indicators (2005) / Türkçe Özeti*, Erişim:  
03.01.2006, <http://www.oecd.org/dataoecd/55/49/35636867.pdf>

*Özel Hastanelere Her Yıl 300 Milyon Dolarlık Yatırım*, Erişim: 27.11.2005,  
<http://www.milliyet.com.tr/2005/11/27/ekonomi/eko01.html>

*Performans Ne Getiriyor? (01.03.2004)*, Erişim: 30.01.2006,  
[http://www.medimagazin.com.tr/haber\\_30561.html](http://www.medimagazin.com.tr/haber_30561.html)

*Performansta Değişiklik Gündemde (13.12.2004)*, Erişim: 30.01.2006,  
[http://www.medimagazin.com.tr/haber\\_31055.html](http://www.medimagazin.com.tr/haber_31055.html)

*Sağlık, Kalite Yönetiminde Sınıfta Kaldı (04.11.2002)*, Erişim: 10.02.2006,  
[http://www.medimagazin.com.tr/haber\\_31392.html](http://www.medimagazin.com.tr/haber_31392.html)

*Sağlık Hizmetlerinin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin İşlem, Düzenleme İptali ve Yasanın Anayasaya Aykırılığı İstemli Davada Verilen Yargı Kararına ilişkin Açıklama...*, Erişim: 12.04.2006, [http://www.ato.org.tr/guncel/danistay\\_karar.php3](http://www.ato.org.tr/guncel/danistay_karar.php3)

*Sağlık Karnesi Çipli Kart Oluyor (15.05.2006)*, Erişim: 15.05.2006,  
<http://www.memurlar.net/haber/45314/>

*Sağlık Taşeronlaşıyor*, Erişim: 08.10.2004, <http://www.istabip.org.tr/medya/722.asp>

*Sağlıkta Dönüşüm ve Kamu Reformu*, Erişim: 16.12.2005,  
<http://www.ses.org.tr/basinaciklamalari/40.htm>

*Sağlıkta Torpile Son (18.04.2004)*, Erişim: 08.10.2004,  
<http://www.istabip.org.tr/medya/579.asp>

*Sermaye Küreselleşirken Küçültülen Kamu*, Erişim: 28.12.2004,  
<http://www.egitimsen.org.tr/bilgibelge/kucultulenkamu.html>

*Sıkça Sorulan Sorular*, Erişim: 11.04.2006, <http://www.izleme.saglik.gov.tr/05.htm>

*Sosyal Güvenlik Reformu: Sıkça Sorulan Sorular*, Erişim: 26.04.2006, [http://www.calisma.gov.tr/birimler/sgk\\_web/html/ssscevapsaglik.html#y4](http://www.calisma.gov.tr/birimler/sgk_web/html/ssscevapsaglik.html#y4)

*Sosyal Güvenlik Reformu Tartışmaları* (19.04.2006), Erişim: 19.04.2006, <http://www.memurlar.net/haber/43616/>

*Sosyal Güvenlik Yasası Kısmen İade*, Erişim: 08.05.2006, <http://www.sabah.com.tr/2006/04/28/eko92.html>

*Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısına Yönelik SES Hukuk Bürosu Ön Raporu*, Erişim: 02.01.2006, <http://www.ses.org.tr/hukuk/4.htm>

*Sözleşmeli Sağlık Personeli Yasası*, Erişim: 25. 01. 2006, <http://www.istabip.org.tr/gunce2/sozlesmedosya.asp>

*SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığına Devri Genel Gerekçe*, Erişim: 13.02.04, [http://www.sabah.com.tr/ozel/ssk802/dosya\\_804,2.html](http://www.sabah.com.tr/ozel/ssk802/dosya_804,2.html)

*Tepki... Üniversiteler... Dernekler...* (7 Mart 2002), Erişim: 25.01.2006, <http://www.ttb.org.tr/TD87/8.php.3>

*TİSK Görüşü: TİSK, SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na Devrine Karşıdır* (Kasım 2004), Erişim: 22.02.2006, [http://www.tisk.org.tr/isveren\\_yazdir.asp?yazi\\_id=1080&id=61&baslik\\_id=&yapi=&gece\\_rli\\_sayfa=](http://www.tisk.org.tr/isveren_yazdir.asp?yazi_id=1080&id=61&baslik_id=&yapi=&gece_rli_sayfa=)

*Türkiye'nin Güçlü Ekonomiye Geçiş Programı'nın Hedefleri, Politikaları ve Uygulamaları Açıklandı*, Erişim: 24.11.2005, [http://www.tisk.org.tr/isveren\\_sayfa.asp?yazi\\_id=302&id=18](http://www.tisk.org.tr/isveren_sayfa.asp?yazi_id=302&id=18)

*Ulusal İlaç Kurumu Yolda* (21.09.2005), Erişim: 24.03.2006, <http://www.radikal.com.tr/haber.php?haberno=164669>

*Üçüncü Sağlık Projesi İmzalandı*, Erişim: 02.01.2006,  
<http://www.byegm.gov.tr/yayinlarimiz/TURKHABER/94/T59.htm>

WB, *Health Transition Project*, Erişim: 25.10.2004, [http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDS\\_IBank\\_Servlet?pcont=details&eid=000090341\\_20040503130553](http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDS_IBank_Servlet?pcont=details&eid=000090341_20040503130553)

WB, “Turkey: Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency” Document of the World Bank”, Report No: 24358-Tu, March 2003, Erişim: 25.10.2004, [http://wwwwds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2003/05/03/000094946\\_03042404004721/Rendered/PDF/multi0page.pdf](http://wwwwds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2003/05/03/000094946_03042404004721/Rendered/PDF/multi0page.pdf)

WTO, *Turkey-Schedule Of Specific Commitments (15.04.1994)*, Erişim: 24.04.2004, [http://www.wto.org/english/tratop\\_e/serv\\_e/serv\\_commitments\\_e.htm](http://www.wto.org/english/tratop_e/serv_e/serv_commitments_e.htm)

“*Yabancı Hekim*” Kanun Tasarısı Hazır (13.03.2006), Erişim: 22.03.2006, <http://www.medimagazin.com.tr/haber/36719.html>

*Yeşil Kart* (Nisan 1994), Erişim: 10.01.2006, <http://www.spgk.saglik.gov.tr/ss/sayilar/9404/6.htm#Y>

<http://www.ankarahaber.com/index.php?islem=detay&id=7281>, Erişim: 02.01.2006

[http://www.sigortam.net/bultenler/29/29\\_saglik.asp.](http://www.sigortam.net/bultenler/29/29_saglik.asp.), Erişim: 20.02.2006

<http://www.ttb.org.tr/TD116/index.php3>, Erişim: 22.03.2006

## **Mevzuat**

1961 Anayasası, (Hazırlayan: Halil Alınmaz), Yıldız Kitabevi, İstanbul, 1976

1982 Anayasası, Erişim: 12.02.2004, <http://www.tbmm.gov.tr/Anayasa.htm>

*Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun (2004 tarih 5258 sayılı)*, Erişim: 09.12.2004, <http://www.istabip.org.tr/yasa/ailehekim.html>

*Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun (2005 tarih ve 5283 sayılı), Erişim: 10.02.2006, <http://www.edb.adalet.gov.tr/ymb/267/267.htm#saglikbirimlerininsaglikbakanliginadevri>*

*Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun (2003 tarih ve 4924 sayılı), Erişim: 12.04.2006, <http://www.memurlar.net/haber/1757/>*

*Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sigortalar Kurumu Kanunu (1971 tarih ve 1479 sayılı), Erişim: 21.02.2006, <http://www.bagkur.gov.tr/mevzuat/s01.shtml>*

*İşsizlik Sigortası Kanunu (Sosyal Sigortalar Kanunu, Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu, Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu, Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu, Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu ile İş Kanununun Bir Maddesinin Değiştirilmesi ve Bu Kanunlara Ek ve Geçici Maddeler Eklenmesi, İşsizlik Sigortası Kurulması, Çalışanların Tasarrufa Teşvik Edilmesi ve Bu Tasarrufların Değerlendirilmesine Dair Kanunun İki Maddesinin Yürürlükten Kaldırılması ile Genel Kadro ve Usulü Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin Eki Cetvellerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun (1999 tarih ve 4447 sayılı), Erişim: 11.02.2006, <http://www.belgenet.com/yasa/k4447.html>*

*Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun (kabul tarihi: 2004, 5227 sayılı), Erişim: 25.12.2004, <http://www.belgenet.com/yasa/k5227.html>*

*Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu (1987 tarih ve 3359 sayılı), Erişim: 13.01.2006, <http://www.hukukcu.com/bilimsel/genelkanunlar/3359.html>*

*Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Sağlık Personelinin Tazminat Ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun, Devlet Memurları Kanunu Ve Tababet Ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun İle Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ( 2005 tarih ve 5371 sayılı),* Erişim: 28.01.2006, <http://www.istabip.org.tr/yasa/5371.html>

*Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (1961 tarih ve 224 sayılı),* Erişim: 12.01.2006, <http://www.istabip.org.tr/yasa/sosyalk.html>

*Sosyal Sigortalar Kanunu (1964 tarih ve 506 sayılı),* Erişim: 21.02.2006, [http://www.ssk.gov.tr/sskdownloads/bilgibankasi/mevzuat/506\\_turkce.doc](http://www.ssk.gov.tr/sskdownloads/bilgibankasi/mevzuat/506_turkce.doc)

*Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu (2003 tarih ve 4958 sayılı),* Erişim: 21.02.2006, <http://www.ssk.gov.tr/wps/portal/>

*Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu (2006 tarih ve 5502 sayılı),* Erişim: 25.06.2006 [http://www.calisma.gov.tr/birimler/sgk\\_web/html/sgk.doc](http://www.calisma.gov.tr/birimler/sgk_web/html/sgk.doc)

*Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (2006 tarih ve 5510 sayılı),* Erişim:18.06.2006, [http://www.calisma.gov.tr/birimler/sgk\\_web/html/sosyalsigvegensagsigkanunu.doc](http://www.calisma.gov.tr/birimler/sgk_web/html/sosyalsigvegensagsigkanunu.doc)

*Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik (2005 tarih, No: 25867),* Erişim: 16.12.2005, <http://www.istabip.org.tr/yasa/ailehekimyon.html>

*Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik (2005 tarih, No: 25904),* Erişim: 16.12.2005, <http://www.istabip.org.tr/yasa/ailesozlesme.html>

*Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik (1995 tarih, No: 22168),* Erişim: 08.10.2004, <http://www.istabip.org.tr/yasa/isletme/html>

*Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Devlet Tarafından Karşılanması ve Yeşil Kart Uygulaması Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına İlişkin Yönetmelik* (2004 tarih, No: 25678), Erişim: 26.12.2004, [http://www.istabip.org.tr/yasa/yesil\\_yon.html](http://www.istabip.org.tr/yasa/yesil_yon.html)

*Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü Sağlık İşleri Yönetmeliği* (2001 tarih, No. 24578), Erişim: 08.10.2004, [http://www.istabip.org.tr/yasa/ssk\\_yon.html](http://www.istabip.org.tr/yasa/ssk_yon.html)

*Sosyal Yardımlar ve Primsiz Ödemeler Kanun Tasarısı Taslağı*, Erişim: 25.06.2006, [http://www.calisma.gov.tr/birimler/sgk\\_web/html/sosyrpodekanuntasaritaslak.doc](http://www.calisma.gov.tr/birimler/sgk_web/html/sosyrpodekanuntasaritaslak.doc)

### **Resmi Belgeler**

58. *Hükümet Programı* (23 Kasım 2002), Erişim: 24.11.2005, <http://www.belgenet.com/hukümet/program/58-1.html>

59. *Hükümet Programı* (18 Mart 2003), Erişim: 23.03.2006, <http://www.akparti.org.tr/>

*Acil Eylem Planı* (16 Kasım 2002), Erişim: 24.12.2005, [http://www.belgenet.com/eko/acileylem\\_161102.html](http://www.belgenet.com/eko/acileylem_161102.html)

*Acil Eylem Planı* (3 Ocak 2003), Erişim: 30.01.2006, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/>

Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), **Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989)**, Yayın No: DPT:1974

Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), **Dünyada Küreselleşme ve Bölgesel Bütünleşmeler**, Yayın No: 2375, ÖİK: 440, Ankara, Ocak 1995

Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), **Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005**, Haziran 2000



Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), **Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, DPT: 2561, ÖİK: 577, Ankara, 2001

Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), **Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005) 2004 Yılı Programı Destek Çalışmaları: Ekonomik ve Sosyal Sektörlerdeki Gelişmeler**, Ankara, 2004

Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), **Ekonomik ve Sosyal Göstergeler (1950-2004)**, Ağustos 2005

*Kamu Yönetimi Temel Kanun Tasarısı-Genel Gerekçe (29 Aralık 2003)*, Erişim: 25.12.2004, <http://www.belgenet.com/yasa/kamu-02.html>

*Kamu Yönetiminin Yeniden Yapılandırılması Yasasına Veto (3 Ağustos 2004)*, Erişim: 25.12.2004, [http://www.belgenet.com/2004/k5227\\_veto.html](http://www.belgenet.com/2004/k5227_veto.html).

T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, **Türkiye İstatistik Yıllığı**, 2004

T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı, *Güçlü Ekonomiye Geçiş Programı'nda Temel Yapısal Reform Konuları*, Erişim: 01.02.2006, [http://www.hazine.gov.tr/genel\\_degerlendirme.htm](http://www.hazine.gov.tr/genel_degerlendirme.htm)

T.C. Başbakanlık Yüksek Denetleme Kurulu, **Genel Rapor 2000**, Ankara, 2002

T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, *Bağ-Kur'un Toplam Sağlık ve İlaç Harcamaları*, Erişim: 20.02.2006, [http://www.calisma.gov.tr/basinbulteni/bk\\_saglik\\_giderleri.htm](http://www.calisma.gov.tr/basinbulteni/bk_saglik_giderleri.htm)

T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, *SSK Sigortalı Sayıları*, Erişim: 21.02.2006, [http://www.calisma.gov.tr/basinbulteni/2005\\_bulten1/8\\_aylik/ssk\\_sigortalı\\_sayıları.htm](http://www.calisma.gov.tr/basinbulteni/2005_bulten1/8_aylik/ssk_sigortalı_sayıları.htm)

T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, *SSK'nın Toplam Sağlık ve İlaç Harcamaları*, Erişim: 21.02.2006, [http://www.calisma.gov.tr/basinbulteni/bk\\_saglik\\_giderleri3.htm](http://www.calisma.gov.tr/basinbulteni/bk_saglik_giderleri3.htm)

T.C. Emekli Sandığı, *T.C. Emekli Sandığı'nın Sağlık Ödemeleri*, Erişim: 20.02.2006  
<http://www.emekli.gov.tr/ISTATISTIK/saglik.html#s1>

T.C. Merkez Bankası, *26.04.2005 Tarihli IMF Niyet Mektubu*, Erişim: 19.03.2006,  
<http://www.tcmb.gov.tr/yeni/duyuru/2005/niyet260405/IMFniyetTRnisan05.pdf>

T.C. Merkez Bankası, *4. Gözden Geçirmeye İlişkin Niyet Mektubu (05.04.2003)*,  
Erişim: 19.03.2006, [http://www.tcmb.gov.tr/yeni/duyuru/2003/4gg\\_nm\\_tr.pdf](http://www.tcmb.gov.tr/yeni/duyuru/2003/4gg_nm_tr.pdf)

T.C. Sağlık Bakanlığı, *Birinci Sağlık Projesi*, Erişim: 02.01.2006,  
<http://www.spgk.saglik.gov.tr/tr/1proje.html>

T.C. Sağlık Bakanlığı, *İkinci Sağlık Projesi*, Erişim: 02.01.2006,  
<http://www.spgk.saglik.gov.tr/tr/2proje.html>

T.C. Sağlık Bakanlığı, *Temel Sağlık Hizmetleri Projesi*, Erişim: 10.01.2006,  
<http://www.spgk.saglik.gov.te/ss/sayilar/9709/s7.html>

T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Devlet Bütçesine Oranı*, Erişim:  
02.02.2006, <http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/apk/2003istatistik/22sayfa.htm>

T.C. Sağlık Bakanlığı, *Seçilmiş Bazı OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları, 2001*,  
Erişim: 05.02.2006, <http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/ytkiy2004/T13.XLS>

T.C. Sağlık Bakanlığı, *Türkiye'de Yıllara Göre Sağlık Harcamaları (1991-2003)*,  
Erişim: 05.02.2006, <http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/ytkiy2004-T10.XLS>

T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlıkta Dönüşüm**, Ankara, Aralık 2003

T.C. Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, **Avrupa Birliği Müktesebatının Üstlenilmesine İlişkin Türkiye Ulusal Sağlık Programı**, Ankara, Eylül 2003

“Türkiye Cumhuriyeti İle Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası Arasında Akdedilen Sağlık Projesi İkraz Anlaşması”, **Resmi Gazete**, Sayı: 20658, 7 Ekim 1990

“Türkiye Cumhuriyeti ve Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası Arasında İkraz Anlaşması (İkinci Sağlık Projesi), **Resmi Gazete**, Sayı: 22149, 22 Aralık 1994

“Türkiye Cumhuriyeti ve Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası Arasında İkraz Anlaşması (Temel Sağlık Hizmetleri Projesi)”, **Resmi Gazete**, Sayı: 23203, 17 Aralık 1997