

**TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNDE YAŞANAN DÖNÜŞÜM:
ESKİŞEHİR’DE ALT GELİR GRUPLARI ÜZERİNE BİR İNCELEME**

Emre KOL

(Doktora Tezi)

Eskişehir, 2014

**TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNDE YAŞANAN DÖNÜŞÜM:
ESKİŞEHİR’DE ALT GELİR GRUPLARI ÜZERİNE BİR İNCELEME**

Emre KOL

DOKTORA TEZİ

Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Banu UÇKAN

Eskişehir

Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Şubat, 2014

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Emre KOL'un "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Dönüşüm: Eskişehir'de Alt Gelir Grupları Üzerine Bir İnceleme" başlıklı tezi 17 Şubat 2014 tarihinde, aşağıdaki jüri tarafından Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca, **Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri** Anabilim Dalında Doktora tezi olarak değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Üye (Tez Danışmanı) : Doç.Dr.Banu UÇKAN

Üye : Prof.Dr.Ufuk AYDIN

Üye : Prof.Dr.Nadir SUĞUR

Üye : Prof.Dr.A.Çiğdem KIREL

Üye : Prof.Dr.Cem KILIÇ

İmza
.....
.....
.....
.....
.....

Prof.Dr.B.Zafer ERDOĞAN
Anadolu Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

Doktora Tez Özü

TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNDE YAŞANAN DÖNÜŞÜM: ESKİŞEHİR’DE ALT GELİR GRUPLARI ÜZERİNE BİR İNCELEME

Emre KOL

**Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı
Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Şubat 2014**

Danışman: Doç. Dr. Banu UÇKAN

Bu çalışmanın amacı sağlık hizmetlerinin kamusal niteliğinde yaşanan dönüşümün alt gelir gruplarında yer alan kişiler tarafından nasıl algılandığının ortaya konulmasıdır. Bu amaca yönelik olarak hazırlanan anket araştırmacı tarafından karşılıklı görüşme yöntemi ile ankete katılan kişilere uygulanmıştır. Bu bağlamda araştırmada nicel yöntem kullanılmıştır. Araştırma kapsamında yararlanılan anket üç bölümden ve 57 sorudan oluşmaktadır. Araştırmanın amacına yönelik verileri elde etmek için 400 kişi ile karşılıklı görüşme yöntemi ile anket uygulaması gerçekleştirilmiş ve bu anketlerden cevap alınamayan soruların yer aldığı 13 anket değerlendirilme dışı bırakıldıktan sonra 387 anket araştırma kapsamında değerlendirmeye alınmıştır.

Araştırma bulgularına göre katılımcıların çoğunluğu (%62) sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşümü iyi olarak değerlendirmekte, yaklaşık %30’u ise bu dönüşümün çok iyi olduğunu belirtmektedir. Buna karşın katılımcıların sadece %2,7’si bu dönüşümü olumsuz olarak algılamaktadır. Sonuç olarak Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen uygulamaların uzun yıllardan beri sağlık hizmetlerinin sunumunda var olan aksaklıkları ortadan kaldırdığını, ödeme gücü olmadığı için sağlık hizmetlerinden yararlanamayan kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmelerini sağladığını ve sağlık hizmetlerinin sunumunda var olan eşitsizlikleri ortadan kaldırarak tüm vatandaşların sağlık hizmetlerinden yararlanabilmelerini sağladığını ifade edebiliriz.

Anahtar Kelimeler: Sosyal politika, sağlık hizmetleri, Sağlıkta Dönüşüm Programı, genel sağlık sigortası

Abstract

TRANSFORMATION OF HEALTH CARE SERVICES IN TURKEY: AN ANALYSIS ON LOW-INCOME CITIZENS IN ESKİŞEHİR

Emre KOL

Department of Labor Economics and Industrial Relations

Anadolu University, Graduate School of Social Sciences, February 2014

Advisor: Assoc. Prof. Dr. Banu UÇKAN

The purpose of this study is to reveal the low-income citizens' perception on the transformation of public characteristics of healthcare services. Quantitative research methodology has been employed in the study. A survey composed in accordance with the aim of the study was conducted on the selected participants via face-to-face interviews. The survey was composed of three main parts and 57 questions. In total 400 survey were conducted and 13 of them found to be invalid. Thus the evaluations were made based on the 387 valid surveys.

Research findings revealed that most of the participants found the transformations in healthcare services positive. 62% of the participants found the transformation good, whereas 30% of them were found it to be very good. Only small percentage (2.7%) of the participant perceived the transformation of the healthcare services negative. Consequently, the results of the study indicated that the applications introduced with the Health Transformation Program eliminated the lengthy experienced problems in healthcare services provisions, provided healthcare services for the citizens who do not benefit much from the healthcare services due to their low income level, abolished the unequal treatments and provided healthcare services for all the citizens.

Keywords: Social policy, healthcare services, Health Transformation Program, general health insurance

Önsöz

Bu tezin tamamlanması sürecinde birçok kişinin katkısı olmuştur. Öncelikle zorlu ve uzun doktora öğrenciliğim sürecinde danışmanlığımı yürüten Doç. Dr. Banu Uçkan'a çok teşekkür ederim. Ayrıca tez izleme komitesinde yer alan Prof. Dr. Ufuk Aydın'a özellikle Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununda yapılan değişiklikler konusunda sağladığı katkılar ve tez başlığının belirlenmesindeki katkıları için çok teşekkür ederim. Tez izleme komitesinde yer alan Prof. Dr. Nadir Suğur'a yoğun temposuna rağmen bana zaman ayırdığı ve tez konuma farklı bir açıdan bakmamı sağladığı için çok teşekkür ederim. Tez savunma jürimde yer alan Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölüm Başkanı Prof. Dr. Çiğdem Kirel'e bu süreçte verdiği destek ve katkıları için çok teşekkür ederim. Tez savunma jürimde yer alan Prof. Dr. Cem Kılıç'a yoğun iş temposuna rağmen tez savunma jürimde yer aldığı ve sağladığı katkılar için çok teşekkür ederim. Araştırma kapsamında geliştirdiğim anket ile ilgili değerli görüşlerini benimle paylaşan Doç. Dr. Zerrin Sungur ve Yrd. Doç. Dr. Ali Özdemir'e çok teşekkür ederim.

Araştırmayı gerçekleştirebilmem için gerekli desteği sağlayan başta Tepebaşı Kaymakamlığı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı Müdürü Yasin Özkaya ve Genel Sağlık Sigortası bölümü sorumlusu Sadık Yıldırım olmak üzere tüm vakıf çalışanlarına çok teşekkür ederim. Ayrıca tüm sorunlarına rağmen araştırmaya katılarak ankette yer alan sorulara sabırla ve içtenlikle yanıt veren tüm katılımcılara çok teşekkür ederim. Onlar olmasaydı bu çalışmanın tamamlanması da mümkün olamazdı.

Doktora tez süreci boyunca yaşadığım tüm sorunları benimle birlikte paylaşan ve umutsuzluğa kapıldığım zamanlarda bana moral veren sevgili dostlarım Ozan Ağlargöz ve Feyza Ağlargöz'e çok teşekkür ederim.

Son olarak eğitimim için her türlü fedakârlığı yapan ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili aileme çok teşekkür ederim.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ

Bu tez çalışmasının bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumunda bilimsel etik ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilmeyen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; bu çalışmanın Anadolu Üniversitesi tarafından kullanılan bilimsel intihal tespit programıyla tarandığını ve hiçbir şekilde intihal içermediğini beyan ederim.

Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara razı olduğumu bildiririm.

Emre KOL



Özgeçmiş

Emre KOL

Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı

Doktora

Eğitim

- Y.Ls. 2009 Anadolu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,
Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı
- Ls. 2004 Kocaeli Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi (İİBF),
Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü

Bildiriler

- Kol, E. (2012). Work and Family Balance: An Empirical Analysis from Turkey. *SIBR-Thammasat 2012 Conference on Interdisciplinary Business and Economics Research*, June 7-9, Bangkok, Thailand.
- Kol, E. (2012). Sağlık Kurumlarında Sosyal Hizmet Uygulamaları: Ankara ve Eskişehir Örneği. *14. Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Kongresi*, 25-27 Mayıs 2012, Zeytinburnu, İstanbul.
- Kol, E. (2010). Social Work Practices in Health Care Institutions Operating in Turkey. *16. Qualitative Health Research Conference*, 3-5 Ekim 2010, Vancouver, Canada.

Kişisel Bilgiler

Doğum yeri/yılı: Gebze/30.08.1980

Cinsiyet: Erkek

Yabancı dil: İngilizce

İçindekiler

Sayfa

Jüri ve Enstitü Onayı.....	ii
Öz.....	iii
Abstract.....	iv
Önsöz.....	v
Etik İlke ve Kurallara Uygunluk Beyannamesi	vi
Özgeçmiş	vii
Tablo ve Şekiller Listesi	xii
Kısaltmalar Listesi.....	xiv
Giriş.....	1
1. Sosyal Politika Açısından Sağlık Hizmetleri	7
1.1. Sosyal Politika, Sağlık Hakkı ve Sağlık Politikaları	7
1.1.1. Sosyal politikanın tanımı	7
1.1.1.1. Dar anlamda sosyal politika.....	10
1.1.1.2. Geniş anlamda sosyal politika	11
1.1.2. Sosyal hak olarak sağlık hakkı.....	12
1.1.3. Refah rejimleri açısından sağlık politikaları	17
1.1.4. Refah rejimlerine göre sağlık sistemlerinin sınıflandırılması	34
1.2. Sağlık Hizmetlerine İlişkin Teorik Çerçeve.....	37
1.2.1. Sağlık hizmetlerinin tanımı	38
1.2.2. Sağlık hizmetlerinin özellikleri.....	39
1.2.2.1. Belirsizlik ve ertelenemezlik	39
1.2.2.2. Sağlık hizmetlerinin kamusal niteliği.....	40
1.2.2.3. Sağlık hizmetlerinin ikamesinin olmaması.....	42
1.2.2.4. Sağlık hizmetlerinin değişkenlik göstermesi	42
1.2.3. Sağlık hizmetlerinin türleri	43
1.2.3.1. Koruyucu sağlık hizmetleri.....	43
1.2.3.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri	44
1.2.3.2.1. Kendi kendine bakım.....	44
1.2.3.2.2. Birinci basamak tedavi hizmetleri.....	45

1.2.3.2.3. İkinci basamak tedavi hizmetleri.....	45
1.2.3.2.4. Üçüncü basamak tedavi hizmetleri.....	46
1.2.3.3. Rehabilitasyon hizmetleri.....	46
1.3. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri.....	47
1.3.1. Ulusal sağlık hizmetleri sistemi: Beveridge modeli	47
1.3.2. Sosyal sigorta sistemi: Bismark modeli	49
1.3.3. Özel sigorta sistemi: Liberal sağlık modeli	51
2. Sağlık Hizmetlerinin Kamusal Niteliğinde Yaşanan Dönüşüm.....	53
2.1. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	53
2.1.1. Kamu ekonomisi ve sağlık hizmetlerinin sunumu.....	54
2.1.2. Piyasa ekonomisi ve sağlık hizmetlerinin sunumu	56
2.2. Sağlık Hizmetlerinin Kamusal Niteliğinde Yaşanan Dönüşüm	57
2.2.1. Yeni kamu yönetimi anlayışında sağlık hizmetleri.....	59
2.2.2. Sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması	61
2.2.3. Uluslararası kuruluşların sağlık hizmetleri üzerindeki etkileri.....	62
2.3. Neo-Liberal Dönüşüm ve Sağlık Politikaları.....	65
2.3.1. Sağlık hizmetlerinin metalaşması	66
2.3.2. Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi	67
2.3.2.1. Doğrudan özelleştirme.....	67
2.3.2.2. Hizmet alımı ve alt işverenlik yoluyla kısmi özelleştirme	68
2.3.2.3. Özel sağlık sigortalarının yaygınlaştırılması	69
2.3.2.4. Özerkleştirme yoluyla özelleştirme	71
2.3.2.5. Maliyet paylaşımı politikaları.....	71
2.3.2.6. Kamu özel ortaklığı	73
2.4. Farklı Ülkelerde Sağlık Reformu Uygulamaları.....	76
2.4.1. İngiltere	77
2.4.2. Almanya.....	78
2.4.3. İskandinav ülkeleri.....	81
2.4.4. İspanya.....	83
2.4.5. ABD.....	85
2.4.6. Küba.....	87
3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Dönüşümü	89
3.1. Türkiye’de Sağlık Politikaları.....	89

3.1.1. 1920 öncesi dönem	89
3.1.2. 1920 – 1960 yılları arasındaki dönem	90
3.1.3. 1960 – 1980 yılları arasındaki dönem	92
3.1.4. 1980- 2002 yılları arasındaki dönem.....	94
3.1.5. 2003 yılı sonrası sağlık politikaları: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı.....	97
3.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Temel Bileşenleri	99
3.2.1. Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı	100
3.2.2. Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası sistemi	101
3.2.3. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık sistemi	104
3.2.3.1. Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri: Aile hekimliği modeli	104
3.2.3.2. Etkili ve kademeli sevk zinciri	106
3.2.3.3. İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri: Özerk hastaneler	107
3.2.4. Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü	108
3.2.5. Sistemi destekleyecek nitelikte eğitim ve bilim kurumları	111
3.2.6. Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon.....	113
3.2.7. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma	114
3.2.8. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi.....	115
4. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Kamusal Niteliğinde Yaşanan Dönüşümün Etkilerine Yönelik Bir Uygulama	117
4.1. Araştırmanın Problemi.....	117
4.2. Araştırmanın Amacı	119
4.3. Araştırmanın Önemi.....	120
4.4. Araştırmanın Varsayımları.....	121
4.5. Araştırmanın Sınırları	121
4.6. Araştırmanın Yöntemi.....	121
4.6.1. Araştırma modeli.....	121
4.6.2. Evren ve örneklem.....	123
4.6.3. Verilerin toplanması.....	123
4.6.4. Verilerin analizi	124
4.7. Bulgular ve Yorum.....	124
4.7.1. Katılımcılara ilişkin genel bilgiler.....	124

4.7.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın etkinliğine yönelik değerlendirmeler	128
4.7.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen uygulamalara yönelik değerlendirmeler.....	133
4.7.3.1. Hasta hakları uygulamaları ile ilgili değerlendirmeler	134
4.7.3.2. Gelir testi uygulaması ile ilgili değerlendirmeler	136
4.7.3.3. Hizmet alınan sağlık kurumu ve katılımcıların sağlık durumları ile ilgili değerlendirmeler	141
4.7.3.4. Tedavi hizmetleri ile ilgili değerlendirmeler	145
4.7.4. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın etkinliği ile demografik bilgilerin karşılaştırılması	153
4.7.5. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın etkinliği ile getirilen uygulamalara yönelik karşılaştırmalar	158
4.7.6. Katılımcıların demografik özellikleri ile Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen uygulamalara yönelik değerlendirmeleri arasındaki ilişki.....	161
4.7.6.1. Katılımcı cinsiyetine göre Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen uygulamalara yönelik değerlendirmeler.....	161
4.7.6.2. Katılımcı yaş gruplarına göre Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen uygulamalara yönelik değerlendirmeler	163
5. Sonuç, Tartışma ve Öneriler	166
5.1. Sonuç ve Tartışma.....	166
5.2. Öneriler	176
Ekler Listesi.....	178
Kaynakça	194

Tablo ve Şekiller Listesi

	<u>Sayfa</u>
Şekil 1. Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Basamakları	44
Tablo 1. Bonoli'nin Bismark ve Beveridge Sosyal Politika Modeli	25
Tablo 2. Korpi ve Palme'nin İdeal Sosyal Sigorta Kurumları Modeli	28
Tablo 3. Refah Devletleri Tipolojilerinin Değerlendirilmesi	32
Tablo 4. Sağlık Sistemi Tipolojilerinin Kuramsal Boyutları	35
Tablo 5. Katılımcıların Demografik Özellikleri	127
Tablo 6. Sağlıkta Dönüşüm Programı'na Yönelik İfadeler	133
Tablo 7. Hasta Hakları Birimi	136
Tablo 8. Gelir Testi	141
Tablo 9. Hizmet Alınan Sağlık Kurumu ve Katılımcıların Sağlık Durumları ile İlgili Bilgiler.....	143
Tablo 10. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Katılımcılara Yansımaları.....	148
Tablo 11. Olumlu Görüşler	151
Tablo 12. Olumsuz Görüşler.....	152
Tablo 13. Diğer Görüşler.....	153
Tablo 14. Yaş Grupları Açısından Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Etkinliği....	154
Tablo 15. Doğum Yerlerine Göre Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Etkinliği	155
Tablo 16. İkamet Süreleri Bakımından Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Etkinliği	155
Tablo 17. Katılımcıların Medeni Durumları Bakımından Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Etkinliği	156
Tablo 18. Katılımcıların Eğitim Durumları Bakımından Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Etkinliği	157
Tablo 19. Katılımcıların Meslek Grupları Açısından Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Etkinliği	158
Tablo 20. Devlet Hastanelerindeki Kan Tahlili ve MR gibi Laboratuvar Hizmetlerinin Özel Sektör Tarafından Verilmesine İlişkin Görüşler Açısından Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Etkinliği.....	159
Tablo 21. Ayakta Tedavi Hizmetinden Memnun Kalıp Kalmama Açısından Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Etkinliği.....	160

Tablo 22. Yatarak Tedavi Hizmetinden Memnun Kalıp Kalmama Açısından Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Etkinliği.....	160
Tablo 23. Ücretsiz Hale Getirilen Acil Sağlık Hizmetlerinden Memnun Kalıp Kalmama Açısından Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Etkinliği.....	161
Tablo 24. Katılımcı Cinsiyeti-Devlet Hastanelerindeki Kan Tahlili ve MR Gibi Laboratuvar Hizmetlerinin Özel Sektör Tarafından Verilmesi Hakkında Görüşler Çapraz Tablosu	162
Tablo 25. Ki-Kare Testi: Katılımcı Cinsiyeti-Devlet Hastanelerindeki Kan Tahlili ve MR Gibi Laboratuvar Hizmetlerinin Özel Sektör Tarafından Verilmesi Hakkındaki Görüşler.....	162
Tablo 26. Katılımcı Cinsiyeti-Genel Sağlık Durumları Çapraz Tablosu	163
Tablo 27. Ki-Kare Testi: Katılımcı Cinsiyeti-Genel Sağlık Durumları.....	163
Tablo 28. Yaş Grupları- Genel Sağlık Durumu Çapraz Tablosu.....	164
Tablo 29. Ki-Kare Testi: Yaş Grupları- Genel Sağlık Durumu	164
Tablo 30. Yaş Grupları- Sağlıkta Yaşanan Dönüşümü Değerlendirmeleri Çapraz Tablosu.....	165
Tablo 31. Ki-Kare Testi: Yaş Grupları- Sağlıkta Yaşanan Dönüşümü Değerlendirmeleri	165

Kısaltmalar Listesi

ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
AHBS:	Aile Hekimliği Bilgi Sistemi
AKP:	Adalet ve Kalkınma Partisi
AICC:	Aviation Industry CBT (Computer-based Training) Committee
ES:	Emekli Sandığı
FAO:	Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü
FTs:	Temel Hastane Birlikleri
GATS:	Hizmet Ticareti Genel Anlaşması
GOÜ:	Gelişmekte Olan Ülkeler
GSMH:	Gayri Safi Milli Hâsıla
GSYİH:	Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla
HIV:	İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü
HMM:	Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü
ILO:	Uluslararası Çalışma Örgütü
IMF:	Uluslararası Para Fonu
ISTCs:	Bağımsız Sektör Tedavi Merkezleri
MHRS:	Merkezi Hastane Randevu Sistemi
MSB:	Milli Savunma Bakanlığı
NHS:	Ulusal Sağlık Hizmetleri
NICs:	Ulusal Sigorta Primleri
OECD:	Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
PCTs:	Birinci Basamak Hastane Birlikleri
PFI:	Özel Finans Girişimi
PMI:	Özel Sağlık Sigortası
PNPH:	Ulusal Sağlık Planı için Doktorlar
SBBS:	Sağlık Bakanlığı Bilgi Sistemi
SCORM:	Shareable Content Object Referans Model
SFs:	Hastalık Fonları
SGK:	Sosyal Güvenlik Kurumu

SHAs:	Stratejik Sağlık Otoriteleri
SSK:	Sosyal Sigortalar Kurumu
SUT:	Sağlık Uygulama Tebliği
TBMM:	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TRIPS:	Ticaretle Bağlantılı Fikri Mülkiyet Hakları Anlaşması
TSH:	Temel Sağlık Hizmetleri
TÜİK:	Türkiye İstatistik Kurumu
UNEP:	Birleşmiş Milletler Çevre Programı
UNFPA:	Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu
UNICEF:	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
USAID:	ABD Uluslararası Kalkınma Ajansı
USES:	Uzaktan Sağlık Eğitim Sistemi
WB:	Dünya Bankası
WHO:	Dünya Sağlık Örgütü

Giriş

Sosyal politikanın tüm sosyal politikerler tarafından kapsam, hedefler ve zaman bakımlarından farklılaştırılarak, dar ve geniş olarak tanımlandığı görülmektedir. Bu açıdan bir karşılaştırma yapılırsa, dar olarak ifade edilen tanımın kapsamına sadece işçi sınıfı girmektedir. Sosyal politikanın geniş olarak ifade edilen tanımında ise sadece işçi sınıfı değil, toplumda sosyal koruma ihtiyacı hisseden tüm kesimler ve gruplar hedeflenmektedir. Devletin, bir yandan sosyal sınıflar ve bu sınıfların çıkarları arasında uzlaşma sağlama arayışı ve toplumda yer alan tüm bireylere ayırım yapmaksızın, asgari bir yaşam düzeyi sağlama amacı, diğer yandan toplumun çıkarlarını korumak için serbest piyasa işleyişine bırakılamayacak olan hizmetleri yerine getirme yükümlülüğü toplumsal bütünlüğü sağlamaya yönelik önlemler alınmasını gerektirmektedir. Bu nedenle; üretim, gelir, gelirin yeniden dağılımı, sağlık, eğitim, konut politikaları alanları geniş anlamda sosyal politika uygulamalarının özünü oluşturmaktadır

İnsanı hedef alan ve insanın sağlıklı ve mutlu bir hayat sürmesini amaçlayan sosyal politikalar içerisinde, sağlık politikasının doğrudan insan yaşamı ile ilgili oluşu, sağlık hizmetlerinin önemini ortaya koymaktadır. Toplumlarının sağlık sorunlarını çözmeyi amaçlayan tüm ülkeler, yeterli düzeyde sağlık hizmetini sağlamak ve bunu herkese eşit şekilde sunabilmek için çeşitli önlemler almak zorundadırlar. Emeklilik ve sağlık hizmetlerinin düzeyini belirleyen temel unsurlar ise, ülkenin gelişmişlik düzeyi ve devletin kaynakları olduğu kadar, sosyal politika kurumlarının toplumsal ve siyasi tarih içinde nasıl bir gelişim gösterdiği. Sağlık alanındaki gelişmelerin önemi bireyi olabildiğince uzun ve sağlıklı yaşatmaktan daha önemli bir konunun bulunmadığı düşüncesinden kaynaklanmaktadır. Bu düşünceden hareketle geniş anlamda sosyal politika anlayışında, tüm yurttaşların ihtiyaç duyduklarında yeterli düzeyde sağlık hizmeti alabilecekleri bir sağlık politikası hedefine yer verilmektedir.

Sosyal devlet anlayışı; tüm vatandaşlarına, içinde yaşadığı toplumun standartlarına uygun bir yaşam seviyesini sağlamayı kendine yükümlülük olarak gören bir devlet anlayışını belirtmektedir. Sosyal devlet, devletin sosyal barışı ve sosyal adaleti sağlamak için, sosyal ve ekonomik yaşama etkin bir şekilde katılmasını meşru ve gerekli görmektedir. Bu

kavramı kabul eden ülkeler, vatandaşlarının sosyal koşullarını iyileştirmek, onlara insan onuruna yakışır bir yaşam düzeyi sağlamak ve sosyal güvenlik ihtiyaçlarını karşılamak için kendilerini yükümlü kabul etmektedir. Bu yüzden, yaşadıkları toplumlarda bireyleri tüm olumsuz koşullara karşı koruyacak sosyal politikaları üretmek ve bu politikalara işlevsellik kazandırmak sosyal devlet anlayışını kabul eden ülkelerin görev alanına girmektedir.

Sosyal haklar; toplumda yaşayan ve statüsü nedeniyle g cs z konumda bulunan grupların, insan onuruna uygun bir yaşam standardının altına düşmemeleri için, çoğu kez devletin önlemler alması ya da doğrudan edimlerde bulunması yoluyla gerçekleşen ve toplumsal eşitsizliklerden doğan tehlikeleri yok etmeye yönelik haklardır. Buradan yola çıkarak, sosyal devlet anlayışının da toplumda g cs z durumda bulunan kişilerin olması nedeniyle devletin vatandaşıyla olan siyasi ilişkisinin bir sonucu olarak üstlendiği yükümlülüklerinin sonucunda ortaya çıktığı ifade edilebilir.

Sosyal devlet anlayışının gelişmesi ile birlikte sağlık hakkı temel ve evrensel bir insan hakkı olarak kabul edilmektedir. Sağlık hakkı, kişinin devletten, sağlığının korunmasını, ihtiyaç duyduğunda tedavi edilmesini, iyileştirilmesini isteyebilmesini ve toplumun sunduğu imkânlardan yararlanabilmesini ifade etmektedir. Herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşama hakkı bulunmaktadır. Devlet de tüm vatandaşlarının beden ve ruh sağlığı içinde ve insan onuruna yakışır bir şekilde yaşamalarını sağlamakla görevli bulunmaktadır.

Sağlıklı bir kişi, bedensel ve ruhsal faaliyetlerini engelleyecek şekilde organik veya fonksiyonel bozuklukları olmayan kişi olarak kabul edilmektedir. Buradan yola çıkılarak sağlık, yaşanan çevreye organizmanın uyumudur, ruhsal ve sosyal açıdan iyi olma halidir denilmektedir. Sağlık yalnızca hastalık ve sakatlık durumunun bulunmayışı olarak değil, bedensel, ruhsal ve sosyal açılardan tam bir iyilik hali olarak ifade edilmektedir. Sağlık hakkının uygulanabilmesi sağlık hizmetleri yoluyla gerçekleşmektedir. Sağlık hakkı soyut, sağlık hizmetleri ise somut bir kavramdır. Sağlık hizmetleri, hasta, doktor ve sağlık kuruluşu arasındaki   l  ilişki yoluyla gerçekleşmektedir. Sağlık hizmetleri en basit

şekilde bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığının korunması ve iyileştirilmesine yönelik hizmetler olarak tanımlanabilir.

Sağlık politikaları bir ülkenin refah rejimi bakımından incelenebilir. Sağlık ve emeklilik harcamaları toplam sosyal politika harcamalarının çok büyük bir bölümünü oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kamu kesimi tarafından mı, yoksa özel sektör tarafından mı sunulacağı, diğer taraftan bu hizmetlerin prim ödeme koşuluna bağlı olarak mı sunulacağı yoksa kapsamının evrensel olarak tüm nüfusu kapsayacak büyüklükte mi olacağı o ülkenin içinde bulunduğu refah rejiminin özelliklerine göre belirlenmektedir. Bu bağlamda bir ülkenin sağlık sistemini inceleyebilmek ve geçirdiği dönüşümün yönünü anlayabilmek için öncelikle o ülkenin içinde bulunduğu refah rejiminin belirlenmesi gerekmektedir.

Neo-liberal söylemlerin etkisinin hissedildiği tüm ülkelerde sağlık alanındaki en önemli sorunlar hızla artan sağlık harcamaları, hastanelerdeki verimsizlik ve kamu kaynaklarının etkin bir şekilde kullanılamaması olarak tanımlanırken, bu sorunların piyasa mantığına ve girişimcilik ilkelerine bağlı kalınarak çözüleceği iddia edilmektedir. Neo-liberal görüşlerin farklı bünyelerde benzer önerileri ileri sürmelerine rağmen sağlık alanında yaşanan sorunlar, ülkelerin özelliklerine göre farklılıklar göstermektedir. Batılı ülkeler evrensel sağlık sistemlerini hızla yükselen harcamalar ve artan talep karşısında nasıl sürdürebileceklerini düşünmekteyken, gelişmekte olan ülkelerin neo-liberalleşme politikaları bir taraftan sağlık güvencesinin kapsamını genişletmeye ve tüm nüfusun sağlık hizmetlerine ulaşmasını sağlamaya çalışıp, diğer taraftan finansman, sunum ve denetim fonksiyonlarının örgütlenmesinden kaynaklanan altyapı sorunları ve kaynak yetersizliği ile mücadele etmektedir.

Türkiye’de sağlık alanındaki reform girişimleri de bu bağlamda değerlendirilebilir. 1980’lerden beri iktidara gelen tüm hükümetler sağlık sisteminde reform gerçekleştirmeye çalıştılar. AKP (Adalet ve Kalkınma Partisi) hükümetinin 2003 yılında açıkladığı Sağlıkta Dönüşüm Programı da bu çabaların en son ve sağlık sistemi üzerinde en fazla etkisi olan halkasıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programı, bir yandan tüm nüfusu kapsayarak, farklı sosyal güvenlik kurumları arasındaki eşitsizlikleri ortadan kaldırırken

diğer taraftan özel sektörün sağlık hizmeti sunumundaki rolünü arttırmayı amaçlamaktadır. Özellikle genel sağlık sigortası ile birlikte temel sağlık hizmetlerini kapsayan tek bir temel teminat paketinin tüm nüfusa eşit olarak sunulmaya başlanması ve sosyal güvenlik sisteminin kapsamını genişletme çabaları Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlanan önemli gelişmelerdir. Türkiye’deki sağlık sisteminde özel sektörün hizmet sunumundaki payı artmakla birlikte sağlık hizmetlerinin finansmanı bir kamu kuruluşu olan Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından sağlanmakta ve hizmet sunumunda kamu halen en önemli aktör olmayı sürdürmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Türkiye’deki sağlık sisteminin örgütlenmesinde önemli bir dönüşümü hedeflediği ve yeni kamu yönetimi anlayışının öngördüğü, devletin hizmet sunumundan tümüyle çekilerek planlama ve denetleme görevlerine odaklanması sürecini başlattığı görülmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile kamuya ait hastaneler ve Sosyal Güvenlik Kurumu ile işbirliği yapan özel sağlık kurumlarının sosyal güvencesi olan hastalara hizmet vermek için rekabet içerisinde oldukları bir piyasa ortamı yaratılmıştır

Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi başta olmak üzere geçmiş birikim ve deneyimlerden, son dönemlerde yürütülen sağlık reformu çalışmalarından ve dünyadaki başarılı örneklerden esinlenilerek oluşturulmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın amacı ise; yönetim, verimlilik, kullanıcı ve hizmet sunucu memnuniyeti ile uzun vadeli mali sürdürülebilirliği iyileştirerek sağlık sistemini daha etkili hale getirmek şeklinde ifade edilmektedir. Bu çalışmada Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hedeflenen uygulamaların toplumun alt gelir gruplarında yer alan kişiler tarafından nasıl algılandığının ortaya konulması amaçlanmaktadır. Araştırma, bu soruya yanıt bulmak amacı ile planlanmış ve gerçekleştirilmiştir. Bu amaca yönelik olarak hazırlanan anket araştırmacı tarafından karşılıklı görüşme yöntemi ile ankete katılan kişilere uygulanmıştır. Böylece ankete katılan kişilerin konu hakkındaki gerçek düşüncelerinin irdelenmesine olanak sağlanmıştır. Anket çalışmasının amacı, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen bu uygulamaların alt gelir gruplarında yer alan kişiler tarafından nasıl algılandığını ortaya koyabilmektir. Böylece, katılımcıların Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen uygulamalar ve Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın etkinliğine yönelik görüşlerinin değerlendirilmesi yapılmaktadır.

2003 yılında uygulanmaya başlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetlerinin sunumunda köklü değişiklikler meydana getirilmiştir. SSK sağlık kurumları, Sağlık Bakanlığı'na devredilerek, sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılmıştır. Performansa dayalı ek ödeme sistemi uygulamasına geçilmiş ve Sağlık Bakanlığı hastanelerine, döner sermaye gelirlerini kullanma, satın alma ve yatırım ile ilgili kararlarda daha fazla özerklik tanınmıştır. Sağlık bilgi sistemleri geliştirilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte özel sektörün sağlık hizmetlerinin sunumundaki rolü artmıştır. Kamu hastaneleri, verimliliklerini arttırmak, tıbbi hizmetler üzerine yoğunlaşabilmek için altyapı hizmetlerini (bilgi teknolojileri, güvenlik, temizlik, lojistik, yemek gibi), özel sektörden hizmet alımı yoluyla sağlamaya başlamışlardır. Ayrıca kamu hastanelerinin, teknolojiye en son yeniliklerden yararlanmak, kaliteli sağlık hizmeti üretmek ve sunmak için özel sağlık kurumlarından teşhis/tanı hizmetleri satın alması yaygınlaşmıştır.

Tümdengelimci bir yaklaşımla hazırlanan bu çalışma dört ana bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın birinci bölümünde öncelikle sosyal politikanın tanımı, sosyal hak olarak sağlık hakkı ve refah rejimleri açısından sağlık politikaları ele alınacaktır. İzleyen kısımda ise sağlık hizmetlerinin tanımı, özellikleri ve türlerine değinilecektir. Son olarak ise sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri ele alınacaktır. İkinci bölümde ise temel olarak sağlık hizmetlerinin sunumu kamu ekonomisi ve piyasa ekonomisi açılarından irdelenecek ve bu bağlamda Neo-liberal dönüşüm ve sağlık politikaları üzerindeki yansımaları ele alınacaktır. İkinci bölüm kapsamında son olarak farklı ülkelerdeki sağlık reformu uygulamalarına değinilecektir. Çalışmanın üçüncü bölümünde Türkiye'de sağlık politikalarının tarihsel gelişimi dönemler itibarıyla ele alınarak, 2003 yılında uygulanmaya başlanan Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı irdelenecektir. Bölüm Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel bileşenlerinin ele alınmasıyla sona erecektir. Bu şekilde dördüncü bölümde yer alan araştırma bulgularına ilişkin altyapı oluşturulmuş olacaktır. Çalışma kapsamında yürütülen araştırma sürecinin ve sonuçlarının yer aldığı dördüncü bölümde ise öncelikli olarak araştırmanın yöntemi, verilerin analizi, bulgular ve bulgulara ilişkin yorumlara yer verilecektir. İzleyen kısımda katılımcılara ilişkin genel bilgiler, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın etkinliğine yönelik değerlendirmeler ve Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen uygulamalara yönelik değerlendirmelere

değerlendirilecektir. Son olarak Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın etkinliği ile demografik bilgilerin karşılaştırılması sonucunda elde edilen bulgular, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın etkinliği ile getirilen uygulamalara yönelik karşılaştırmalar, katılımcıların demografik özellikleri ile Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen uygulamalara yönelik değerlendirmeleri arasındaki ilişki analiz edilerek yorumlanacaktır.

1. Sosyal Politika Açısından Sağlık Hizmetleri

Bu bölümde ilk olarak sosyal politikanın tanımı, sosyal hak olarak sağlık hakkı ve refah rejimleri açısından sağlık politikaları ele alınacaktır. İzleyen kısımda ise sağlık hizmetlerinin tanımı, özellikleri ve türlerine değinilecektir. Son olarak ise sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri ele alınacaktır.

1.1. Sosyal Politika, Sağlık Hakkı ve Sağlık Politikaları

1.1.1. Sosyal politikanın tanımı

Hükümetlerin yüzyıllardan beri sosyal politikalar uygulamalarına rağmen, bu politikalar ancak II. Dünya Savaşından sonra sistematik bir akademik araştırmanın konusu olmuştur. Sosyal politika ilk kez XIX. yüzyılın ikinci yarısında Almanya’da Prof. Wilhelm Heinrich Riehl (1823-1897) tarafından hazırlanan bir eserde kullanılarak ortaya çıkan, daha sonraları ise özellikle Almanya’da kullanılan bir kavramdır. Riehl’in dışında aynı dönem içerisinde sosyal politika kavramı üzerinde düşünen ve terminolojinin gelişmesine katkı sağlayan bir diğer Alman bilim adamı ise Adolf Wagner’dır (1835-1917). Bununla birlikte kavramın yerleşik bir anlam kazanarak hızla gelişmesi ancak Otto Von Zwiedineck Südenhorst’un 1911 yılında yayınlanan eseriyle gerçekleşmiştir (Erkul, 1983: 1; Koray, 2008: 33). Türkiye’de sosyal politika kavramı ilk kez 1917 yılında Ziya Gökalp’in başında bulunduğu “İktisadiyet” dergisinde kullanılmıştır (Tuna ve Yalçıntaş, 1994: 20). Türkiye’de sosyal politika alanında eğitim ve öğretim ise İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi’nde, 1934 yılında yapılan üniversite reformu ile birlikte Türkiye’ye gelen Alman bilim adamlarından biri olan Prof. Gerhard Kessler tarafından kurulan “İktisat ve İctimaiyet Enstitüsü” bünyesinde başlamıştır¹ (Tuna ve Yalçıntaş, 1994: 26; Altan, 2006: 16).

¹1934 yılından itibaren Kessler 18 yıl boyunca İstanbul Üniversitesinde Sosyal Politika Kürsüsünde, sosyoloji, iktisadi bilimler, siyaset bilimi ve yerel yönetimler derslerinden de sorumlu olarak görev yapmıştır. 1935 yılında İktisadi Bilimler ve Sosyoloji Enstitüsünü kurmuş ve yönetmiştir. 1937 yılında ise İktisat Fakültesinin kurulması ile birlikte, iktisat derslerinin Hukuk Fakültesi bünyesinde verilmesi uygulaması sona ermiştir (Hanlein, 2006: 34).

Hükümetler sosyal politikalar yoluyla insanların refahını çok farklı yönlerde etkilemektedir. İlk olarak, özellikle insanların refahını arttırmayı amaçlayan politikalar oluşturmaktadır. İkinci olarak, hükümetler ekonomik, çevresel ya da sosyal koşullar üzerinde etkisi bulunan diğer politikalar yoluyla dolaylı olarak sosyal refahı etkileyebilmektedir. Üçüncü yol olarak, hükümet sosyal politikaları insanların refahını beklenmeyen ve istenmeyen yönlerde de etkileyebilmektedir. Richard Titmuss'un da belirttiği gibi belirli bir grubu hedefleyen bir politika, diğer bir grup için istenmeyen etkiler yaratabilmektedir. Örneğin yoksul kişilerin sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanabilmelerini hedefleyen bir politika, eğer bu hizmetlerin finansmanının genel vergilerden karşılanması öngörülmekteyse, vergi ödeyen varlıklı kesimlerin tepkilerini çekebilmektedir (Midgley vd., 2000: 4). Bu nedenle sosyal politika, bir ülkedeki vatandaşların refahını arttırmak için kullanılan hükümet politikaları ve sosyal hizmetler dizisi olan refah devletinin faaliyetleri ile yakından ilişkilidir.

Sosyal politika, ekonomik olaylardan kaynaklanan insanlar arasındaki ilişkileri incelerken ve bu olayların toplum yaşamı üzerindeki etkilerini araştırırken, mevcut ilişkileri ve etkilerini belirlemekle yetinmemekte, olması gereken durumu da göstererek, normatif bir yaklaşım kazanmaktadır. Bu özelliği sayesinde sosyal politika, geleceği de şekillendirmekte ve bu yolla insanlara toplumların değişme sürecine katılma olanağı sunmaktadır. Örneğin, toplumdaki yoksul ve düşkünlerin, gençlerin, küçük çiftçi ve sanatkârların korunması gerektiğini, işçilere adil ücret verilmesi gerektiğini, herkesin sosyal güvenliğe sahip olması gerektiğini, gelir dağılımının adil olması gerektiğini, hızlı sanayileşmenin ortaya çıkardığı sorunlar karşısında ekonomik yönden bağımlı durumda bulunan grupların korunması gerektiğini savunmaktadır. Sosyal politikanın bu düzeltici yaklaşımı, sosyal adalet, sosyal eşitlik ve sosyal denge hedeflerinin gereği olarak ortaya çıkmaktadır (Güven, 1997: 16-17; Talas, 1992: 19).

Sosyal politika kavramı sadece akademik bir disiplini ve onun çalışma alanını belirtmek için kullanılmamakta, bununla birlikte, gerçek yaşamdaki sosyal olayları ifade etmek için de kullanılmaktadır (Alcock vd., 2000: 1).

Sosyal politikaya ilişkin farklı tanımlamalara rastlamak mümkündür. Bu tanımların bazıları şu şekildedir:

Kessler, sosyal politikayı; “sosyal sınıfların hareketleri, tezatları ve mücadeleleri karşısında devleti ve hukuk nizamını ayakta tutmağa ve idame etmeğe matuf bir siyaset olarak” tanımlamaktadır (Kessler, 1945: 4).

Çubuk’a göre “sosyal politika, toplum organizmasının birer uzvu olarak yaşayan birimlerin hareketlerinden doğan mücadelelerini, tezatlarını ve farklılıklarını sosyal adalet ilkelerine göre çözümlemeyi ve bu suretle Devletin bütünlüğünü toplumun refahını toplum başarısını sağlamayı hedef alan tedbirlerin tümüdür” (Çubuk, 1983: 8).

Talas’a göre sosyal politika; “amacı sosyal adalet olan, ekonomi biliminin tarafsız işleyen yasalarını düzeltici ve kapitalist toplum düzeni içinde sınıf savaşımalarının nedenlerini gidermeye dönük önlemler ve politikalar öngören, oluşturan bir denge, uyum ve barış bilimidir” (Talas, 1992: 19).

Güven’e göre sosyal politika; “ekonomik olaylardan doğan insanlar arası ilişkileri toplumsal bütün içinde inceleyen bir bilim dalıdır. Bu bilim dalının konusunu, ekonomik olayların insanlar ve toplum yaşamı üzerindeki etkileri ve doğurduğu sosyal sorunlar oluşturmaktadır. Sosyal politika bu niteliği ile toplum bilim ile ekonomi bilimini birbirine yaklaştırmakta ve toplumsal gerçeğin ekonomik yanını, bu gerçeğin bütünü içinde incelemektedir” (Güven, 1997: 8-9).

Altan ise sosyal politikayı; “toplumun bağımlı çalışan, ekonomik yönden güçsüz ve özel olarak bakım, gözetim, yardım, desteklenme gereksinimi duyan kesimlerinin ve gruplarının karşılaştıkları ya da karşılaşılabilecekleri risklere, olumsuzluklara karşı, en geniş biçimde korunmalarına yönelik kamusal politikaları konu alan bir sosyal bilim dalı olarak” tanımlamaktadır (Altan, 2006: 4).

Sosyal politikanın neredeyse tüm sosyal politikerler tarafından kapsam, hedefler ve zaman bakımlarından farklılaştırılarak, dar ve geniş olarak tanımlandığı görülmektedir.

Bu açıdan bir karşılaştırma yapılırsa, dar olarak ifade edilen tanımın kapsamına sadece işçi sınıfı girmektedir. Sosyal politikanın geniş olarak ifade edilen tanımında ise sadece işçi sınıfı değil, toplumda sosyal koruma ihtiyacı hisseden tüm kesimler ve gruplar hedeflenmektedir (Altan, 2006: 4).

1.1.1.1. Dar anlamda sosyal politika

19. yüzyılın ikinci yarısı Sanayi Devrimi sonrası Avrupa’da sefaletle birlikte, emek ve sermaye arasındaki çatışmalarında arttığı bir yüzyıl olmuştur. Batı Avrupa ülkelerinde, bu çatışmayı azaltmak ve işçileri çalışma yaşamındaki hastalık, iş kazası gibi risklere karşı korumak amacı ile genelde gönüllü olan sigorta uygulamalarının başlatılması bir zorunluluk olmuştur. Bu uygulamaların zamanla kalıcı hale gelmesi ve yaygınlaşması ile sosyal sigorta kavramı ortaya çıkmış, bununla birlikte de devlete yönelik bir sosyal politikadan söz edilmeye başlanmıştır (Koray, 2008: 32-33; Taşçı, 2010: 11).

Dar anlamda sosyal politika, işçi sınıfına ve bu sınıfın çok temel sorunlarına yönelik dar kapsamlı, sınırlı amaçları bulunan bir politikadır. Bu şekliyle ilk olarak emek ve sermaye arasındaki mücadelelerin ve eşitsizliğin belirgin hale geldiği endüstrileşen ülkelere özgü bir politika olarak görülmekte ve temel amacı ise yükselen emek-sermaye çatışmasını azaltmak olmaktadır (Çubuk, 1983: 9; Talas, 1992: 15; Güven, 1997: 10; Altan, 2006: 4; Koray, 2008: 33; Tokol ve Alper, 2011: 3).

Belirtilen dönem, sanayi sektöründe yoğun olarak çalışan emekçiler için hiçbir yasal ve kurumsal korumanın bulunmadığı bir dönemdir. Siyasal haklar ise sadece ayrıcalıklı kişilere tanındığından, geniş kesimler için ne demokrasiden ne de devlet korumasından söz edilmektedir. Devlet, ekonomik ve siyasal açılardan burjuvazinin egemenliği altında bulunmaktadır. Burjuvazi kesimi ekonomiye müdahale edilmesini istememekte ve ekonomik sistemin yol açtığı eşitsizlikleri de doğal kabul etmektedir. Bunun sonucunda, sanayileşen, kentleşen ve işçileşen toplumlarda çatışmaların artması da kaçınılmaz bir sonuç olmaktadır (Koray, 2008: 33).

Dar anlamda sosyal politika sanayileşmenin doğurduğu sosyal sorunlar karşısında ortaya çıkmıştır. Dar anlamda sosyal politika, kapitalist ekonomi anlayışında iki sınıf arasındaki

çelişkileri ve mücadeleleri hafifletmeye ve mevcut düzeni sürdürmeye yönelik bir politika olarak görülmektedir (Tuna ve Yalçıntaş, 1994: 29).

Dar anlamda sosyal politika, işçi sınıfına yönelik sınırlı hedefleri olan bir yaklaşım taşıdığı için, tüm toplum kesimlerinin korunmasını hedefleyen bir anlayışa yer vermemektedir.

1.1.1.2. Geniş anlamda sosyal politika

Geniş anlamda sosyal politikanın kapsamına ise sadece işçi kesimi değil, toplumda sosyal koruma ihtiyacı hisseden tüm gruplar girmektedir. Bu politikalarla ekonomik ve sosyal koşulların dezavantajlı durumda bulunan kesimler ve gruplar lehine dönüştürülmesi, yani işçi sorunlarının değil, sosyal sorunların çözülmesi amaçlanmaktadır (Altan, 2006: 4). Başka bir ifadeyle, geniş anlamda sosyal politika işçi sınıfının korunması ve işveren kesimi ile olan çatışmalarının azaltılması gibi dar kapsamlı sorunları içermekle birlikte, korunma ihtiyacı olan bütün sosyal grupları ve sorunlarını da kapsamaktadır (Demirbilek, 2009: 67; Taşcı, 2012: 20).

Devletin, bir yandan sosyal sınıflar ve bu sınıfların çıkarları arasında uzlaşma sağlama arayışı ve toplumda yer alan tüm bireylere ayırım yapmaksızın, asgari bir yaşam düzeyi sağlama amacı, diğer yandan toplumun çıkarlarını korumak için serbest piyasa işleyişine bırakılamayacak olan hizmetleri yerine getirme yükümlülüğü toplumsal bütünlüğü sağlamaya yönelik önlemler alınmasını gerektirmektedir. Bu nedenle; üretim, gelir, gelirin yeniden dağılımı, sağlık, eğitim, konut politikaları alanları geniş anlamda sosyal politika uygulamalarının özünü oluşturmaktadır (Tokol ve Alper, 2011: 4).

Bir grup sosyal politikere göre; dar anlamdaki sosyal politikaların Sanayi Devrimi ile birlikte ortaya çıkmış olmasına karşın, geniş anlamdaki sosyal politikaların kökenleri daha önceki dönemlere kadar gitmektedir² (Özdemir, 2007: 15; Şenkal, 2005: 27; Tuna ve Yalçıntaş, 1994: 30; Kessler, 1945: 5).

²Ancak bu konuda tam bir fikir birliğinin bulunduğu söylenememektedir. Karşıt görüşü savunan sosyal politikerlere göre ise; sosyal politika dar anlamdaki tanımı ile birlikte ortaya çıkmış ve zaman içinde tüm

Sonuç olarak; sosyal politika, sosyal nitelikli politikaları konu alan bir bilim dalıdır. Sosyal politikanın bu özelliği dikkate alınarak; toplumun tüm bireylerine yönelik kamusal sosyal koruma rejimini konu alan bir sosyal bilim dalı olarak ifade edilebilir.

İnsanı hedef alan ve insanın sağlıklı ve mutlu bir hayat sürmesini amaçlayan sosyal politikalar içerisinde, sağlık politikasının doğrudan insan yaşamı ile ilgili oluşu, konunun önemini ortaya koymaktadır. Toplumlarının sağlık sorunlarını çözmeyi amaçlayan tüm ülkeler, yeterli düzeyde sağlık hizmetini sağlamak ve bunu herkese eşit şekilde sunabilmek için çeşitli önlemler almak zorundadırlar (Serter, 1994a: 221).

Emeklilik ve sağlık hizmetlerinin düzeyini belirleyen temel unsurlar ise, ülkenin gelişmişlik düzeyi ve devletin kaynakları olduğu kadar, sosyal politika kurumlarının toplumsal ve siyasi tarih içinde nasıl bir gelişim gösterdiği. Sağlık alanındaki gelişmelerin önemi bireyi olabildiğince uzun ve sağlıklı yaşatmaktan daha önemli bir konunun bulunmadığı düşüncesinden kaynaklanmaktadır. Bu düşünceden hareketle geniş anlamda sosyal politika anlayışında, tüm yurttaşların ihtiyaç duyduklarında yeterli düzeyde sağlık hizmeti alabilecekleri bir sağlık politikası hedefine yer verilmektedir.

1.1.2. Sosyal hak olarak sağlık hakkı

Sosyal devlet anlayışı; tüm vatandaşlarına, içinde yaşadığı toplumun standartlarına uygun bir yaşam seviyesini sağlamayı kendine yükümlülük olarak gören bir devlet anlayışını belirtmektedir. Sosyal devlet, devletin sosyal barışı ve sosyal adaleti sağlamak için, sosyal ve ekonomik yaşama etkin bir şekilde katılmasını meşru ve gerekli görmektedir. Bu kavramı kabul eden ülkeler, vatandaşlarının sosyal koşullarını iyileştirmek, onlara insan

toplum kesimlerinin sorunlarının çözümüne yönelmiş, sosyal devlet anlayışının yaygınlaştığı 1945 ve 1975 yılları arasındaki dönemde ise en geniş uygulama düzeyine ulaşmıştır (Çubuk, 1983: 11; Erkul, 1983: 11; Koray, 2008: 35; Tokol ve Alper, 2011: 3-4).

onuruna yakışır bir yaşam düzeyi sağlamak ve sosyal güvenlik ihtiyaçlarını karşılamak için kendilerini yükümlü kabul etmektedir. Bu yüzden, yaşadıkları toplumlarda bireyleri tüm olumsuz koşullara karşı koruyacak sosyal politikaları üretmek ve bu politikalara işlevsellik kazandırmak sosyal devlet anlayışını kabul eden ülkelerin görev alanına girmektedir (Altan, 2006: 14-15; Serter, 1994b: 32-33). Sosyal devlet kurumsal olarak ilk kez I. Dünya Savaşı sonrasında görülmüş, kurumsallaşmanın tamamlanması ve yaygınlık kazanması ise II. Dünya Savaşı sonrasında gerçekleşmiştir. Bununla birlikte, sosyal devlet anlayışının farklı bir bağlamda daha geniş bir tarihsel arka planla ilişkilendirilerek açıklanması da mümkündür çünkü, sosyal devlete konu olan sosyal hakların ve sosyal politika uygulamalarının oluşumu için 19. yüzyıla ve yoksullara yardım işinin devlet eliyle merkezi bir düzenlemeye konu edilmesi açısından da 16. yüzyıla gidilmesi gerekmektedir (Kara, 2004: 56-57).

Sosyal devleti, sosyal adaleti sağlamak için önlemler alan ve sosyal haklar açısından eşitlik ilkesini toplumun tüm bireyelerine sağlayacak uygulamaları yürüten aktif bir uygulamalar ve müdahaleler devleti olarak da açıklamak mümkündür. Bu açıdan sosyal devlet, izleyeceği vergi ve ücret politikaları ile adil bir gelir dağılımını gerçekleştirmeye çalışan, korunma ihtiyacı duyan kesimleri koruyan, sosyal güvenlik uygulamaları ve istihdam politikalarını şekillendiren, eğitim, sağlık, konut gibi toplumsal ihtiyaçları karşılamaya yönelik politikaları uygulayan ve çalışma hayatını düzenleyici önlemler alan çağdaş bir devlet anlayışını ifade etmektedir (Serter, 1994b: 33).

Sosyal devlet, 1789 Fransız Devriminin getirdiği ve *geleneksel, bireysel, klasik, doğal, temel hak ve özgürlükler* olarak adlandırılan hak ve özgürlükler sistemini benimsemiştir. Bu hak ve özgürlüklerin yanında sosyal ve ekonomik hak ve özgürlüklere de yer verilmiştir. Sosyal devlette temel hak ve özgürlüklerle birlikte sosyal ve ekonomik hak ve özgürlüklerin tanınmasının bir zorunluluk olduğu kabul edilmektedir. 1789 Devriminin hak ve özgürlük anlayışı ve esas olarak bu anlayışa dayanan liberal devlette, kişiler hak ve özgürlüklerini yasalar kapsamında kullandıkları müddetçe devletin onlara herhangi bir müdahalede bulunmaması ilkesi kabul edilmektedir. Devlet, hak ve özgürlüklere saygılı olacak ve kullanılabilmeleri için gerekli düzeni ve güvenlik ortamını sağlamakla yükümlü kılınacaktır. Yasal eşitliğin uygulandığı böyle bir sistemde kişi

mutluluğunu dilediği yoldan sağlama olanağına sahip olacaktır. Kişinin maddi, manevi gelişmesinin, mutluluğunun temel şartı, onun hak ve özgürlüklerini yasalar kapsamında dilediği gibi kullanabilmesiydi, mutlu olmak için özgür olmanın yeterli olacağı sanılmaktaydı. Ancak, zamanla özgürlüğün mutlu olmak ve maddi ve manevi gelişmeyi sağlamak için yeterli olmadığı, devletin tüm kişilerin gelişmesini sağlamak için maddi koşulları hazırlaması gerektiği düşüncesi kabul edilmiştir (Göze, 1995: 100-101).

Sosyal haklar içinde en başta eğitim ve sağlık hakları gelmekte, çalışma hakkı, sendikal örgütlenme, toplu sözleşme ve grev hakları, sosyal güvenlik hakkı ise bu hakların temelini oluşturmakta, annenin ve çocuğun, özürlü ve yaşlıların korunması gibi haklar da yine bu haklar arasında yer almaktadır. Bu haklar bireyi sosyo-ekonomik bir varlık olarak gören ve bireyi çevreleyen sosyal-ekonomik koşulların iyileştirilmesini hedef alan haklardır. Bu hedeflerin gerçekleşmesi de devlete bazı yükümlülükler getirmektedir. Örneğin çalışma hakkının gerçekleşmesi, hem eğitim olanaklarından işsizlik sigortasına kadar uzanan birçok kurum ve güvencenin varlığına bağlıdır; hem de öncelikle ekonomik büyümeye bağlı olduğundan ekonomi politikaları ile ilişkilidir. Ayrıca, bu hak ve özgürlükler yalnızca kendi başlarına önemli olmayıp insanın tüm hak ve özgürlüklerini kullanabilmesi açısından da önem taşımaktadır (Göze, 1995: 103-104; Koray, 2008: 92).

Sosyal haklar; toplumda yaşayan ve statüsü nedeniyle güçsüz konumda bulunan grupların, insan onuruna uygun bir yaşam standardının altına düşmemeleri için, çoğu kez devletin önlemler alması ya da doğrudan edimlerde bulunması yoluyla gerçekleşen ve toplumsal eşitsizliklerden doğan tehlikeleri yok etmeye yönelik haklardır (Bulut, 2009: 62). Buradan yola çıkarak, sosyal devlet anlayışının da toplumda güçsüz durumda bulunan kişilerin olması nedeniyle devletin vatandaşıyla olan siyasi ilişkisinin bir sonucu olarak üstlendiği yükümlülüklerinin sonucunda ortaya çıktığı ifade edilebilir.

Sosyal haklar kavramı, kişi bakımından ele alındığında, ekonomik sosyal yönden güçsüz ve korunmaya muhtaç durumda bulunanların (çalışanların, kadının ve çocuğun, ailenin) korunması için tanınan haklar ve bu konuda devletin bazı ödevler yüklenmesi şeklinde ortaya çıkmaktadır (Göze, 1995: 110). Bununla birlikte, sosyal hakların kişiler yönünden uygulama alanı sadece bu kişilerle sınırlı da değildir. Sosyal haklar, belirgin bir özelliğini

oluşturmasına rağmen, sadece devletin olumlu ve somut bir edimini, parasal kaynak ayırmasını gerektiren ve kimi zaman “isteme ya da alacak hakları” olarak da nitelendirilen haklardan oluşmamaktadır. Bu hakların bir kısmı, devletçe yerine getirilmesi gereken olumlu bir edim içermeyen, geleneksel haklar gibi “olumsuz edim gerektiren”, devletin yasaklayıcı, kısıtlayıcı ve baskıcı bir aktör olarak karışmamasını (müdahalede bulunmamasını) zorunlu kılan, bu niteliğiyle de “kendiliğinden” ve “doğrudan” kullanılabilen haklardır (Gülmez, 2009: 10). Sosyal hak bağlamında sağlık hakkı ise temel ve evrensel bir insan hakkı olarak kabul edilmektedir. Bu hak olmadan diğer hakların gerçekleşme ve kullanılma olanağı bulunmamaktadır. Sağlık hakkı, “kişinin devletten, sağlığının korunmasını, ihtiyaç duyduğunda tedavi edilmesini, iyileştirilmesini isteyebilmesini ve toplumun sunduğu imkânlardan yararlanabilmesini” ifade etmektedir (Bulut, 2009: 202).

Sosyal hukuk devleti olan Türkiye’de sağlık hakkı konusunda 1982 Anayasasına bakıldığında; “Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arttırarak, 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” hükmünün yer aldığı görülmektedir. (m.56/III-V).

Bu hükme göre, Devlet sağlık hizmetlerini yürütürken herkesin bu hizmetlerden yararlanması amacıyla eşgüdüm sağlayacak ve genel esasları belirleyecektir. Maddede yer alan Devletin bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak onları denetleyerek yerine getireceğine yönelik kural da bu düşüncüyü doğrulamakta, tüm sağlık hizmetlerinin sadece Devlet tarafından değil, ancak onun gözetim ve denetimi altında aynı alanda faaliyet gösteren kurum ve kuruluşlarca da yerine getirilebileceğini ifade etmektedir (Kaboğlu, 2010: 49-50).

Geçmiş dönemlerde, sadece hasta veya sakat olmamak açısından değerlendirilen sağlık hakkı, bugün herkesin en yüksek seviyede fiziksel ve ruhsal sağlık standartlarına sahip

olma hakkı şeklinde ele alınmaktadır. Bu bakımdan sağlık hakkı, tehlikeli su ve besinler gibi dış tehditlerden korunma, sağlıklı çalışma koşullarına sahip olma, sağlıklı bir çevrede yaşama ve sağlık eğitimi alabilme imkânlarının sağlanmasını da kapsayan bir hak olarak görülmektedir. Sağlık hakkı, öncelikli olarak, hastalık halinde gerekli olan sağlık hizmetinin ve bakımının sağlanması için gereken koşulların oluşturulmasını gerektirmektedir. Bu açıdan, hastalığa yakalanmış kişilerin tedavi edilmeleri, sağlık hakkı kapsamında ele alınabilecek en önemli konulardan biridir. Böyle bir bakımın sağlanabilmesi için, sağlık tesislerinin, başka bir ifade ile hastane ve benzeri kurumların varlığı gerekli bulunmaktadır. Bu bağlamda devletin sunduğu sağlık hizmetlerini de sosyal hak çerçevesinde değerlendirmek mümkündür. (Bulut, 2009: 207-208).

İyi işleyen bir organizmanın devamlılığını ve hastalanan kişinin tedavisinin yapılmasını isteme hakkı olarak tanımlanabilecek olan sağlık hakkı, yaşama hakkı ile çok yakından ilişkilidir. Yaşam hakkından söz edilebilmesi için, kişinin sağlığının korunması, sağlıklı yaşam için gerekli önlemlerin alınması ve gerekli olan hizmetlerin sağlanması gerekmektedir. Birey, kendi kişiliğine bağlı olan bu temel somut hakkın sahibi durumundadır. Yaşam hakkı, varlığını sürdürme hakkı olarak ifade edilmektedir. Kişinin varlığını sürdürebilmesi için gerekli olanların sınırını belirleyebilmek ise çok zordur. Burada ortalama ihtiyaçların belirlenebilmesi önem kazanacaktır. Ortalama ihtiyaçların belirlenmesinde önemli olan nokta, insan onuruna yakışır yaşam olanaklarının sağlanmasıdır. Birey, olağan koşullar altında, sağlıklı ve etkin bir yaşam için gerekli bulunan temel olanaklardan yoksun ise, toplumun veya hukukun koruduğu diğer haklardan da tam olarak yararlanamayacaktır (Güzel vd., 2010: 656- 657).

Sosyal devlet anlayışının gelişmesi ile birlikte sağlık hakkı temel ve evrensel bir insan hakkı olarak kabul edilmektedir. Sağlık hakkı, kişinin devletten, sağlığının korunmasını, ihtiyaç duyduğunda tedavi edilmesini, iyileştirilmesini isteyebilmesini ve toplumun sunduğu imkânlardan yararlanabilmesini ifade etmektedir. Kısacası, sosyal devlette, sosyal ve ekonomik hakların tanınması, kişinin bir insan olarak insanlık onurundan kaynaklanan haklarının tamamlanmasını ve herkes tarafından kullanılabilir olmasını sağlamaktadır. Herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşama hakkı bulunmaktadır. Devlet

de tüm vatandaşlarının beden ve ruh sağlığı içinde ve insan onuruna yakışır bir şekilde yaşamalarını sağlamakla görevli bulunmaktadır.

1.1.3. Refah rejimleri açısından sağlık politikaları

Sağlık politikaları bir ülkenin refah rejimi bakımından incelenebilir. Sağlık ve emeklilik harcamaları toplam sosyal politika harcamalarının çok büyük bir bölümünü oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kamu kesimi tarafından mı, yoksa özel sektör tarafından mı sunulacağı, diğer taraftan bu hizmetlerin prim ödeme koşuluna bağlı olarak mı sunulacağı yoksa kapsamının evrensel olarak tüm nüfusu kapsayacak büyüklükte mi olacağı o ülkenin içinde bulunduğu refah rejiminin özelliklerine göre belirlenmektedir. Bu bağlamda bir ülkenin sağlık sistemini inceleyebilmek ve geçirdiği dönüşümün yönünü anlayabilmek için öncelikle o ülkenin içinde bulunduğu refah rejiminin belirlenmesi gerekmektedir. Refah rejimlerini tanımlamaya yönelik çalışmalar iki önemli özelliği göz önünde bulundurmaktadır. Bu özelliklerden ilki sınıflandırılmak istenen refah rejiminin hangi refah programlarını kapsadığının belirlenmesidir. İkinci özellik ise, bu refah programlarını uygulamak için hangi araçların kullanılacağıdır (Kasza, 2002: 272). Buna göre refah rejimlerini şu şekilde sınıflandırmak mümkündür:

(i). *Harold L. Wilensky ve Charles N. Lebeaux'un modeli (1958)*. Abrahamson (1999)'a göre, refah rejimlerini sınıflandırmaya yönelik çalışmalar, Harold L. Wilensky ve Charles N. Lebeaux' un 1958 yılında yaptıkları refah devletlerini iki gruba ayıran çalışmaya kadar götürülebilir. Bu iki sosyal refah kavramlaştırması bugün ABD'de baskın olan *kalıntı (residual)* ve *kurumsal (institutional)* yaklaşımlardır. *Kalıntı refah rejimi (residual welfare regime)* yaklaşımında, refah sağlamakla görevli kurumlar olan aile ve piyasa bu görevlerini yerine getiremediğinde devletin sosyal refah kurumları devreye girmektedir. İkinci yaklaşım olan *kurumsal refah rejimi (institutional welfare regime)* yaklaşımında ise, devletin sosyal refah kurumlarının refah sağlama görevleri olağan bir durumdur. Bu fonksiyon, modern sanayi toplumlarının temel görevi olarak görülmektedir ve sanayileşme ilerledikçe kurumsal refah rejimi baskın hale gelecektir (Abrahamson, 1999: 395-396).

(ii). *Richard Titmuss'un modeli (1974)*. Richard Titmuss tarafından refah rejimleri üç gruba ayrılmıştır. Buna göre refah rejimleri, *kalıntı refah modeli (residual welfare)*, *endüstriyel başarı-performans modeli (industrial achievement-performance)*, *kurumsal-yeniden bölüşümcü model (institutional redistributive)* olarak sınıflandırılmaktadır. *Kalıntı refah modelinde*, muhtaç kişilere temel yardım ya da hizmetlerin sunulmasında, devletin piyasaya müdahalesi sınırlandırılmakta, sadece yoksullara yönelik bir devlet yardımı bulunmaktadır. Wilensky ve Lebeaux' un sınıflandırmasındaki gibi, iki doğal hizmet sağlayıcı olan piyasa ve aile yetersiz kaldığında, devlet geçici olarak refah hizmeti sunmaktadır. (Abrahamson, 1999: 396-397).

Endüstriyel başarı-performans modeli, özellikle eğitim, kamu sağlık hizmetleri sunumu ve sosyal güvenlik gibi sosyal refah kuruluşlarının önemli rollerini bir araya getirmektedir. Bu model, hak etme, kazanılmış statü farklılıkları, çalışma performansı ve verimlilik temelli olarak sosyal ihtiyaçların karşılanmasında sosyal refah kuruluşlarına önemli bir görev vermektedir (Abrahamson, 1999: 397; Özdemir, 2007: 127-128).

Kurumsal-yeniden bölüşümcü modelde ise, refah rejimi, ihtiyaca bağlı olarak yurttaşlara evrensel hizmetler sunmaktadır. Devlet, yeniden dağıtıcı sosyal politikalar yoluyla, evrensel hakları garanti ederek ve bütün yurttaşlara kamu hizmetleri sunarak, piyasanın geliri paylaşmasına müdahalede bulunmaktadır. Bu modelin amacı, eşitlik, sosyal bütünleşme ve dayanışmayı sağlayarak, damgalamadan kaynaklanan olumsuzlukları gidermektedir (Abrahamson, 1999: 397; Özdemir, 2007: 128).

(iii). *Esping-Andersen'in modeli (1990)*. Esping-Andersen ise bugün refah rejimlerinin sınıflandırılmasında referans noktası olarak kabul edilen “Refah Kapitalizminin Üç Dünyası” adlı eserinde refah rejimlerine yönelik olarak yeni bir kavramlaştırma çalışması yapmıştır. Esping-Andersen'in refah rejimi sınıflandırmasına göre; üç farklı refah rejimi modeli bulunmaktadır. Bu modeller; *Liberal model*, *korporatist model* ve *sosyal demokrat model* olarak adlandırılmaktadır (Esping-Andersen, 1990: 26-29).

Esping-Andersen'in üç yeni refah rejimi sınıflandırmasının, Titmuss'un üçlü sınıflandırması ile benzer özellikler taşıdığı görülmektedir. Liberal model ile kalıntı

modeli, muhafazakâr model ile endüstriyel başarı-performans modeli, sosyal demokrat model ile kurumsal yeniden bölüşümcü model arasında benzer özellikler görülmektedir. Temel farklılık ise, Titmuss'un refah devletine daha dar bir anlayış ile yaklaşması, Esping-Andersen'in ise, devlet ve piyasa arasındaki ilişkiyi kapsayacak genişlikte bir yaklaşım sergilemesidir (Özdemir, 2007: 131-132).

Esping-Andersen'in yaklaşımı, sağlık sistemlerine uygulandığında, özellikle eksik bulunan nokta, sosyal ve sağlık hizmetleri ile ilgilidir. Emekli aylıkları ya da işsizlik programları gibi refah devletinin diğer alanları esas olarak parasal transferler üzerine odaklanmakta iken, sağlık sistemlerinin asıl görevi sağlık hizmetlerinin sunulmasıdır (Wendt vd., 2009: 73).

Liberal refah rejiminde, devletin vatandaşlarına sağladığı faydalar minimum düzeyde olup, gelir araştırmasına bağlıdır ve yararlanıcıları damgalayıcı niteliktedir. Genel eğilim, daha az harcama yönündedir. ABD, Kanada ve Avustralya bu modelin geleneksel örnekleridir. İngiltere ve Yeni Zelanda da bir dereceye kadar bu refah rejimine örnek verilebilir (Özdemir, 2007: 134; Esping-Andersen, 1990: 26-27; Bambra, 2005b: 197).

Bu modelde, vatandaşlar bireysel piyasa aktörlerini oluşturmaktadır. Piyasa ilişkilerini sosyal haklarla değiştirmek konusunda isteksizlik bulunmaktadır ve vatandaşlar kendi refahlarını piyasada aramaya yönlendirilmektedir. Devlet, son çare mekanizması işlevini yerine getirdiği için, sadece en kötü durumda bulunanlara gelir transferi yapılmaktadır. Bu nedenle temel sosyal yardım programları gelir araştırmasına başvurmayı gerektirmekte ve sosyal sigorta yararları oldukça düşük bulunmaktadır (Özdemir, 2007: 135; Esping-Andersen, 1990: 26).

Muhafazakâr rejim modeli, tarihsel olarak korporatist bir yapıya sahip bulunan Almanya, Fransa, Avusturya, İtalya ve Belçika gibi ülkelerde görülmektedir (Koray, 2005: 198; Özdemir, 2007: 137; Esping-Andersen, 1990: 27).

Bu modelde, devletin refah hizmetlerinde önemli derecede piyasanın yerini aldığı görülmekle birlikte, var olan statü ve sınıf farklılıkları refah uygulamaları ile de

sürdürülmektedir. Sosyal haklar büyük ölçüde sınıf ve statüye bağlanmıştır. Bu model, organik ve hiyerarşik bir yapıyı koruyan, aile, kilise ve mesleğe dayalı bir refah anlayışını destekleyen ve gerekli durumlarda onları tamamlayan, fakat onların yerine geçmeyen bir refah devleti düşüncesidir (Koray, 2005: 198; Yıldırım ve Yıldırım, 2011a: 68-69; Esping-Andersen, 1990: 27).

Bu ülkelerdeki sosyal harcamalar, liberal refah devletlerinden önemli derecede daha fazladır ve gelir transferleri, erkek aile reislerinin gelir ihtiyaçlarını karşılamak için yeterlidir. Kadın istihdamını ve kadınlara iş sağlamayı kolaylaştıran sosyal hizmetler mütevazıdır. Hem toplam istihdam seviyesi, hem de kadınların işgücüne katılım oranları düşük bulunmaktadır (Özdemir, 2007: 137-138; Esping-Andersen, 1990: 27).

Sosyal demokrat refah rejimleri ise evrensel refah rejimleri, İskandinav modeli ya da modern refah rejimleri olarak da ifade edilmektedir. Bu rejim modelinin önde gelen ülkesinin İsveç olması nedeniyle İsveç Modeli olarak da ifade edildiği olmaktadır. Bu rejim grubundaki diğer ülkeler ise Norveç, Danimarka, Hollanda ve Finlandiya'dan oluşmaktadır (Özdemir, 2007: 140).

Çalışma eksenli toplum modeli olarak da bilinen sosyal demokrat refah rejimleri, sosyal hakların en çok kurumsallaştığı ve yaygın hale geldiği, sosyal ihtiyaçların en çok piyasa dışından karşılandığı (dekomüdifikasyon)³ modelidir. Bu modelin ortaya çıkmasındaki ana unsur da bu ülkelerde sosyal demokrasinin sosyal desteği ve uzun süreli iktidarındır. Burada piyasa ile devlet, işçi sınıfı ile orta sınıf arasında ikili bir yapıyı kabul etmek yerine, yüksek standartlarda bir toplumsal eşitliğin sağlanması amaçlanmaktadır (Yıldırım ve Yıldırım, 2011a: 69; Esping-Andersen, 1990: 27).

Sosyal demokrat refah rejimi, devlete verdiği önem bakımından uluslararası alanda benzersizdir. Ailelerin güçlendirilmesini ve bireylerin daha fazla bağımsız olmalarını hedeflemektedir. Vatandaşlarının refah ihtiyaçlarını, piyasadan bağımsız hale getirmeye

³Dekomüdifikasyon (decommodification): Eğitim, sağlık ve sosyal güvenlik gibi temel toplumsal ihtiyaçların meta olmaktan çıkarılmasını ifade etmektedir (Çelik, 2005).

çalışmaktadır. Bu modelin üç özelliği bulunmaktadır: Evrensel gelir garantisi, sosyal sigorta ve çocuk, engelli ve yaşlılara yönelik oldukça gelişmiş hizmetler. Sosyal demokrat refah rejimleri, devlet gelirleri ve harcamalarına bağımlıdır. Belçika ile birlikte İskandinav ülkeleri, yaşlı ve çocukların yoksulluğunu en aza indirebilmiş az sayıdaki OECD ülkeleri arasında yer almaktadır (Özdemir, 2007: 141; Esping-Andersen, 1990: 28).

(iv). *Leibfried'in modeli (1992)*. Refah rejimlerini sınıflandırma çalışmalarına, Leibfried *tam gelişmemiş* (rudimentary) refah devleti olarak adlandırdığı refah rejimi modeli ile katkı sağlamıştır. Bu rejim modelinin temel özelliği, yasal, kurumsal ve sosyal alanlarda tam bir gelişmenin sağlanamamış olmasıdır. Bu model Yunanistan, İspanya, Portekiz, İtalya ve bir ölçüde de İrlanda'yı kapsamaktadır. Bu rejim grubunda yer alan ülkeler Güney Avrupa refah rejimi ya da Latin Kuşağı Modeli olarak da adlandırılmaktadır (Abrahamson, 1999: 402-404; Özdemir, 2007: 150-151).

Leibfried (1992) Avrupa Topluluğu ülkeleri içerisinde dört sosyal politika ya da yoksulluk rejimi ayrımı yapmaktadır: İskandinav refah devletleri, “Bismark” ülkeleri, Anglo-Sakson ülkeler ve Güney Avrupa ülkeleri. Bu politika rejimleri modern, kurumsal, kalıntı ve Güney Avrupa rejimleri olarak ifade edilen farklı politika modellerine dayanmaktadır. Bu politika rejimleri içerisinde, refah devleti kurumları yoksullukla mücadelede farklı bir işleve sahiptir. Leibfried'in sınıflandırmasının en önemli özelliği Esping-Andersen'in ilk sınıflandırmasına Güney Avrupa refah rejimini eklemiş olmasıdır (Arts ve Gelissen, 2002: 145).

(v). *Castles ve Mitchell'in modeli (1993)*. Castles ve Mitchell, sosyal harcamaların daha fazla gelirin yeniden dağılımının sağlanması için tek yol olup olmadığı sorusunu sormaktadırlar, hükümetlerin piyasa güçlerinin etkilerini hafifletmek için para yardımından başka yöntemleri de kullanabileceğini ifade etmektedirler. Castles ve Mitchell'in Esping-Andersen'in çalışmasına getirdikleri eleştiriler esas olarak iki noktaya yönelmektedir. Bunlardan ilki, sol kanadın siyasi faaliyeti gerçeğine dikkat çekmektedir. Avusturalya ve Yeni Zelanda gibi ülkelerde eşitliği sağlamak için vergi öncesi ve transfer öncesi gelirlerden çok sosyal politikalar yoluyla eşitliğin sağlanması hedeflenmelidir.

İkincisi ise, Avusturalya'yı İngiltere ile ilişkili olarak ele almalarıdır. Esping-Andersen'in yaklaşımı gelirle ilişkili yardımların yeniden dağılıma etkili bir şekilde katkı sağlamak için olası etkilerini göz ardı etmektedir. Avusturalya'da para yardımları neredeyse tümüyle gelir araştırmasına dayanmaktadır. Bu yaklaşım ne çok yoksullara yönelik liberal tür bir yeniden dağılıma odaklanmaktadır ne de Esping-Andersen'in çalışmasında vurgulanan daha evrensel sosyal demokrat ve muhafazakâr ideal modele benzemektedir (Arts ve Gelissen, 2002: 146).

(vi). *Siaroff'un modeli (1994)*. Siaroff, cinsiyet eşitsizliğinin nasıl sosyal politika ve refah devletleri alanına dâhil edildiği konusunda var olan alan yazının yeterli ilgiyi göstermediğini ileri sürmektedir. Daha cinsiyete duyarlı refah devleti rejimleri tipolojisine ulaşmak için, iş ve refah alanında cinsiyet eşitliği ve eşitsizliklerinin farklı göstergelerini incelemektedir. Ülkeler arasında erkek ve kadınların iş-refah seçimlerini karşılaştırmaktadır. Bu inceleme sayesinde *Protestan Sosyal-Demokrat*, *Protestan Liberal*, *İleri Hristiyan-Demokrat* ve *Geç Kadın Hareketliliği* refah devleti rejimleri arasında ayırım yapabilmektedir. Farklı şekillerde adlandırılmış olsa da, bu tipoloji Esping-Andersen'in sınıflandırması ile büyük ölçüde örtüşmektedir. Sadece sonuncu model *Geç Kadın Hareketliliği* refah devleti rejimi, daha önce belirtilen Güney Avrupa refah devletleri modeline benzemektedir (Arts ve Gelissen, 2002: 148).

Tablo 3'de Leibfried, Ferrera ve Bonoli'nin analizleri incelendiğinde onların sınıflandırma çalışmalarının ilk üç türü arasında ve Esping-Andersen'in sınıflandırması ile güçlü bir benzerlik taşıdığı görülmektedir. Ancak, bu üç yazarın tümü Esping-Andersen'in ilk sınıflandırma çalışmasına dördüncü bir tür olarak Güney Avrupa rejimini eklemişlerdir (Arts ve Gelissen, 2002: 146).

(vii). *Ferrera'nın modeli (1996)*. Ferrera sosyal güvenlik sistemlerinin dört boyutu üzerine yoğunlaşmaktadır; erişim kuralları (uygunluk kuralları), yardımların hangi koşullar altında verildiği, sosyal korumanın finansmanı için yapılan yasal düzenlemeler ve son olarak farklı sosyal güvenlik programlarını yönetmek için örgütsel-yönetimsel düzenlemeler. Bu boyutlara dayanarak; *İskandinav*, *Anglo-Sakson*, *Bismark* ve *Güney Avrupa ülkeleri* arasında ayırım yapmaktadır. İskandinav ülkeleri yaşam risklerine karşı

kapsamın evrensel oluşu ile nitelendirilmektedir. Sosyal koruma hakkı vatandaşlık temeline dayandırılmaktadır. *Anglo-Sakson* refah devletleri ailesi de yüksek derecede kapsayıcı bir sosyal güvenlik sistemi ile nitelendirilmektedir, ancak sadece sağlık hizmetlerinde tamamen evrensel bir risk kapsamının olduğu söylenebilmektedir. Sabit-oranlı yardımlar ve gelir araştırması da önemli bir rol oynamaktadır. Üçüncü ülkeler grubunda, sosyal güvenlik hizmetlerinden yararlanma hakkı ile kişinin işgücü piyasasındaki durumu ve aile içerisindeki rolü (ailenin geçimini sağlayan kişi olup olmayışı) arasındaki ilişki halen açık bir şekilde görülmektedir. Farklı programların finansmanının sağlanmasında primler önemli bir rol oynamaktadır. Nüfusun tamamına yakını kendi çalışmalarından dolayı ya da aile bireyleri üzerinden sosyal sigorta sisteminin kapsamına girmektedir (Arts ve Gelissen, 2002: 145).

Güney Avrupa refah rejimleri ise, gelir desteği sistemlerinde meslek grupları arasında yüksek kurumsal parçalı, sağlık sistemlerinde ise evrenselci bir özellik göstermektedir. İspanyol, İtalyan, Portekiz ve Yunan anayasalarında sağlık hizmeti tüm vatandaşlar için hak olarak açıkça belirtilmiştir. Geçmişte sağlık sistemleri gelir desteğinde olduğu gibi mesleki hiyerarşiye göre parçalı bir yapıya sahip olmasına rağmen, bu dört ülke, son yirmi yılda ulusal sağlık hizmetini vergilerle finanse edebilen, standartlaşmış kurallar ve örgütlenme bünyesinde, tüm vatandaşlara açık ve ücretsiz hale getirmeyi amaçlayan reformlar gerçekleştirmeye çalışmışlardır (Ferrera, 2006: 206-207).

Dört ülkenin tümünde yasal reformlar kabul edilmiştir, fakat reform yasalarının uygulanma dereceleri farklılık göstermiştir. Bu derece İtalya ve İspanya’da yüksek iken, Portekiz ve Yunanistan yasal olarak düzenlenmiş önlemlerin birçoğunu uygulamaya koymakta başarısız olmuştur. Sağlık sigortası sisteminden ulusal sağlık hizmetleri sistemine doğru bir değişikliğin gerçekleşmesi için erişim sisteminde, yardımların yapısında, finansman mekanizmalarında ve yönetim yapılarında değişiklikler yapılması gerekmektedir. Daha da önemlisi, politika hedefleri sağlık sistemleri ile ilgili temel siyasal mantıktaki değişim, muhafazakâr anlayıştan sosyal demokrat düşünceye doğru gelişim göstermiştir (Guillen, 2002: 50-51).

Türkiye'nin refah rejimi de Güney Avrupa refah rejimleri ile benzer özellikler göstermektedir. Bu modelin en önemli özelliği *Bismark* tarzı bir korporatizm ile aile temelli bir yapıyı birleştirmesidir. *Bismark* tarzı korporatizm tüm vatandaşlara aynı kapsamda emeklilik veya sağlık hizmeti sunmayı amaçlamamaktadır⁴. Bu şekilde vatandaşlık temelli evrensellik yerine, nüfusu istihdam koşullarına göre hiyerarşik olarak gruplara ayırmakta ve bu hiyerarşideki konumlarına göre vatandaşlara farklı muamele yapmaktadır (Keyder, 2011: 15-16).

(viii). *Bonoli'nin modeli (1997)*. Bonoli özellikle dekomüdifikasyon yaklaşımına karşı eleştirel bir tutum sergilemektedir. Ona göre, bu bakış açısı *Bismark* ve *Beveridge* sosyal politika yaklaşımları arasında etkili bir biçimde ayrım yapılmasına olanak tanımamaktadır. Diğer bir seçenek olarak, refah devletlerinin sınıflandırılması için kullanılan iki yaklaşımı birleştirmektedir. Bunlardan biri “ne kadar” boyutu üzerine (Anglo-Sakson literatüründe vurgulanan) ve diğeri “nasıl” sosyal politika boyutu üzerine (Kıta Avrupası ya da Fransız geleneğinde vurgulanan) odaklanmaktadır (Bonoli, 1997: 353). Birinci boyutun ampirik bir göstergesi olarak, Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH)'nın oranı olarak sosyal harcama düzeyini kullanmakta ve ikinci boyut olarak primler yoluyla finanse edilen sosyal harcamaların yüzdesini kullanmaktadır (Arts ve Gelissen, 2002: 145).

⁴ Türkiye’de 01 /01/2012 tarihinden itibaren zorunlu genel sağlık sigortası uygulamasına geçilmiştir. Buna göre; tutuklu ve hükümlüler, er, erbaş ve yedek subay okulu öğrencileri, yabancı bir ülkede sosyal sigortaya tabi olması nedeniyle sözleşmeli ülke adına sağlık yardımları karşılananlar, Kuruma devir alınacakları tarihe kadar 5510 sayılı kanunun geçici 20. maddesi kapsamındaki banka ve sigorta şirketlerinin sandıkları kapsamında bulunanlar ile bunların bakmakla yükümlüleri, yabancı ülke vatandaşlarından Türkiye’de kesintisiz olarak bir yıldan fazla ikamet etmeyenler, milletvekilleri ile Anayasa Mahkemesi Başkan ve üyeleriyle bunların emeklileri ile dul ve yetimleri hariç olmak üzere Türkiye’de ikamet edenler, zorunlu genel sağlık sigortası kapsamına alınmıştır.http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/d15ca379-c083-4fb2-ad55e6f11ef87737/GSS_SORU_VE_CEVAPLAR_20120123.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=d15ca379-c083-4fb2-ad55-e6f11ef87737 (Erişim Tarihi: 04.02.2012).

Tablo 1. Bonoli'nin Bismark ve Beveridge Sosyal Politika Modeli

Boyutlar	Bismark modeli	Beveridge modeli
Hedef	Gelir sağlama	Yoksulluğun önlenmesi
Yardımlar	Kazançla ilişkili	Eşit miktarda
Hak Kazanma	Prim ödeme süresi	İkamet ya da ihtiyaç
Kapsam	İşçiler	Bütün nüfus
Finansman	Primler	Vergilendirme

Kaynak: Bonoli, 1997: 357.

Geleneksel olarak, farklı ülkeler sosyal refah harcamalarının seviyesine göre sınıflandırılmaktadır. Bu yaklaşım, sadece harcama düzeyi üzerine odaklanarak, refah hizmetlerinin diğer boyutlarını tümüyle göz ardı etmektedir. Ferrera açık bir şekilde harcama miktarı yaklaşımını sona erdirmekte ve sunulan refah hizmetlerinin önemli bir boyutunu oluşturan sosyal koruma programlarının kapsamına odaklanmaktadır. Kapsam, tüm nüfus tek bir program tarafından kapsandığında evrensel, ya da toplumdaki farklı gruplar farklı programlar tarafından kapsama alındığında mesleki olmaktadır. Refah hizmetlerinin evrenselliği İskandinav sosyal politika anlayışının temel özelliği olduğu kadar kısmen İngiltere'yi de kapsamaktadır. Bunun aksine, Kıta Avrupası ülkeleri genel olarak meslek gruplarına göre sosyal koruma programlarının parçalanmış yapısı ile nitelendirilmektedir. Mesleki parçalanmışlık Ferrera'nın ideal-tür mesleki refah devletinin temel özelliğidir (Bonoli, 1997: 355).

Fransa'da karşılaştırmalı sosyal politika alanı Ferrera tarafından da kullanılmış olan iki model ile ilişkili olarak iki tür refah hizmeti üzerine odaklanmıştır. Bunlar *Beveridge* ve *Bismark* sosyal koruma modelleridir. Bu iki model biri ya da diğeri için tipik olan özellikler bakımından tanımlanmaktadır. *Bismark* modeli sosyal politikalar sosyal sigorta sistemine dayanmaktadır; işçiler için kazançla ilişkili yardımlar sağlamaktadır; yardımlara hak kazanma tatminkâr bir süre prim ödeme koşuluna bağlıdır ve finansman temel olarak işçi/işveren katkılarına dayanmaktadır. Buna karşılık, *Beveridge* modeli sosyal politika evrensel hizmet sunumu ile nitelendirilmektedir; yardımlara hak kazanma

ikamet ve ihtiyaç (ya da sadece ikamet) koşullarına bağlıdır; yardımlar genellikle eşit miktardadır ve genel vergiler yoluyla finansman sağlanmaktadır. *Bismark* modeli sosyal politika işçilere gelir sağlama ile ilgilidir, oysa *Beveridge* modeli sosyal politika yoksulluğun önlenmesini hedeflemektedir. Tablo 1, şimdiye kadar tartışılan *Bismark* ve *Beveridge* tarzı sosyal politikanın temel özelliklerinin bir özetini sunmaktadır (Bonoli, 1997: 356-357).

(ix). *Korpi ve Palme'nin modeli (1998)*. Korpi ve Palme'nin geliştirdikleri tipoloji refah devletlerinin kurumsal özelliklerine dayanmaktadır. Onlar bir taraftan refah devletinin kurumsal biçimlerini etkileyen nedensel unsurları araştırmakta iken, diğer taraftan bir toplumdaki yoksulluk ve eşitsizliğin derecesi kadar kimliklerin, tercihlerin ve menfaatlerin şekillenmesindeki kurumsal etkileri incelemeye çalışmaktadırlar. Kurumsal yapıların çıkar grupları arasındaki rol çatışmalarını yansıtabileceğini ileri sürmektedirler. Sınıflandırmalarına temel olarak, Korpi ve Palme refah devletinin merkezinde olduğunu düşündükleri emekli aylıkları ve hastalık nakit yardımları gibi iki sosyal programın kurumsal yapılarını almaktadırlar. Bu programların kurumsal yapıları üç farklı unsura göre sınıflandırılmaktadır; hak kazanma koşulları, yardım düzeyinin belirlenmesi ilkesi (sosyal sigortanın hangi ölçüde gelir kaybını karşılayabildiği) ve sosyal sigorta programının yönetimi (işveren ve işçi temsilcilerinin programın yönetimine katılıp katılmadığı). Vatandaşların yaşamları süresince en önemli ihtiyaçlarını sağlayan temel sosyal sigorta programları refah devletinin kilit unsurunu oluşturmaktadır. Bu tipolojinin ilk unsuru yardımlara hak kazanma koşullarını tanımlamaktadır ve dört farklı ölçütü kapsamaktadır. Bunlar; yardımlara hak kazanma koşullarının gelir araştırması yoluyla belirlenmesi ya da sosyal sigorta programının finansmanına sigortalılar ya da işverenler tarafından yapılan katkılara bağlı olarak belirlenmesi, belirli bir mesleki gruba ait olması ya da vatandaşlık; o ülkede ikamet etme koşullarından oluşmaktadır. İkinci unsur yardım düzeyinin belirlenmesi ilkesidir ve üç farklı şekilde belirlenmektedir. Bunlar; gelir araştırmasına bağlı asgari yardımlar, herkese eşit olarak verilen yardımlar ve önceki kazançlarla ilişkili olarak farklı seviyelerde yapılan yardımlardır. Üçüncü unsur ise sosyal sigorta programının yönetim şeklini belirtmektedir. Sosyal sigorta programlarının bu üç unsuruna dayanarak, kurumsal yapının beş farklı ideal modeli tanımlanmaktadır. Tarihsel görünümüleri Batı ülkelerinde ortaya çıkan bu ideal kurumsal yapılar Tablo 2'de

görüldüğü gibi *Hedeflenen*, *Gönüllü Devlet Desteği*, *Korporatist*, *Temel Güvence*, *Kapsama Alanı* modelleri olarak nitelendirilmektedir (Korpi ve Palme, 1998: 666-667).

Hedeflenen modelde yardımlara hak kazanma koşullarının gelir araştırmasına bağlı olmasının bir sonucu olarak, asgari miktarda ya da oldukça benzer düzeyde bulunan yardımlar yoksulluk sınırının altında kalan ya da yoksul olarak tanımlanan kişilere yapılmaktadır. *Gönüllü Devlet Desteği modeli* toplumun karşılıklı çıkarlarına hizmet etmek ve diğer gönüllü kuruluşların üyelerini gelir kayıplarına karşı korumalarına sigorta sağlamak için vergi gelirlerini kullanmaktadır. Çünkü yardımlara hak kazanma üye olunan farklı programlara yapılan gönüllü katkılara dayanmaktadır, bu programlar vasıflı işçiler ve orta sınıfa mensup bulunanlar için vasıfsız işçiler ve yoksullardan daha fazla öneme sahip bulunmaktadır. *Korporatist modelde* programlar ekonomik olarak aktif durumda bulunan nüfusa yöneltilmektedir. Yardımlara hak kazanma primler ve belirli bir meslek grubunun mensubu bulunmanın birleşimine dayanmaktadır. *Temel Güvence modelinde*, yardımlara hak kazanma primler ya da vatandaşlık (ikamet) koşullarına dayanmaktadır. *Kapsama Alanı modeli*, *Bismark* ve *Beveridge* tarzı düşünceleri yeni bir model içerisinde birleştirmektedir. Bu modelde, yardımlara hak kazanma primler ve vatandaşlık koşullarına dayanmaktadır. Evrensel programlar tüm vatandaşları kapsamaktadır ve ekonomik olarak aktif durumda bulunan nüfus için kazanç ile ilişkili yardımlarla birleştirilmiş bir temel güvence sağlamaktadır. Bu model özel sigortaya olan talebi azaltmakta ve tüm vatandaşları aynı program içinde kapsama potansiyeline sahip bulunmaktadır (Korpi ve Palme, 1998: 667-669).

Tablo 2. Korpi ve Palme'nin İdeal Sosyal Sigorta Kurumları Modeli

Model	Hak kazanma koşulları	Yardım düzeyinin belirlenme ilkesi	Programın yönetiminde işçi-işveren işbirliği
Hedeflenen	Kanıtlanmış ihtiyaç	Asgari	Yok
Gönüllü devlet desteği	Üyelik, primler	Eşit miktar ya da kazançla ilişkili	Yok
Korporatist	Mesleki kategori ve iş gücüne katılım	Kazançla ilişkili	Var
Temel güvence	Vatandaşlık ya da primler	Eşit miktar	Yok
Kapsama alanı	Vatandaşlık ve işgücüne katılım	Eşit miktar ve kazançla ilişkili	Yok

Kaynak: Korpi ve Palme, 1998: 666.

Tablo 3’de, refah devleti modelleri Esping-Andersen tarafından “Refah Kapitalizminin Üç Dünyası” adlı eserde tanımlanmış olan model ile uyumlu bir şekilde sıralanmıştır. Örneğin, Bonoli’nin Kıta Avrupası modeli Esping-Andersen’in Muhafazakâr modeli ile çok fazla benzerlik taşımaktadır; her iki modelde de primler oldukça önemli bir rol oynamaktadır. Aynı şekilde, Castles ve Mitchell’in Hak Etmeyenlerin Baskınlığı (*Non-Right Hegemony*) modeli, yüksek derecede evrensellik ve sosyal politika alanında eşitlik özelliklerinden dolayı Esping-Andersen’in Sosyal Demokrat modeli ile büyük ölçüde uygunluk göstermektedir (Arts ve Gelissen, 2002: 148).

(x). *Deacon’un modeli (2000)*. İlginç olan diğer bir alan ise, eski Sovyetler Birliği’nin geçiş halindeki refah devletleri ve özellikle de Doğu Avrupa’da yer alan ülkelerdir. 1980’lerin sonlarında, Doğu Avrupa’nın komünist ülkelerinde yaşanan politik, ekonomik ve sosyal değişimler, Sovyet güdümündeki komünist rejimlerinin sonunun geldiğinin habercisiydi. Esping-Andersen’in 1990’da yaptığı sınıflandırma, doğal olarak Doğu Avrupa’da oluşan yeni demokrasileri kapsamamıştır. Bu yüzden, birçok araştırmacı, Esping-Andersen’in sınıflandırmasını, Doğu Avrupa’nın mevcut durumuna uygulamaya çalışmıştır. Böylece, yeni bir rejim olarak “Doğu Avrupa Refah Rejimleri” ’inden söz edilmeye başlanmıştır (Standing, 1996: 225; Fajth, 1999: 416; Deacon, 2000: 147; Cerami, 2006: 3; Özdemir, 2007: 152).

Deacon'a göre, komünist sosyal politikalar büyük ölçüde sübvans edilen gıda maddeleri ve konut yardımları, tam istihdam, göreceli olarak yüksek işçi ücretleri ve sağlık, eğitim ve kültürel hizmetlerin ucuz ya da ücretsiz olarak sunulması ile nitelendirilmektedir (Deacon, 2000: 147). Benzer şekilde, Fajth Doğu Avrupa ülkelerinde sosyal güvenliğin üç büyük dayanak noktasının olduğunu ileri sürmektedir. Bunlar; yaşlılık aylıkları, sağlıkla ilgili transferler ve aile ödenekleridir. Bu programlar diğer iki büyük sistem tarafından desteklenmektedir; işçiler tarafından ödenen sosyal sigorta primleri (employee benefits) ve tüketici sübvansiyonları (consumer subsidies) (Fajth, 1999: 418).

Bu rejim grubunda bulunan ülkelerin sağlık sistemi ise Sovyetler Birliği dağılmadan önce Orta ve Doğu Avrupa'daki komünist ülkelerde uygulanan ve ismini dünyada ilk sağlık bakanı olan Dr. N.A. Semashko'dan alan Semashko sistemidir. Bu ülkelerin sağlık sistemleri devlet bütçesinden finanse edilmekteydi ve merkezi bir yapıya sahip bulunmaktaydı. Tüm sağlık kurumları devlete aitti ve hizmet sağlayıcılar da devlet çalışanlarıydı. Çeşitli uzmanların çalıştığı bir halk poliklinikleri sistemi bulunmaktaydı. Açık bir temel sağlık hizmetleri sistemi bulunmamaktaydı, aksine, paralel sistemler vardı. Nüfusun belirli bir bölümü için, örneğin devlet memurlarına yönelik olarak ayrı bir sistem uygulanıyordu. Aslında yapısı, Ulusal Sağlık Hizmeti sistemlerine benziyordu: Sistem, merkezi devlet bütçesi, yerel hükümetlerin bütçesi ile poliklinik ve hastanelerin bütçesinde toplanan vergilerle finanse edilmekteydi (Yıldırım ve Yıldırım, 2011a: 388; Groenewegen, 2011: 128).

Semashko modeli komünist sağlık hizmetleri sektörünün temelini oluşturmaktaydı. Bu, sağlık hizmetlerinin planlanmasının yüksek derecede merkezileşmiş olduğu bir sistemdi, hizmetlerin yerine getirilmesi ve düzenlenmesi ile ilgili kararlar yerel ihtiyaçların sınırlı ya da oldukça düşük düzeyde dikkate alındığı ulusal düzeyde alınmaktaydı. Tüm vatandaşlar anayasal sağlık hakkına sahipti, fakat Batı standartları ile karşılaştırıldığında bu hak oldukça geri kalmış durumda bulunmaktaydı (Ceramı, 2006: 4). Sağlık hizmetleri ücretsiz olarak sunulmaktaydı, fakat verimsiz bulunmaktaydı ve sağlık hizmetlerinde koruyucu yaklaşım gelişmemişti; ölüm ve hastalık oranları yüksek oranlarda bulunmaktaydı (Deacon, 2000: 147).

Sovyet Bloğunun dağılması ile birlikte Semashko sağlık sistemi modeli de çökmüştür (Yıldırım ve Yıldırım, 2011a: 389). Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde yaşanan dönüşüm sonrasında sağlık sistemlerindeki eğilimler ise değişmektedir. Bu gelişmelerden en önemlisi vergi temelli sistemlerden sosyal sigorta sistemine geçilmesidir (Groenewegen, 2011: 129-130). Sosyal sigorta sistemi işçilerden alınan primlerle finanse edildiği için devlet bütçesinin durumunu kötüleştirmemektedir. 1989 sonrasında sağlık alanında yapılan reformlarla sağlık hizmetlerinde devletin sorumluluğundan kişilerin sorumluluğuna doğru bir yönelim hedeflenmektedir. Reformların diğer önemli özellikleri ise doktorları ve hastaneleri serbestçe seçebilme olanağı, sağlık hizmetlerinin yönetiminde merkezi yönetimden yerel yönetimlere doğru yetki devri, rekabetçi ve piyasa odaklı ilaç, tıbbi cihaz ve sigorta sistemlerinin uygulamaya başlanması olarak ifade edilmektedir. Bulgaristan, Çek Cumhuriyeti, Estonya, Macaristan, Litvanya, Polonya, Romanya, Slovakya ve Slovenya'da (Letonya'da sağlık hizmetleri vergilerle finanse edilmektedir) sağlık hizmetleri sosyal sigorta primleri olarak yapılan ödemelerle finanse edilmektedir, fakat bu durum devletin vatandaşları için asgari düzeyde koruma sağlama görevini tümüyle terk ettiği anlamına gelmemektedir. 1989 sonrasında kurulan tüm Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinin anayasaları sağlık hizmetlerine eşit erişim hakkını ve sosyal güvencesi bulunmayan vatandaşların devlet tarafından sigortalı yapılması gerektiğini yeniden doğrulamaktadır (Cerami, 2006: 6-7).

(xi). *Ian Gough'un modeli (2001)*. Refah devleti ile ilgili olarak yapılan karşılaştırmalı çalışmalar ve refah devletlerini sınıflandırma çabaları, şimdiye kadar daha çok Avrupa ülkelerine odaklanmıştır. Ancak, bu ülkelerin dışında da Asya Refah Rejimleri (Asian Welfare Regimes) konusunda, Ian Gough tarafından yapılan çalışmalar bulunmaktadır (Gough, 2001: 163-189; Özdemir, 2007: 153).

Ian Gough, Doğu Asya refah rejimleri olarak Endonezya, Kore, Malezya, Filipinler ve Tayland da yaşanan gelişmeleri incelemektedir. Bu ülkelerin birlikte ele alınmasının iki temel sebebi bulunmaktadır. Birinci sebep, bu ülkelerin tümünün Doğu Asya mucizesinin katılımcıları olmaları ve ekonomik açıklık ve piyasa dostu politikalardan yarar sağladıklarının iddia edilmesidir. İkinci sebep ise, bu ülkelerin tümünün 1997-1999 yılları arasında yaşanan Asya finansal krizinin belli başlı mağdurları olmalarıdır. Benzer

özellikler taşımalarına rağmen, bu beş ülke, kalkınma düzeylerini de kapsayacak biçimde birçok açıdan farklılıklar da göstermektedir. Kore üst gelir grubunda yer alan bir ülkedir ve aynı zamanda OECD üyesidir. Kore'nin kişi başına düşen geliri, ikinci en zengin ülke olan Malezya'nın kişi başına düşen gelirin iki katıdır. Malezya'nın kişi başına düşen geliri ise, yaklaşık olarak Tayland'ın kişi başına düşen gelirin iki katıdır. Tayland'ın kişi başına düşen geliri de Filipinler ve Endonezya'nın kişi başına düşen gelirin yaklaşık iki katıdır (Gough, 2001: 170).

Orta gelir grubunda yer alan diğer ülkeler ile karşılaştırıldığında Doğu Asya ülkelerindeki sağlık harcamalarının düzeyi daha düşüktür. Kamu sağlık harcamaları da oldukça düşük düzeyde kalmaktadır, Endonezya'da GSYİH' nin %0,7'si ve Kore de %2,3'ü arasında değişmektedir. Sağlıkla ilgili tüm girdiler (doktorlar, hemşireler, hastane yatakları) dünya ölçeğinde oldukça eksik kalmaktadır. Ülkelerin tümü, temel ve önleyici sağlık hizmetlerine makul düzeyde bir erişim olanağı sunmakta iken, Kore ve Malezya bu açıdan en önde olan ülkeler olarak göze çarpmaktadır. Güneydoğu Asya'da kamu sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde ulaşılabilirliği hasta insanların çoğunun sağlık hizmetlerine erişebildiğinin ileri sürülmesine yol açmıştır. Bunun ötesinde, önemli derecede eşitsizlikler bulunmaktadır. Tüm ülkelerde, devlet memurları sigorta ve hizmet sunumunda kendi üstün sistemlerine sahiptir, özel hizmet sunumu finansal kriz tarafından sekteye uğratılana kadar artış göstermiştir, kamu hastanelerini özelleştirmek ya da temel hizmetlerden çekilmek için farklı önlemlere başvurulmuştur. Zenginler yurt dışında Singapur, Hong Kong ve Avustralya gibi bölgesel merkezlerde tedavi olabilmek seçeneklerine de sahiptir (Gough, 2001: 171-172).

Ulusal Sağlık Hizmetleri sistemine daha yakın olan Malezya'nın dışındaki tüm ülkeler, kamu sağlık sigortasının bazı şekillerine sahip bulunmaktadır. Malezya, İşçi İhtiyat Sandığının içinde yer alan kişisel medikal hesapların yanında, İngiliz modeline daha yakın bir Ulusal Sağlık Hizmetleri sistemine sahiptir (Gough, 2001: 172).

Refah devletlerini sınıflandırmak için, farklı göstergeler kullanıldığında dahi, bazı ülkelerin belirli ideal modellere yakın standart örnekler olarak belirdiği görülmektedir. ABD, herkesin sınıflandırmasına göre, en iyi şekilde *Liberal (Protestan, Anglo-Sakson*

ya da Temel Güvence) refah devletinin bir örneği olarak ifade edilmektedir. Almanya Bismark/Kıta Avrupası/Muhafazakâr ideal modele yaklaşmakta ve İsveç Sosyal-Demokrat (İskandinav/Nordic) ideal modele yaklaşmaktadır (Arts ve Gelissen, 2002: 148).

Tablo 3. Refah Devletleri Tipolojilerinin Değerlendirilmesi

Kaynak Eser	Refah Devleti Modelleri ve Temel Özellikler	Göstergeler ve Boyutlar
Titmuss (1974)	1. Kalıntı: Devlet, piyasa ve aile yetersiz kaldığında, geçici olarak refah hizmeti sunmaktadır. 2. Endüstriyel Başarı-Performans: Sosyal ihtiyaçların karşılanmasında sosyal refah kuruluşlarına görev vermektedir. 3. Kurumsal Yeniden Bölüşümcü: İhtiyaçlarına göre vatandaşlara evrensel hizmetler sunmaktadır.	Devlet yardımı, Piyasa, Aile, Sosyal ihtiyaçlar.
Esping-Andersen (1990)	1. Liberal: Düşük dekomüdfikasyon düzeyi; piyasa- refah düzeyinin farklılaştırılması 2. Muhafazakâr: Orta dekomüdfikasyon düzeyi; sosyal yardımlar önceki katkılara ve statüye bağlıdır. 3. Sosyal Demokrat: Yüksek dekomüdfikasyon düzeyi; evrensel yardımlar ve yüksek düzeyde yardımların eşitliği.	Dekomüdfikasyon, Tabakalaşma.
Leibfried (1992)	1. Anglo-Sakson (Kalıntı): Gelir transferleri hakkı; refah devleti telafi mekanizması olarak son başvuru yeri ve katı bir şekilde çalışmaya zorlamaktadır. 2. Bismark (Kurumsal): Sosyal güvenlik hakkı; refah devleti telafi mekanizması olarak ilk başvuru yeri ve işveren olarak son başvuru yeridir. 3. İskandinav (Modern): Herkes için çalışma hakkı; evrensellik; refah devleti işveren olarak ilk başvuru mekanizması ve telafi mekanizması olarak son başvuru yeridir. 4. Latin Kuşağı (Tam Gelişmemiş): Çalışma hakkı ve refah listesi; yarı kurumsallaşmış vaatler devleti.	Yoksulluk, Sosyal sigorta ve Yoksulluk politikası.
Castles ve Mitchell (1993)	1. Liberal: Düşük sosyal harcama düzeyi ve sosyal politika alanında eşitlik sağlayıcı hiçbir aracın kabul edilmemesi. 2. Muhafazakâr: Yüksek sosyal harcama düzeyi, fakat sosyal politika alanında eşitlik sağlayıcı araçların çok düşük düzeyde kabul edilmesi. 3. Hak Etmeyenlerin Baskınlığı (Non-Right Hegemony): Yüksek sosyal harcama düzeyi ve sosyal politika alanında eşitlik sağlayıcı araçların yüksek derecede kullanılması. 4. Radikal: Vergi öncesi ve transferler öncesindeki gelirden eşitliğin sağlanması (sosyal politika alanında eşitlik sağlayıcı araçların kabul edilmesi), fakat düşük sosyal harcama düzeyi.	Refah harcamaları, Sosyal yardımların eşitliği, Vergiler.

Kaynak Eser	Refah Devleti Modelleri ve Temel Özellikler	Göstergeler ve Boyutlar
Siaroff (1994)	1. Protestan Liberal: En düşük aile refahı, işgücü piyasasında göreceli olarak eşitlikçi bir cinsiyet konumu; aile yardımları anneye ödenmekte, fakat oldukça yetersiz düzeyde bulunmaktadır. 2. İleri Hristiyan-Demokrat: Kadınların çalışma yaşamına girmeleri için teşvik edici unsurların bulunmayışı, fakat evde durmaları için güçlü teşviklerin varlığı. 3. Protestan Sosyal-Demokrat: Kadınlar için iş ve refah arasında seçim hakkı, aile yardımları yüksek düzeydedir ve her zaman anneye ödenmektedir; Protestanlığın önemi vurgulanmaktadır. 4. Geç Kadın Hareketliliği: Protestanlığın bulunmayışı; aile yardımları daima babaya ödenmektedir; evrensel olarak kadının oy kullanma hakkı oldukça yenidir.	Aile refahı yönelimi, Kadının çalışma istekliliği, Aile yardımlarının kadınlara ödenecek kadar genişletilmesi.
Ferrera (1996)	1. Anglo-Sakson: Oldukça yüksek refah devleti kapsamı; servet testine bağlı sosyal yardım, karma finansman sistemi; tamamen kamu yönetimi tarafından idare edilen yüksek derecede bütünleşmiş örgütsel çerçeve. 2. Bismark: İşteki konum (ve/veya aile, devlet) arasında güçlü bir bağ ve sosyal yetkilendirme (<i>social entitlements</i>); gelir ile orantılı yardımlar; katkılar yoluyla finansman; oldukça önemli sosyal yardım ödenekleri; sigorta programları esas olarak sendikalar ve işveren örgütleri tarafından yönetilmektedir. 3. İskandinav: Bir vatandaşlık hakkı olarak sosyal koruma; evrensel kapsam; çeşitli sosyal riskler için oldukça cömert maktu yardımlar; esas olarak vergi gelirleri yoluyla finansman; güçlü örgütsel bütünleşme. 4. Güney: İşteki konum ile bağlantılı parçalanmış gelir garantisi sistemi; asgari sosyal koruma ağı kesin olarak belirlenmemiş cömert sosyal yardımlar; bir vatandaşlık hakkı olarak sağlık hizmetleri; nakit yardım ödemelerinde ve finansmanda çok taraflılık (<i>particularism</i>); primler ve vergi gelirleri yoluyla finansman.	Hak kazanma kuralları (uygunluk), Yardımların formüle edilmesi, Finansal düzenlemeler, Örgütsel-yönetimsel düzenlemeler.
Bonoli (1997)	1. İngiliz: Primler vasıtası ile finanse edilen düşük oranlı sosyal harcama düzeyi (Beveridge); GSYİH' in yüzdesi olarak düşük sosyal harcama düzeyi. 2. Kıta Avrupası: Primler vasıtası ile finanse edilen yüksek oranlı sosyal harcama düzeyi (Bismark); GSYİH' in yüzdesi olarak yüksek sosyal harcama düzeyi. 3. Nordic⁵: Primler vasıtası ile finanse edilen düşük oranlı sosyal harcama düzeyi (Beveridge); GSYİH'in yüzdesi olarak yüksek sosyal harcama düzeyi. 4. Güney: Primler vasıtası ile finanse edilen yüksek oranlı sosyal harcama düzeyi (Bismark); GSYİH' in yüzdesi olarak düşük sosyal harcama düzeyi.	Bismark ve Beveridge modeli, Refah devleti harcamalarının miktarı.

⁵ İskandinav (ya da daha belirgin olarak Nordic) refah devletleri çok sayıda ortak özellik taşımaktadır, bu nedenle Esping-Andersen, Leibfried, Castles, Ferrera, Kuhnle ve Alestalo gibi araştırmacılar bu kavramları tek bir refah rejimi kategorisi olarak ele alma eğilimindedirler. İskandinavya daha doğru olarak Danimarka, Norveç ve İsveç'i ifade etmek için kullanılmakta iken, Nordic ülkeleri Finlandiya ve İzlanda'yı da kapsamaktadır (Kuhnle, 2001: 110-119).

Kaynak Eser	Refah Devleti Modelleri ve Temel Özellikler	Göstergeler ve Boyutlar
Korpi ve Palme (1998)	1. Temel Güvence: Yardımlara hak kazanma vatandaşlık ya da prim ödemeye dayanmaktadır; eşit miktarda yardım ilkesi uygulanmaktadır. 2.Korporatist: Yardımlara hak kazanma mesleki kategori ve işgücüne katılım koşullarına dayanmaktadır; kazanç ile ilişkili yardım ilkesi kullanılmaktadır. 3.Kapsayıcı (Encompassing): Yardımlara hak kazanma vatandaşlık ve işgücüne katılım koşullarına dayanmaktadır; eşit miktarda yardım ve kazanç ile ilişkili yardım ilkeleri kullanılmaktadır. 4.Hedeflenen (Targeted): Yardımlara hak kazanma kanıtlanmış ihtiyaç koşuluna dayanmaktadır; asgari yardım ilkesi kullanılmaktadır. 5.Gönüllü Devlet Destekli: Yardımlara hak kazanma üyelik ya da prim ödeme koşullarına dayanmaktadır; eşit miktarda yardım ve kazançla ilişkili yardım ilkeleri uygulanmaktadır.	Hak kazanma koşulları, Yardım ilkesi, Sosyal sigorta programının yönetimi.
Deacon (2000)	Doğu Avrupa Refah Devletleri: Devlet tarafından sübvans edilen temel gıda maddeleri ve konut yardımları. Tam istihdam ve göreceli olarak yüksek işçi ücretleri. Sağlık, Eğitim ve Kültürel hizmetlerin ucuz ya da ücretsiz olarak sunulması.	Yaşlılık aylıkları, Sağlıkla ilgili transferler, Aile ödenekleri.
Gough (2001)	Asya Refah Rejimleri: Düşük sağlık harcamaları düzeyi. Kamu sağlık hizmetlerinin yaygın şekilde ulaşılabilirliği. Devlet memurlarının sigorta ve hizmet sunumunda kendi özel sistemlerine sahip bulunması.	Kamu sağlık sigortası ve ulusal sağlık hizmetleri sistemi.

Kaynak: Abrahamson, 1999: 396; Deacon, 2000: 147; Gough, 2001: 170-172; Arts ve Gelissen, 2002: 143-144; Bamba, 2007: 4-5' den derlenerek hazırlanmıştır.

1.1.4. Refah rejimlerine göre sağlık sistemlerinin sınıflandırılması

Sağlık politikaları karşılaştırmalı olarak incelenirken sağlık hizmetlerinin kurumsal yapısının yansıtılmasına yardımcı olmak ve farklı ülkelerin sağlık politikalarının açıklanmasına katkı sağlamak için genellikle sağlık sistemleri tipolojileri kullanılmaktadır. Sağlık sistemleri tipolojileri, sağlık sistemini sağlık hizmetlerinin finansmanındaki farklılıklara dayanan ve sağlık hizmetleri sunumunun düzenlenmesindeki farklılıklara ilişkin bir ideal makro-kurumsal özelliklerin düzenlenmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin kamu kesimi tarafından finanse edilmesi sağlık hizmetlerine kamu kesiminin katılım derecesinin belirleyici özelliği olarak görülmektedir (Burau ve Blank, 2006: 64-65). Tipoloji

oluşturma konusunda en bilinen katkı Esping-Andersen (1990, 1999) tarafından yapılmıştır. Esping-Andersen'in tipolojisinin geliştirilmesinde sadece hastalık yardımlarının kullanılmış olması, sağlık sistemlerinin merkezi hizmet özelliğini göz ardı ettiği için özellikle sağlık bilimciler tarafından eleştirilmiştir. Sağlık sistemleri gerçekten refah devletinin önemli bir unsurunu oluşturmaktadır ancak aynı zamanda kendi dinamikleri tarafından da şekillendirilmektedir ve bu nedenle ayrı bir sınıflandırma olarak ele alınması gerekmektedir. Sağlık sistemleri tipolojileri onun üç refah rejiminden başka bir yöne doğru evrim geçirmiş olsa bile, Esping-Andersen (1990) tarafından önerilen kavramlar, özellikle refah karması (welfare mix) düşüncesi, sağlık sistemi modellerinin geliştirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Sağlık sistemlerini sınıflandırma çalışmalarından ilki OECD (1987) tarafından geliştirilmiştir ve sistemler arasında üç boyutlu bir ayırım yapmıştır: (i) Evrensel (Beveridge) modeli; (ii) Sosyal Sigorta (Bismark) modeli ve (iii) Özel Sigorta (Liberal Sağlık) modeli. Bu unsurlara dayanılarak, üç sağlık sistemi modeli geliştirilmiştir (Reibling, 2010: 6).

Tablo 4. Sağlık Sistemi Tipolojilerinin Kuramsal Boyutları

Boyutlar	OECD (1987)	Moran (2000)	Bambra (2005)
Finansman	Hizmete hak kazanmanın kaynağı	Maliyet kontrolünün derecesi	Özel sağlık harcamalarının yüzdesi
Hizmet sunumu	Kamu-özel mülkiyet	Doktorlar ve hastaneler üzerinde devlet kontrolü	Özel hastane yatakları
Teknoloji	-----	Devlet kontrolü	-----
Erişim	Sigorta kapsamı	Sigorta kapsamı	Sigorta kapsamı

Kaynak: Reibling, 2010: 7.

Sağlık sistemlerini sınıflandırma çalışmalarından ikincisi Moran (1999, 2000) tarafından sağlık hizmeti devletleri tipolojisi ile yapılmıştır. Moran'ın sağlık hizmeti devletleri kavramı üç yönetim alanından oluşmaktadır. Bunlar; tüketim, hizmet sunumu ve teknoloji alanlarıdır (Moran, 2000: 147; Lamping and Steffen, 2009: 1362).

Moran'ın kavramsal hale getirdiği sağlık hizmeti devletleri kavramına göre sağlık hizmeti devletleri üç farklı yüze sahiptir: Sağlık hizmeti devletleri, sadece bir refah devleti değildir, aynı zamanda bir kapitalist sanayi devleti ve bir çoğulcu demokratik devlettir (Moran, 1999: 24-50; Freeman ve Moran, 2000: 39).

Sağlık hizmeti tüketimini yöneten kurumlar, sağlık hizmeti sistemine ayrılacak kaynaklara karar verme mekanizmaları kadar, hastaların sağlık hizmetlerine erişim için uygunluğu hakkında karar vermeye de yetkilidirler. Hizmet sunumunu yöneten kurumlar hastanelerin ve doktorların kontrol edilmesi ile ilgilenmektedirler. Son olarak, üretimi yöneten kurumlar tıbbi yeniliklerin düzenlenmesi mekanizmalarından sorumlu bulunmaktadır (Moran, 1999: 48-50; Moran, 2000: 139).

Sağlık sistemleri tipolojilerinden sonuncusu Bambra (2005a) tarafından Esping-Andersen'in (1990) dekomüdifikasyon kavramının sağlık hizmetleri alanına uygulanması yoluyla geliştirilmiştir. Dekomüdifikasyon kavramı bireylerin ve ailelerin işgücü piyasasındaki performanslarına bakılmaksızın normal ve sosyal olarak kabul edilebilir bir yaşam standardını sürdürebilmelerini sağlayacak kadar genişletilmiştir. Refah devleti emeği piyasanın dışına çıkarmıştır çünkü belirli hizmetlerin ve belirli bir yaşam standardının sunulması bir vatandaşlık hakkı haline gelmiştir. Dekomüdifikasyon kavramı sağlık hizmetlerinin sunumunu da kapsayacak şekilde genişletilebilir. Sağlığın dekom difikasyonu bireylerin sağlık hizmetlerine erişimlerinin işgücü piyasasındaki konumlarına bağlı olması ve bir ülkenin sağlık hizmeti sunumunun piyasadan bağımsız olması anlamına gelmektedir (Bambra, 2005a: 33).

Sağlık Dekomüdifikasyon İndeksi 18 ülkeyi kapsamaktadır: Bu  lkeler; Avustralya, Avusturya, Belçika, Kanada, Danimarka, Finlandiya, Fransa, Almanya, İrlanda, İtalya, Japonya, Hollanda, Yeni Zelanda, Norveç, İsveç, İsviçre, İngiltere ve ABD'dir.

Sağlık Dekomüdifikasyon İndeksinde kullanılan veriler sağlık hizmeti sunumunun kamu/özel karışımına, kamu hizmet sunumunun erişim kolaylığına ve sağlık sistemi tarafından sunulan hizmetlerin kapsamına odaklanmaktadır (Bambra, 2005a: 33).

Bambra, Sağlık Dekomüdfikasyon İndeksi için aşağıda belirtilen ampirik göstergeleri kullanmaktadır:

- (i) Özel sağlık harcamaları (GSYİH'nin yüzdesi olarak),
- (ii) Özel hastanelerin yatak sayısının tüm ülkedeki yatak sayısına oranı,
- (iii) Kamu sağlık sistemi tarafından kapsanan nüfusun yüzdesi (Bambra, 2005a: 34).

Kamu finansmanının ve hizmet sunumunun oranının yüksek fakat nüfusun sadece küçük bir bölümüne hizmetlere erişim olanağı sağlayan bir sağlık sistemi piyasadan bağımsızlığın yüksek derecede olduğu bir sistem olarak kabul edilmemektedir (Bambra, 2005b: 207).

Tablo 4, sağlık sistemi modellerini geliştirmek için bu üç yazar tarafından kullanılan göstergeleri özetlemektedir. Kesin tanımları farklılık göstermekle birlikte, bu üç tipolojinin tamamı kamu ve özel sektörü finansman ve hizmet sunumu açılarından sınıflandırma ölçütü olarak kullanılmaktadır. Moran, bunların dışında sağlık teknolojisine devlet kontrolünü eklemiştir. Benzer bir şekilde, üç tipolojinin tümü ikinci bir boyut olarak kapsama seviyesini ya da sistemin evrenselliğini vurgulamaktadır (Moran, 2000: 139; Reibling, 2010: 7).

1.2. Sağlık Hizmetlerine İlişkin Teorik Çerçeve

Sağlıklı bir kişi, bedensel ve ruhsal faaliyetlerini engelleyecek şekilde organik veya fonksiyonel bozuklukları olmayan kişi olarak kabul edilmektedir. Buradan yola çıkılarak sağlık, yaşanan çevreye organizmanın uyumudur, ruhsal ve sosyal açıdan iyi olma halidir denilmektedir. Sağlık yalnızca hastalık ve sakatlık durumunun bulunmayışı olarak değil, bedensel, ruhsal ve sosyal açılardan tam bir iyilik hali olarak ifade edilmektedir. Sağlık hakkının uygulanabilmesi sağlık hizmetleri yoluyla gerçekleşmektedir. Sağlık hakkı soyut, sağlık hizmetleri ise somut bir kavramdır. Sağlık hizmetleri, hasta, doktor ve sağlık kuruluşu arasındaki üçlü ilişki yoluyla gerçekleşmektedir.

1.2.1. Sağlık hizmetlerinin tanımı

Sağlık hizmetleri en basit şekilde bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığının korunması ve iyileştirilmesine yönelik hizmetler olarak tanımlanabilir. Sağlık hizmetleri genel olarak şu şekilde tanımlanmaktadır: “Kişilerin ve toplumların sağlığını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşemeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüdür” (Oral, 2002: 37; Serin, 2004: 6-7; Akdur, 2006: 12). Türkiye’de ise sağlık hizmetleri tanımlanırken genel olarak 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunun 2. maddesindeki tanım kullanılmaktadır. Bu tanıma göre; “sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetlerdir” (m.2/ III). Bu tanımlardan da anlaşıldığı gibi, sağlık hizmetlerinin amaçları; kişilerin hasta olmamalarını sağlamak, korumaya rağmen hasta olanların tedavisini yapmak ve sakatların kendi kendilerine yeter şekilde yaşamalarını sağlamaktır.

Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) kavramı ise, ilk kez 1978 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ile Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) tarafından Alma Ata’da (bugünkü adıyla Almaty) düzenlenen konferansta ifade edilmiştir (Pala, 2002: 101-106; Akdağ, 2008b: 31). Konferans sonunda yayınlanan bildirmede TSH şu şekilde tanımlanmaktadır: “Bir toplumdaki birey ve ailelerin geneli tarafından kabul görecektir şekilde ve onların tam katılımı sağlanarak, devlet ve toplumca karşılanabilir bir bedel karşılığında verilen temel 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 yakınında ve ilk başvuru yeri olan sağlık hizmeti zincirinin birinci halkasını oluşturur” (Hayran, 1998: 27).

Tüm bu koruyucu önlemlere karşın hastalığın ortaya çıkması durumunda yapılacak olan, kişinin hastalığın zararlı etkisinden kurtulabilmesi için bütün tıbbi olanakların kullanılmasıdır.

1.2.2. Sağlık hizmetlerinin özellikleri

Sağlık hakkı ve yaşam hakkının bireyin temel hakları olarak kabul edilmesi ile birlikte bu hakların önemi artarak sağlık hizmetlerine yönelik olarak yoğun bir talep ortaya çıkmaktadır. Ancak sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran bazı özellikler bulunmaktadır. Bu özellikler ayrı başlıklar altında ele alınacaktır.

1.2.2.1. Belirsizlik ve ertelenemezlik

Sağlık hizmetine olan talep hastalıkla birlikte ortaya çıkmaktadır. Kişi ne zaman hasta olacağına ve hastalığın ne kadar süreceğini belirleyemeyeceği için, sağlık hizmetlerine de, ne zaman ihtiyaç duyacağına ve bu hizmeti hangi sürede ve ne kadar kullanacağına kendisi karar verememektedir. Sağlık hizmetlerindeki bu belirsizlik, hizmetin talep edilmesinden, hizmetten vazgeçmeye kadar her aşamada görülmektedir. Hizmetin zamanında ve gerektiği miktar ve kalitede alınamaması hastalığın daha da artmasına hatta ölüme neden olabilmektedir (Aktan ve Işık, 2007: 2; Güzel vd., 2010: 666). Belirsizlik kavramı sağlık hizmetlerinin her alanında görülebilmektedir. Sağlık hizmetlerine konu olabilecek olaylar tesadüfen oluşmaktadır. Bir kolun kırılması, apandisit ameliyatı, otomobil kazası ya da kalp krizi gibi olaylar bunlara örnek olarak verilebilir. Bir diğer olasılık olarak, kişinin kendisini rahatsız hissetmesi ya da muhtemel bir hastalık başlangıcı nedeniyle sağlık kurumu ve personeline başvurması mümkün olabilmektedir. Sağlık hizmetlerinde belirsizlik kavramı hasta ve hastalıkla başlamaktadır, ancak nerede ve ne şekilde sona ereceği belli olmamaktadır. Sağlık hizmeti vermekte olan kurumlar da aynı ölçüde belirsizlikle karşı karşıya bulunmaktadırlar. Benzer durumlarda doktorlar sık sık farklı tedavi yöntemleri önerebilmektedirler. Bununla birlikte, doktorların önerdiği tedaviler arasında da büyük farklılıklar görülebilmektedir. Sağlık hizmetlerinin belli alanlarında görülen belirsizlik (yeni bir ilaç gibi), diğer alanlardaki belirsizliklerle büyük benzerlikler taşımaktadır (yeni cerrahi tekniklerdeki gelişmeler ve verimlilik gibi) (Mutlu ve Işık, 2005: 54-55; Sayım, 2011: 26).

Sağlık diğer mal ve hizmetler gibi alınıp satılamaz çünkü sağlığa olan talep istekten değil, ihtiyaçtan doğmaktadır. Kişiler hasta oldukları için doktora gittiklerinde genellikle hastalıklarının ne olduğu ve tedavinin neler gerektirdiği konusunda bilgi sahibi

değildirler. Bu nedenle sağlık hizmetlerine olan talep önceden tahmin edilememektedir. Hizmet alma nedeni ihtiyaç olduğu için iyileşmek için kişilerin ne kadar harcama yapmaları gerektiğine yönelik önceden belirlenmiş bir sınırdan da söz edilememektedir. Sağlık hizmetlerinin tüketimi düzensiz ve belirsiz bir şekilde gerçekleşmektedir. Bu nedenle hastaların sağlık hizmeti alırken tipik bir tüketici gibi bilinçli tercihler yapmaları beklenememektedir: Örneğin, yoğun ağrısı bulunan ya da solunum güçlüğü çeken bir hastadan aklını kullanarak seçenekleri kıyaslayıp en doğru kararı vermesi talep edilemez (Ağartan, 2011b: 32-33).

Başka bir ifadeyle, sağlık hizmetlerinde ekonomik planlama yapmak hem hizmetten yararlanacaklar için hem de hizmeti arz edenler için oldukça güçtür. Bu yüzden sağlık hizmetlerinin ekonomik yatırım riski oldukça yüksektir (Oral, 2002: 43). Ancak, sağlık hizmetlerinin sağlanması devletin de temel görevleri arasında olduğundan, devlet sağlık piyasasına müdahale etmekte, sağlık sigortaları aracılığıyla ya da sağlık hizmetlerinin bir bölümünü üstlenerek bu riski azaltmaya çalışmaktadır (Turan, 2004: 9-10; Güzel vd., 2010: 667).

1.2.2.2. Sağlık hizmetlerinin kamusal niteliği

Geniş anlamda kamusal mal ve hizmetler kavramı, öncelikle tam kamusal mallar (savunma, adalet, güvenlik, diplomasi) olmak üzere, yarı kamusal mallar (eğitim, sağlık); bazı özel mallar gibi çok sayıda mal ve hizmeti kapsamaktadır. Dar anlamda kamusal mal ve hizmetler kavramı ise, genel bütçe ile sunulan ve finansmanı vergilerle sağlanan hizmetleri ifade etmektedir. Sağlık hizmetleri genel olarak yarı kamusal mallar olarak sınıflandırılmaktadır. Bu tür mallar, tüketimleri sonucu topluma dışsal fayda sağlarken, hizmeti tüketen kişiye de özel fayda sağlamaktadır. Bu grupta yer alan mal ve hizmetler bölünebilme ve pazarlanabilme özelliği taşımaktadır. Ayrıca bedelini ödeyemeyenlerin hizmetin faydasından dışlanması da söz konusu olabilmektedir. Bu mal ve hizmetler bölünebilme ve fiyatlandırılabilme özellikleri nedeniyle özel mala benzemekteyken, bazen birlikte tüketim olanağı vermesi ve sosyal fayda taşımaları nedeniyle de kamusal nitelik taşımaktadırlar (Mutlu ve Işık, 2005: 46-47; Sayım, 2011: 23).

Kişiler, yararı tamamen bireysel ve özel olan sağlık hizmetleri için doğrudan para harcama eğilimindedir. Kamu yararına olan sağlık hizmetleri için ise herkes bir başkasının para harcamasını beklemektedir. Başka bir ifade ile tedavi edici hizmetlerin özel yarar, koruyucu hizmetlerin ise kamu yararına olduğu söylenebilir, ancak bu durumun tersi de geçerli olabilmektedir. Örneğin, tüberkülozlu bir kişinin tedavi olmasından yakın çevresindekiler yarar sağlamaktadırlar. Bununla birlikte, sağlık bilinci yüksek olan kişilerin aşılama, periyodik muayeneler, doğum öncesi bakım gibi koruyucu hizmetler için para harcamayı göze almaları da görülebilmektedir (Hayran, 1998: 49; Durmuş, 2011: 61).

Toplum sağlığını korumaya yönelik hizmetlerin kamu ekonomisi tarafından üretilmesi gereklidir. Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetlerinin temel sunucusunun devlet olduğunu söyleyebiliriz. Özel sektör ise kârlı olmayacağı için bu alanda faaliyet göstermek istememektedir. Ancak piyasa ekonomisi, kamu ekonomisi tarafından üretilen bölünemeyen ve koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik mal ve hizmet tedariki süreçlerinde kamu ekonomisine hizmet verebilmektedir. Ancak bu durum söz konusu hizmetin kamusal niteliğini değiştirmemektedir. Özellikle yaygın ya da risk gruplarının yoğun olması gibi sebeplerle kitlesel veya bölgesel aşılama çalışmaları bu kapsamda değerlendirilen en önemli hizmetler arasında bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri piyasada alınıp satılabilen hizmetler olmasına karşılık, sahip olduğu dışsallık olgusu nedeniyle kamu tarafından da üretilmesi zorunlu bulunan bir kamu malıdır. (Altay, 2007: 35-36).

Kamu hukukunda, kamu mallarını üretenler ve arz edenler kim olursa olsun, bunların yeterli nitelik, kalite ve fiyatla mevcut bulundurulmasından ve ihtiyacı olan kişilere sunumunun sağlanmasından devlet sorumlu tutulmaktadır. Bu açıdan devletin, bir kamu malı olan sağlık hizmetlerindeki görev ve sorumlulukları da devredilemez sorumluluklar şeklini almıştır. Devlet sağlık hizmetlerini ister kendisi üretsın, ister başkalarından sağlasın bu hizmetleri bulundurmakla yükümlü tutulmaktadır (Oral, 2002: 44; Altay, 2007: 36).

1.2.2.3. Sağlık hizmetlerinin ikamesinin olmaması

Mal veya hizmetlerin ikame özelliği, yani birinin sağlayacağı faydanın bir diğeri tarafından sağlanabilmesi, onun yerine geçebilme özelliği, tüketiciyi pazarın olumsuzluklarına karşı koruyan önemli özelliklerden biridir. Tüketicinin talep ettiği mal veya hizmetin fiyatının yükselmesi durumunda, tüketici bu mal veya hizmetten elde edeceği faydayı başka bir mal veya hizmetten sağlayarak, fiyat yükselişlerine karşı kendini koruyabilmektedir. Ancak sağlık hizmetleri talebinde bu durum geçerli değildir. Hasta olan kişi iyileşebilmek için kendisine önerilen sağlık hizmetlerinden birini seçerek tedavi olmak durumundadır. Hastanın bir doktor tarafından kendisine önerilen tedavi yöntemini kabul etmeyip, hastalığı kendi haline bırakarak iyileşebilmesi mümkün olmamaktadır. Bununla birlikte, önerilen tedavi yönteminin başka mal veya hizmetle ikamesi ya hiç bulunmamaktadır ya da son derece sınırlı olmaktadır. Örneğin mide ameliyatını ikame edecek başka bir yöntem bulunmamaktadır (Tokat, 1998: 6; Oral, 2002: 44-45; Turan, 2004: 10; Aktan ve Işık, 2007: 2).

1.2.2.4. Sağlık hizmetlerinin değişkenlik göstermesi

Sağlık hizmetleri toplumdaki herkesi yakından ilgilendirmektedir. Sağlık hizmetleri aynı zamanda sosyoloji, demografi, kültür ve teknoloji ile de doğrudan ilişkilidir. Bu alanlardaki değişiklik ve yenilikler sağlık hizmetlerini doğrudan etkilemektedir. Sağlık hizmetlerinin bu yeniliklere ve gelişmelere uyum sağlaması gerekmektedir. Bu uyumun sağlanamaması halinde toplumun sağlık hizmetleri ihtiyacı yeterli ölçüde karşılanamayacaktır. Toplumların sosyolojik, demografik, kültürel ve teknolojik özellikleri farklı olduğu için, değişik toplumlardaki sağlık hizmetleri ve bu hizmetleri düzenleyen sağlık sistemleri de farklılıklar göstermektedir. Burada göz önünde bulundurulması gereken unsur, bu farklılıklara karşın, hizmet alan kişilerin özelliklerinin neredeyse aynı olmasıdır. İnsanın fiziki yapısı her yerde aynı özellikleri göstermektedir, ruhsal ve kültürel yapılar ise belirli oranlarda farklılıklar taşımaktadır. Her toplumun ve ülkenin sağlık sorunlarının, önceliklerinin, olanaklarının ve kaynaklarının farklı olması sebebiyle sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı, örgütlenmesi ve denetimi konularında çok farklı uygulamalar bulunmaktadır. Bu uygulamalar üzerinde yaptırım

gücü bulunmamasına rağmen etkinliği en üst düzeyde bulunan uluslararası kuruluş WHO dur. (Hayran, 1998: 19-21; Güzel vd., 2010: 668).

1.2.3. Sağlık hizmetlerinin türleri

Sağlık hizmetleri genellikle üç farklı şekilde sunulmaktadır. Bu hizmetler koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleridir.

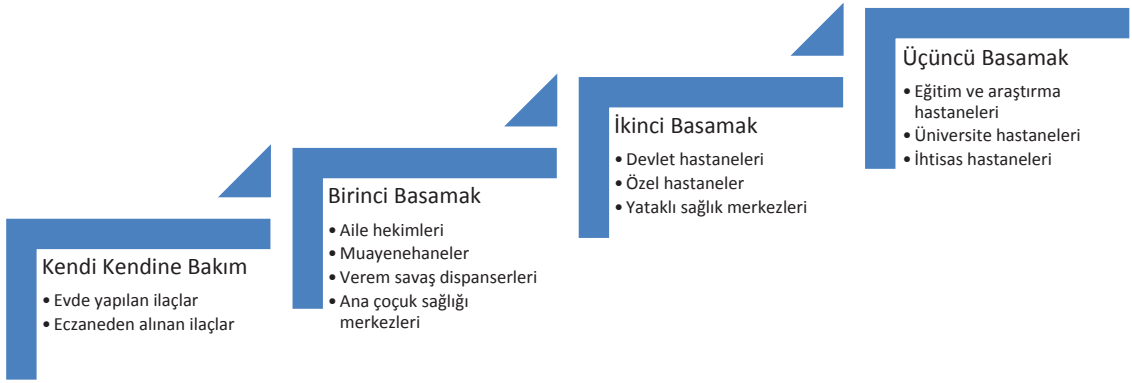
1.2.3.1. Koruyucu sağlık hizmetleri

Kişileri hastalıklardan korumak ve sağlığı geliştirmek için yapılan hizmetler, koruyucu sağlık hizmetlerini oluşturmaktadır. Bu hizmetler kişilere ve çevreye yönelik olmak üzere iki grupta toplanmaktadır. Kişiye yönelik olanlar, bağışıklık kazandırmak için aşılama yapma, ilaçla koruma, erken teşhis, sağlık eğitimi, iyi beslenme, aile planlaması ve okul sağlığı gibi hizmetleri kapsamaktadır. Çevreye yönelik olanlar ise, katı ve sıvı atıkların kontrolü, hava kirliliği ve gürültü ile mücadele, hijyen koşullarına uygun konut sağlanması, yeterli ve temiz içme ve kullanma suyu sağlanması gibi faaliyetleri içermektedir (Hayran, 1998: 18; Oral, 2002: 38; Turan, 2004: 11-12; Güzel vd., 2010: 669).

Koruyucu sağlık hizmetleri tehlikenin kendisine karşı bir mücadele biçimidir ve sağlıklı olmayı hazırlayan koşulları önlemeyi amaçlamaktadır. Bu hizmetlerle toplumda hastalık görülme olasılığının azaltılması amaçlandığından, ödeme gücü olup olmadığına bakılmaksızın toplumun tüm üyeleri bu hizmetlerden eşit ölçüde yararlanmaktadır. Başka bir ifadeyle, koruyucu sağlık hizmetleri gelir dağılımındaki adaletsizlikleri önleyici bir özellik taşımaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde kamusal nitelik çok daha belirgin bir şekilde görülmektedir. Bu tür hizmetlerden yararlanılması sonucunda ortaya çıkan fayda, hizmetten yararlanan kimsenin dışına da taşarak topluma mal olmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin sağladığı sosyal fayda özel faydadan daha yüksektir (Serin, 2004: 10-11). Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetlerinin evrensel bir niteliğe sahip olduğu ifade edilebilir.

1.2.3.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri

Hastalık riskinin ortaya çıkmasının sonucunda hasta olan kişilere sunulan sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilmektedir. Bu hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinden ayıran en önemli özellik, kişisel faydanın ön planda olmasıdır. Toplumda yer alan bireyler, bu hizmetlerden doğrudan yararlanamadıkları için, sağladıkları faydalar ikinci derecede ve dolaylı olmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetlerinden faydalanan kişi, özel bir fayda sağlamaktadır. Ancak toplum içinde sağlıklı kişilerin artması da topluma sosyal bir fayda sağlamaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri sağlık sorunlarını ortadan kaldırmayı amaçlamaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri dört basamakta incelenebilmektedir (Oral, 2002: 39-40; Serin, 2004: 11). Bu basamaklar Şekil 1 de gösterilmektedir.



Şekil 1. Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Basamakları

1.2.3.2.1. 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 (Oral, 2002: 40).

1.2.3.2.2. Birinci basamak tedavi hizmetleri

Hastalıkların evde ya da ayakta teşhis ve tedavi edilmesi amacı ile verilen hizmetlerdir. Genellikle hastaların hastanelere başvurmadan önce başvurup, gerekli görüldüğünde hastanelere gönderildikleri sağlık 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, hasta sevk ve izleme hizmetleri gibi hizmetlerden oluşmaktadır. Türkiye’de aile hekimleri, muayenahaneler, verem savaş dispanserleri, ana-çocuk sağlığı merkezleri birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlardan bazılarıdır (Hayran, 1998: 18; Turan, 2004: 12-13; Akdur, 2006: 13-14). Birinci basamak sağlık hizmeti, sağlığın teşviki, koruyucu sağlık hizmetleri ile ilk kademedeki teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin birlikte verildiği, kişilerin hizmete kolayca ulaşabildikleri, düşük maliyetle etkin ve yaygın sağlık hizmeti sunumudur (Akdağ, 2011: 78)

Birinci basamak tedavi hizmeti veren kuruluşlar, yataklı tedavi kuruluşlarının önünde birer filtre görevi yapmaktadır. Hastalar öncelikle birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurmakta, buradaki doktorun uygun görmesi halinde hastanelere gönderilmektedir. Hastaların yaklaşık %90’ı birinci basamakta yeterli bakım ve tedaviye ulaşmakta, yaklaşık %10’u ise ikinci basamak tedavi hizmeti veren kuruluşlara yönlendirilmektedir (Oral, 2002: 40; Altay, 2007: 46-47; Güzel vd., 2010: 670).

1.2.3.2.3. İkinci basamak tedavi hizmetleri

Hastalıkları birinci basamak tedavi hizmetleri ile giderilemeyen hastaların, hastanelere sevk edilmeleri sonucu, uzman doktorlar tarafından muayene ve tedavi edilmeleri ikinci basamak sağlık hizmetlerini oluşturmaktadır. Bu hizmetler yataklı tedavi hizmetlerini de kapsamaktadır (Turan, 2004: 13; Akdur, 2006: 14). Hastanelerin temel özellikleri yataklı sağlık kuruluşları olarak hizmet vermeleridir. Poliklinik hizmetlerini sunmak hastanelerin temel görevleri arasında bulunmamaktadır (Oral, 2002: 41). Birinci basamak hekimi gerekli görmekte ise ve olay belirli bir ağırlıkta ise, kendisi tedavi için uğraşmadan, gerekli önlemleri aldıktan sonra hastayı yataklı tedavi kurumlarına sevk edecektir (Güzel

vd., 2010: 670). Türkiye’de devlet hastaneleri, özel hastaneler ve yataklı sağlık merkezleri bu basamakta hizmet veren kuruluşlardan bazılarıdır (Hayran, 1998: 18).

1.2.3.2.4. Üçüncü basamak tedavi hizmetleri

Uzmanlık gerektiren bir tedaviye ihtiyaç duyulduğunda, ileri teknoloji ile çalışan ve belirli alanlarda uzmanlık kazanmış ihtisas hastaneleri tarafından verilen sağlık hizmetleri üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin kapsamında değerlendirilmektedir. Bu hizmetleri sunan kuruluşlar, ya belirli bir hastalığın tedavisi ile ilgilenmekte (onkoloji hastaneleri, akıl ve ruh sağlığı hastaneleri, göğüs hastalıkları hastaneleri, kemik hastalıkları hastaneleri gibi) ya da belirli yaş gruplarına hizmet sunmaktadır (doğum ve çocuk bakımevleri, çocuk hastaneleri gibi). Eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversite hastaneleri de üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kuruluşların arasında yer almaktadır (Oral, 2002: 41; Turan, 2004: 13-14; Akdur, 2006: 14; Çelikay ve Gümüş, 2011: 57).

1.2.3.3. Rehabilitasyon hizmetleri

Rehabilitasyon (esenlendirme) hizmetleri yaşadığı ciddi bir rahatsızlık ya da depresyon, yangın gibi doğal afet, trafik kazası veya iş kazası gibi beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan olaylar sonrasında bedeni ya da ruhi yönden sakat kalmış olan kişilerin, fiziki ve sosyal açıdan tekrar sosyal hayata dönmelerini sağlamayı hedefleyen sağlık hizmetleridir (Çelikay ve Gümüş, 2011: 57). 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 durumdan üretici durumuna getirmeyi amaçlamaktadır. Rehabilitasyon, sakat ve işgücünü kaybedenlere işgücü ve çalışma olanağı sağlanmasına yönelik hizmetleri kapsamaktadır (Turan, 2004: 14; Serin, 2004: 11).

İki tür rehabilitasyon bulunmaktadır. Bunlardan ilki bedensel sakatlıkların mümkün olduğunca düzeltilmesi, yani tıbbi rehabilitasyondur. Diğerisi ise, mesleki rehabilitasyondur. Buradaki amaç, sakatlıkları nedeniyle eski işini yapamayacak

durumda olanlara ve belirli bir işte çalışmayanlara iş öğretme, iş bulma ve işe alıştırma faaliyetlerinin yerine getirilmesidir (Oral, 2002: 42).

1.3. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri

Modern sağlık sistemlerinde sağlık hizmetlerinin finansmanında, hizmeti veren ile alan arasında doğrudan bir finansal akışın sağlanması yerine ağırlıklı olarak üçüncü bir tarafın finansman rolünü üstlendiği bir model benimsenmektedir. Bu durumun en önemli nedenlerinden biri, bireyin sağlık hizmetine ne zaman ihtiyacı olacağının belirsiz olması ve bu ihtiyaç ortaya çıktığında katlanması gereken maliyetlerin belirsiz olmasıdır. Sağlık ve sağlık hizmetlerinin özelliği gereği çoğu durumda bu maliyet bireysel olarak katlanılabilecek sınırların üzerinde olup üçüncü bir tarafın müdahalesi olmaksızın bireyin ihtiyacı olan sağlık hizmetinden daha az sağlık hizmeti alması ile sonuçlanabilir (Tatar, 2011: 105).

Sağlık hizmetlerinin finansmanında üç temel model bulunmaktadır: Ulusal Sağlık Hizmetleri Sistemi (Beveridge Modeli), Sosyal Sigorta Sistemi (Bismark Modeli) ve Özel Sigorta Sistemi (Liberal Sağlık Modeli). Bu modeller ayrı başlıklar altında ele alınacaktır.

1.3.1. Ulusal sağlık hizmetleri sistemi: Beveridge modeli

Ulusal sağlık hizmetleri sistemi II. Dünya Savaşı sonrası dönemde İngiltere’de uygulanmaya başlandığı için İngiliz Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) ile anılmaktadır. Bugün Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, Norveç, Portekiz, Yunanistan gibi ülkelerde kullanılan bu modelin temel özelliği sağlık hizmetlerinin vergilere dayalı olarak finanse edilmesidir. Bu modelin diğer özellikleri ise; devletin sağlık hizmetlerinin finansmanını bütçe aracılığı ile kontrol etmesi, tüm vatandaşların belirlenmiş katkı payları dışında sağlık hizmetlerine erişiminin ücretsiz olması, doktorlara verdikleri hizmetin karşılığının maaş ya da kişi başına ödeme yöntemi ile ödenmesi, kurumlar için merkezi yönetim tarafından belirlenen bütçelerin kullanılmasıdır (Koçak ve Sayım, 2009: 5-6; Tatar, 2011: 110-111).

Ulusal sağlık hizmetleri sistemi kapsamının evrensel olması, finansmanın genel vergiler üzerinden sağlanması, kamu mülkiyeti ve/veya sağlık hizmetleri sunumunun kontrolü ile nitelendirilmektedir. Bu modelde, vatandaşlar vergilerini devlete ödemektedir; devlet ise ya kendileri hizmet sunan ya da diğer hizmet sağlayıcılardan hizmet alan yerel otoritelere kaynak aktarmaktadır. Bu sistemlerin içinde, değişik boyutlarda olmak üzere özel sektör de bulunmaktadır (Groenewegen, 2011: 127-128). Ancak Beveridge modeline örnek olarak verilen ülkeler arasında da farklı uygulamalar olduğu görölmektedir. (Bureau ve Blank, 2006: 65). Örneğin, İsveç ile İngiltere karşılaştırıldığında, sistemlerin merkezîyetçilik düzeyleri ve devletin rolü açılarından farklılıklar bulunduğu görölmektedir. İngiltere örneğinde göröldüğu gibi bazı ülkelerde örgütlenmede merkezîleşme ağırlıkta iken, İsveç, Norveç ve Finlandiya gibi diğer bazı ülkelerde örgütlenme ve yönetim konusunda merkezîleşmeden uzaklaşmaktadır (Güzel vd., 2010: 713).

İngiltere, vergi temelli sistemler grubunda yer almakta, finansmanın büyük bir bölümünü genel vergilendirme kapsamında gerçekleştirmektedir. Bununla birlikte, NHS uygulamalarına yönelik olarak reçete ödemeleri gibi bazı ek ödemeler de bulunmaktadır. İngiltere nüfusunun %10'undan fazlası özel sağlık sigortasına sahip bulunmaktadır. Ayrıca birçok insan bazı sağlık hizmetleri için doğrudan harcama yapmaktadır (Alcock vd., 2011: 425). Beveridge modelinde, hizmet sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılmakta ve sağlık hizmeti sunucuları arasında rekabet bulunmaktadır. Hastaların doktorunu veya hastanesini seçebilme özgürlüğü Beveridge modelinde oldukça yeni olup göreceli bir şekilde uygulanmaktadır. Bu seçim hakkı oldukça sınırlıdır ve uygulamada genel pratisyeni seçebilme şeklinde gerçekleşmektedir. Genel pratisyen, ağırlıklı olarak ilk başvuru yapılan kişidir ve kapı tutucu rolünü yüklenmektedir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011a: 384). Sağlık hizmeti asıl olarak devlet tarafından örgütlenmekte ve vergiler yoluyla finanse edilmektedir.

1.3.2. Sosyal sigorta sistemi: Bismark modeli

Sosyal sigorta sistemi zorunludur, evrensel kapsam sosyal güvenlik sisteminin bir parçasıdır. Sağlık hizmetleri kâr amacı gütmeyen sigorta fonları vasıtasıyla, işveren ve işçilerin katkıları ile finanse edilmekte ve sağlık hizmetlerinin sunumu kamu ya da özel mülkiyete dayalı olarak yapılmaktadır. Almanya, Avusturya, Japonya ve Hollanda genellikle bu gruba örnek olarak verilmektedir (Burau ve Blank, 2006: 65). Bu modelde, işveren-temelli fakat zorunlu olan sağlık sigortası vasıtası ile evrensele yakın bir hizmetlere erişim düzeyi bulunmaktadır (Reibling, 2010: 6). Finansman, işverenlerin ve çalışanların ödedikleri primler ve devlet katkısı ile sağlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumu ise farklı kurumlar tarafından sağlanmaktadır. Sigorta kurumları hizmet sunucuları ile sözleşmeler yaparak hastalarının yararlanacağı hizmetleri satın almaktadır. Örneğin, Almanya’da olduğu gibi sigorta primleri daha serbest bir ortamda belirlenmekte, bu durum da sigorta kuruluşları arasında rekabeti ve kişilerin sigorta kuruluşunu seçme özgürlüğünü beraberinde getirmektedir. Bu modelde, hastaların doktorunu ve hastanesini seçebilme özgürlüğü ulusal sağlık hizmetleri sistemine göre daha fazladır (Yıldırım ve Yıldırım, 2011a: 385). Sağlık harcamaları farklı sigorta kurumlarına ödenen primlerle karşılanmaktadır. Primler, farklı ülkelerde, işçi, işveren ve devlet arasında farklı oranlarda dağıtılmıştır. Sistem Fransa’da merkezi bir organizasyona bağlı bulunmakta iken, Almanya’da bölgeleri temel alan bir örgütlenme bulunmaktadır. Kapsam ve finansman açısından da ülkeler arasında bazı farklılıklar bulunmaktadır. Fransa’da ve Belçika’da zorunlu sağlık sigortası tüm nüfusu kapsamaktadır. Fransa’da sigortalı sağlık harcamalarını önce peşin olarak doktor ve hastanelere ödemekte, daha sonra ise bağlı bulunduğu sandık veya kurumdan geri almaktadır. Almanya’da nüfusun %90’ı zorunlu hastalık sigortasının kapsamında bulunmaktadır. %10’u ise özel kurumlara bağlı bulunmaktadır. Belçika’da hastaneler ücretsizdir ve katkı payı alınmamaktadır. Ancak işçilerle bağımsız çalışanlar farklı sistemlere bağlı bulunmaktadır. İşçiler genel rejime, bağımsız çalışanlar ise kendi özel rejimlerine bağlı bulunmaktadır. Bu özel rejimde riskler ağır ve hafif olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Ameliyat, ağır hastalık gibi durumlar genel sistemden karşılanmakta iken, hafif hastalıklarda özel sigorta şirketlerinden yararlanılmaktadır (Serin, 2004: 8-9; Güzel vd., 2010: 714).

Sosyal sigorta sistemi genel olarak kategori esaslı koruma sağlamaktadır. Örneğin, Belçika’da iki farklı rejim bulunmaktadır. Birinci rejim kapsamında serbest çalışanlar dışındaki tüm toplum kesimleri yer almakta iken, ikinci rejim kapsamında ise sadece serbest çalışanlar bulunmaktadır. Fransa’da ise üç ayrı rejim bulunmaktadır: i. İşçiler ve memurlar; ii. Serbest çalışanlar ve iii. Çiftçiler. Almanya’da belirli bir düzeyin üzerinde gelire sahip olanlar zorunlu sigortaya konu olmamakta iken, Hollanda’da belirli bir düzeyin üzerinde gelire sahip bulunanlar kamu sisteminin dışında tutulmaktadır (Yıldırım ve Yıldırım, 2011a: 385-386). Türkiye’de de benzer şekilde işçilerin sosyal güvenliğini sağlayan Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), memurlara sosyal güvenlik hizmeti veren Emekli Sandığı (ES) ve serbest çalışanlara yönelik olarak Bağ-Kur olmak üzere üç farklı sosyal sigorta kurumu bulunmaktaydı. 2006 yılında 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunun yürürlüğe girmesi ile birlikte tüm bu sosyal sigorta kurumları tek çatı altında birleştirilmiştir. Bu bağlamda, Türkiye’nin sağlık sisteminin Bismark Modeline benzer özellikler gösterdiği ifade edilebilir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011a: 387).

Japonya’da ise 1961 yılından beri hastalıklara karşı sekiz değişik rejim uygulanmaktadır. 1973 yılından itibaren de bu farklı rejimler arasında bir uyum sağlanmaya çalışılmaktadır. Mevsimlik çalışmalarda uygulanmakta olan özel rejim 1984 yılında kaldırılarak diğer rejimlerle birleştirilmiştir. Sürekli işçiler ise özel ve genel sosyal güvenlik sistemlerine bağlanmıştır. Genel rejim devlet tarafından, özel rejim ise büyük şirketlerce kendi yardım sandıkları tarafından yürütülmektedir. Bu grupların dışındakiler Ulusal Sağlık Sigortasından yararlanmaktadır. Ancak Ulusal Sağlık Sisteminin yardımları daha sınırlı düzeyde bulunmaktadır (Güzel vd., 2010: 714-715).

Teminat paketlerinin kapsamı, aynı ülkede dahi, hastalık fonları arasında değişiklik gösterebilmektedir. Fona katkı, Avusturya, Almanya, Lüksemburg ve Hollanda’da işçi ve işverenler bakımından yarı yarıyadır. Belçika ve Fransa’da işverenlerin katkısı biraz daha fazladır. Katkı paylarının miktarı hastalık fonlarına göre de değişiklik gösterebilmektedir. Primlerin ortalama ücretler içerisindeki oranı Fransa’da %19, Avusturya’da %8 kadardır. Son dönemde bu sistemde görülen genel eğilim hükümetlerin maliyetlerin sınırlandırılması yönündeki müdahaleleri ile nitelendirilmektedir (Belek, 2000: 150-151).

1.3.3. Özel sigorta sistemi: Liberal sağlık modeli

Özel sigorta sistemi, aslen sözleşme hukukunun bir parçası niteliğini taşımakta, başka bir deyişle bir sözleşme temeline dayanmaktadır (Aydın, 1999: 80). Özel sigorta sisteminin işveren temelli olması ya da özel sağlık sigortasının bireysel olarak satın alınması bu sistemin kilit unsurlarıdır. Sağlık hizmeti bireysel ve/veya işveren katkıları yoluyla finanse edilmektedir ve sağlık hizmetlerinin sunumu genellikle özel mülkiyet yoluyla sağlanmaktadır. Çoğu durumda, özel sağlık sigortası işçilerine mesleki sağlık hizmeti planı sunmak isteyen işveren tarafından satın alınmaktadır. Gönüllülük esasına dayanması nedeniyle, bu sistem önemli sayıda kişiyi sağlık sigortasız bırakmaktadır ve bu nedenle düşük derecede bir evrenselliğe sahiptir (Reibling, 2010: 6). Bu modelde sağlık, ağırlıklı olarak piyasa koşullarına bırakılmıştır. Bu model en açık şekilde ABD ve son dönemlere kadar Avusturalya tarafından temsil edilmektedir, fakat birçok sistem bu modelin bazı unsurlarını içermektedir (Burau ve Blank, 2006: 65; Yıldırım ve Yıldırım, 2011a: 382).

Özel sigorta sistemi daha çok gelişmiş ülkelerde uygulanmaktadır. Ulusal sağlık sigortası veya İngiltere'deki NHS benzeri ulusal düzeyde kapsayıcı sağlık hizmeti sistemlerinin bulunmadığı ülkelerde yaygın olarak yararlanılan bir modeldir. Sosyal sigorta veya genel vergi gelirleri ile finansmanı sağlanan sistemlerde ise genel kapsamın dışında bırakılan ek veya bazı özel müdahalelerin (estetik cerrahi gibi) bedelinin karşılanabilmesi için kullanılabilir. Özel sağlık sigortasının, sosyal sigorta sisteminden farkı, kişilerin ödemesi gereken primlerin havuz mantığı ile değil, sağlık bakımından kişisel risklerin ve hastalanma olasılıklarının dikkate alınarak hesaplanmasıdır. Bu nedenle primlerde farklı kişi veya gruplar için farklılık göstermektedir. Sadece primlerini ödeme gücü olan kişilerin sigortalı olma statüsü devam ettiğinden, özel sigorta sisteminin, ödeme gücü olmayanlar için adil bir şekilde hizmete ulaşımı sağlamadığı kabul edilmektedir. Ancak sosyal sigorta kapsamında olmayan bazı sağlık hizmetlerine ihtiyacı olanların bu hizmetlere ulaşabilmelerini sağlaması bakımından özel sigorta sistemi her zaman bir çıkış yolu olarak görülmektedir. Örneğin, İngiltere'de NHS tarafından verilemeyen ağız ve diş sağlığı ile gözlük ve protez sağlanması gibi hizmetlere ulaşmak için özel sigorta yaptıran kişilerin sayısı hızla artmaktadır (Uz, 1998: 97-98).

Özellikle ABD’de uygulanan liberal sistem, bazı Avrupa ülkelerinde ve Latin Amerika ülkelerinde reform amacıyla yürürlüğe girmiştir. Bu sistemde kamu sağlık yardımları ikinci planda yer almaktadır. Sadece acil durumdakilere, yaşlılara, yoksullara, kamu sağlık yardımına muhtaç sakatlara karşılıksız kamu sağlık yardımı yapılmaktadır. Bu grupların dışındaki herkes, işverenlerin finanse ettiği özel sağlık sigortası sistemine girmek zorundadır. Sağlık hizmetlerinin sunumunun tamamına yakın bir kısmı özel sağlık kuruluşları tarafından yürütülmektedir. Amerikan sağlık sistemi üç farklı gruba, üç farklı sistemde sağlık hizmeti sunmaktadır: yoksullara karşılıksız sağlık yardımı yapılmakta, yaşlılara hastalık sigortası yoluyla sağlık yardımı verilmekte, varlıklı kesim ise işverence veya bizzat kendileri tarafından finanse edilen özel sağlık sigortalarından sağlık hizmeti almaktadır (Güzel vd., 2010: 715).

2. Sağlık Hizmetlerinin Kamusal Niteliğinde Yaşanan Dönüşüm

Bu bölümde öncelikli olarak sağlık hizmetlerinin sunumu kamu ekonomisi ve piyasa ekonomisi açılarından irdelenecektir. İzleyen kısımda Neo-Liberal dönüşüm ve sağlık politikaları üzerindeki yansımaları ele alınacaktır. Son olarak ise farklı ülkelerdeki sağlık reformu uygulamalarına değinilecektir.

2.1. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulması, toplumsal gelişmenin en önemli unsurlarından birini oluşturmaktadır. Hizmet sunumunda etkinliğin sağlanabilmesi için sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliğinin artırılması ve devletin yarı kamusal mal niteliğinde olan bu hizmetlere gereken önemi vermesi bir zorunluluk olarak görülmektedir. Birçok ülkede sağlığın dışsal faydasının yüksek olmasının getirdiği bir sonuç olarak kamu sektöründe ağırlıklı bir örgütlenme bulunmaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinin gerek finansmanında gerekse sunumunda özel sektör de yer almaktadır. Son yıllarda artan nüfus yoğunluğu bir yandan sağlık harcamalarının artmasına neden olurken, diğer taraftan da sağlık hizmetlerinin finansman yapısına ilişkin tartışmaların hem kamu kesiminde hem de özel kesimde artarak yaşanmasına sebep olmuştur. Özellikle bütçe açıkları sebebiyle birçok kamu hizmetinin ve sağlık hizmetinin finansmanının ağırlaştığı ve sağlık alanında piyasaya dayalı uygulamaların artış gösterdiği görülmektedir. Bütçe açıklarının ortaya çıkardığı finansman sorunlarıyla birlikte, özellikle son yıllarda ortaya çıkan küresel gelişmeler de sağlık sektörünün piyasa yönlü açılımını arttırmaktadır (Altay, 2007: 33).

Liberalleşme ve küreselleşme, ekonomik gelişmelerle birlikte önemli ideolojik dönüşümleri de beraberinde getirmiştir. Bir taraftan müdahaleci devletin, sosyal vatandaşlık anlayışının sağladığı sosyal faydaları elde etmesini öngören Keynesyen anlayış güç kaybetmekteyken, diğer taraftan Reagan ve Thatcher hükümetleriyle özdeşleştirilen yeni muhafazakârlık anlayışı tüm dünyaya yayılmaya başladı. Bu ortamda devletin sosyal refah hizmetlerindeki baskın rolü ciddi eleştirilere uğramıştır. Ayrıca, hastaların görev ve sorumlulukları da, yayılan bu piyasa anlayışına uygun olarak yeniden

tanımlanmıştır. Bir taraftan hastanın doktor karşısında güçlü kılınması ve hatta doktorun mesleki otoritesine karşı gelmesi savunulurken, diğer taraftan hastanın doktorunu seçme hakkının hizmet sağlayıcılarını en iyi şekilde disipline edeceği ileri sürülmektedir. Bu yaklaşımı kabul eden sağlık politikası uzmanları ve politika yapıcılar, doktorların sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ve kaynakların kullanımında önemli bir etkiye sahip olduğu önceki sistemin yerine rekabeti artırıcı, hastanın kendi doktorunu seçmesine olanak sağlayan ve devleti mümkün olduğunca sağlık alanından geri çekerek sorumluluklarının önemli bir kısmını aileye ve piyasaya bırakmasını öngören bir sistemi benimsemeye başladılar. Böylece, sağlık ve diğer refah hizmetlerinin aslında piyasa tarafından çok daha iyi ve verimli bir şekilde sunulacağı düşüncesi sosyal politika çevrelerinde daha fazla kabul görmeye başladı (Ağartan, 2011a: 42-43).

Sağlık hizmetlerinin sunumu kamu ekonomisi ve piyasa ekonomisi açılarından farklı şekillerde değerlendirilmektedir. Bu çalışmada da böyle bir ayrıma gidilmektedir.

2.1.1. Kamu ekonomisi ve sağlık hizmetlerinin sunumu

Devletin ekonomideki diğer rollerinin yanı sıra sağlık hizmetlerinin sunumunda da çeşitli rolleri bulunmaktadır. Devletin sağlık hizmetlerinin sunumundaki temel görevi ise kişiler için iyi bir sağlık statüsünün sağlanması, bu düzeyin korunması ve sürdürülmesidir. Devletin bu görevinin kişiler açısından anlamı ise, talep edilen sağlık hizmetlerinin istenilen miktar ve kalitede, eşitlik ve adalet anlayışı içerisinde elde edilmesidir (Aktan ve Işık, 2007: 1).

Sağlık hizmetlerinin sunumunun tümüyle piyasa bırakılamayışının nedenlerini şu şekilde özetleyebiliriz: Bazı sağlık hizmetleri kamu yararını hedeflediği için kamu malı olmak zorundadır. Örneğin, temiz su sağlanması ve çevre sağlığı, yaygın olarak görülen bulaşıcı hastalıklar için önlemler alınması gibi durumlarda hizmetin sadece bedelini ödeyene verilmesi olanaklı değildir. Bu yüzden de bu tür hizmetlerin özel sektöre bırakılması rasyonel değildir. Ayrıca cinsel temasla bulaşan hastalıklar, tüberküloz, aşı ile önlenabilen çeşitli hastalıklar sadece hasta olan kişiyi değil bu kişiyle yakın temas halinde olan kişileri de ilgilendirmektedir. Bu nedenle bu tür hastalıkları olan kişilerin,

hastalıkları için tedavi satın almasını beklemek diğer kişilerin sağlığını etkileyeceğinden kamunun müdahalesini gerektirmektedir. Bir başka neden ise sağlık hizmetleri konusunda kişilerin her zaman yeterli bilgiye sahip olmamasıdır. Hizmeti sunan doktor ile hizmeti alan hasta arasında hizmetin değeri konusunda her zaman bir farklılık olacağı gibi, doktorların hizmetlerin bedelini piyasa koşullarına göre belirleyebileceği bir ekonomik model de oluşturulamamaktadır. Serbest piyasanın kontrolü dışında kalan ya da özel sektör açısından çekiciliği bulunmayan bu durumlar ağırlıklı bir şekilde yoksul toplum kesimleri açısından önem taşımaktadır ve devlet müdahalesi olmadığında zaten bozuk olan dengeler bu kesimlerin daha da aleyhine olacaktır (Hayran, 1998: 50).

Devletin sağlık hizmetleri sunucusu olarak konumunun belirlenebilmesi için iki temel soruya yanıt aranmaktadır: Birincisi, devletin sunduğu tedavi hizmetlerinin toplumsal sınırı ve ölçütleri neler olmalıdır? İkincisi, devlet vatandaşlarına tedavi hizmeti sunarken bu hizmetlerin finansmanı için bütçe kaynaklarının ne kadarını kullanabilecektir? Birçok ülkede uygulanmakta olan sağlık reformlarının temelinde bu sorulara net bir şekilde yanıt verilememesi yatmaktadır. Bu durumun nedeni ise devletin bütçe kaynaklarının tüm vatandaşları kapsayacak sağlık hizmetleri ve özellikle tedavi edici hizmetleri sınırsız bir şekilde sunmasına olanak tanımamasıdır. Çünkü bu hizmetlerin bütçedeki kaynağını vergiler oluşturmaktadır. Özellikle kayıt dışılığın büyük boyutta olması ve bunun sonucu olarak vergi kaçırma olgusunun yaşandığı ve yoksul kesimlerin nüfusun önemli bir bölümünü oluşturduğu ülkelerde, devletten en azından yoksul olmayan kesimler için sınırsız ve ücretsiz bir sağlık hizmeti düzeyi beklemek, kaynak yetersizliği nedeniyle mümkün görülmemektedir. Genellikle kamusal sağlık hizmetleri sunumunda sınırsız kaynak kullanımı, yoksul kişilere ve salgın hastalıklara yönelik olarak uygulanmaktadır. Burada önemli olan nokta, ülkedeki yoksul kesimlerinin katmanlarının belirlenebilmesidir. Çünkü sağlık hizmetlerinin finansmanına hiçbir şekilde katılamayacak olan gerçek muhtaç ve yoksulların belirlenebilmesi önem taşımaktadır (Altay, 2007: 36-37).

2.1.2. Piyasa ekonomisi ve sağlık hizmetlerinin sunumu

Neo-liberal söylemlerin etkisinin hissedildiği tüm ÷lkelerde sağlık alanındaki en önemli sorunlar hızla artan sağlık harcamaları, hastanelerdeki verimsizlik ve kamu kaynaklarının etkin bir şekilde kullanılamaması olarak tanımlanırken, bu sorunların piyasa mantığına ve girişimcilik ilkelerine bağlı kalınarak çözüleceği iddia edilmektedir. Neo-liberal görüşlerin farklı bünyelerde benzer önerileri ileri sürmelerine rağmen sağlık alanında yaşanan sorunlar, ÷lkelerin özelliklerine göre farklılıklar göstermektedir. Batılı ÷lkeler evrensel sağlık sistemlerini hızla yükselen harcamalar ve artan talep karşısında nasıl sürdürebileceklerini düşünmekteyken, gelişmekte olan ÷lkelerin neo-liberalleşme politikaları bir taraftan sağlık güvencesinin kapsamını genişletmeye ve tüm nüfusun sağlık hizmetlerine ulaşmasını sağlamaya çalışıp, diğer taraftan finansman, sunum ve denetim fonksiyonlarının örgütlenmesinden kaynaklanan altyapı sorunları ve kaynak yetersizliği ile mücadele etmek durumundadır (Ağartan, 2011b: 31).

Türkiye’de sağlık alanındaki reform girişimleri de bu bağlamda değeriendirilebilir. 1980’lerden beri iktidara gelen tüm hükümetler sağlık sisteminde reform gerçekleştirmeye çalıştılar. AKP hükümetinin 2003 yılında açıkladığı Sağlıkta Dönüşüm Programı da bu çabaların en son ve sağlık sistemi üzerinde en fazla etkisi olan halkasıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programı, bir yandan tüm nüfusu kapsayarak, farklı sosyal güvenlik kurumları arasındaki eşitsizlikleri ortadan kaldırırken diğer taraftan özel sektörün sağlık hizmeti sunumundaki rolünü arttırmayı amaçlamaktadır. Özellikle genel sağlık sigortası ile birlikte temel sağlık hizmetlerini kapsayan tek bir temel teminat paketinin tüm nüfusa eşit olarak sunulmaya başlanması ve sosyal güvenlik sisteminin kapsamını genişletme çabaları Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlanan önemli gelişmelerdir. Türkiye’deki sağlık sisteminde özel sektörün hizmet sunumundaki payı artmakla birlikte sağlık hizmetlerinin finansmanı bir kamu kuruluşu olan Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından sağlanmakta ve hizmet sunumunda kamu halen en önemli aktör olmayı sürdürmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Türkiye’deki sağlık sisteminin örgütlenmesinde önemli bir dönüşümü hedeflediği ve yeni kamu yönetimi anlayışının öngördüğü, devletin hizmet sunumundan tümüyle çekilerek planlama ve denetleme görevlerine odaklanması sürecini başlattığı gör÷lmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile kamuya ait hastaneler ve Sosyal

Güvenlik Kurumu ile işbirliği yapan özel sağlık kurumlarının sosyal güvencesi olan hastalara hizmet vermek için rekabet içerisinde oldukları bir piyasa ortamı yaratılmıştır (Ağartan, 2011b: 31-37).

Günümüzde sağlık sistemi, devlet ile serbest piyasa güçlerinin birlikte rol aldığı ve özelleştirmenin farklı boyutlarda gerçekleştiği bir alandır. Kamu hastanelerinde bazı hizmetlerin özel sektörden satın alınması (taşeronlaşma), farklı amaçlarla kurulan kamu-özel ortaklıkları ya da maliyet paylaşımı politikaları bu özelleştirme girişimlerine örnek olarak verilebilir. Bunların dışında, temel teminat paketinden tedavilerin çıkarılması sonucunda bu tedavileri ve özel sektör sağlık kuruluşları tarafından alınan katkı paylarını karşılamaya yönelik olarak ortaya çıkan isteğe bağlı sigorta poliçeleri de özelleştirme politikalarının kapsamı içerisinde değerlendirilebilir. 1990'lerden beri Türkiye'de kamu hastaneleri temizlik, yemekhane, kantin ya da otopark gibi hizmetleri özel sektörden satın almaktadır. Zamanla bu taşeronlaşma anlayışı klinik alana da yayılmakta ve hastaneler teşhis ve laboratuvar hizmetlerini özel sektörden sağlar hale gelmektedirler. Özel sektörün sağlık alanında oynadığı rolün güçlenmesi ve farklılaşması bir özelleştirme eğilimi olarak algılanabilir. Bir diğer önemli nokta ise özel sektöre egemen olan kâr odaklı profesyonel yönetim ilkelerinin kamu sektörü tarafından da kabul edilmesidir (Ağartan, 2011b: 34).

2.2. Sağlık Hizmetlerinin Kamusal Niteliğinde Yaşanan Dönüşüm

Sağlık hizmetlerinin kamusal niteliği ile anlatılmak istenen, sosyal hak olarak ve meta ilişkileri dışında örgütlenmiş olmasıdır (Özügürlü, 2003: 71). Sağlık hizmetini kamusal kılan özellik ise, hizmet sunumunun devlet tarafından üstlenilmesi ve bu hizmetlerin temel bir vatandaşlık hakkı olarak sunulmasıdır. Bu bakımdan, piyasa kurallarından, kâr maksimizasyonu ve maliyet minimizasyonu hesapları ve etkinlik oranından bağımsızlık, genel bir vatandaşlık hakkı olarak sunuluyor olması, kamu otoritesinin hizmet tekeli altında bulunması, kamusal sağlık hizmetinin özellikleri arasında sayılabilir (Ulutaş, 2011: 22-23).

Sağlığın metalaşmasının en temel göstergesi, sosyal güvenlik sisteminin kapsayıcılığı ve kamu tarafından karşılanmayan sağlık harcamalarının toplamının GSYİH'e oranıdır. Sağlığın meta haline gelmesine olanak tanınmayan politik sistemlerde sosyal güvenlik sistemi tüm nüfusu kapsamına almakta ve katılım payı ya da ek ücret gibi maliyet paylaşımı yöntemlerini ya tamamen ortadan kaldırmakta ya da kısıtlamakta ve devletin her vatandaşı ihtiyacı olduğu zaman sağlık hizmeti alabilmektedir. Sağlık böylece bir vatandaşlık hakkı olarak tanınmış olur. Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesi dönemde Türk sosyal güvenlik sisteminin kapsamı evrensel olmaktan (tüm vatandaşları kapsamına almaktan) uzak bir noktada bulunmaktaydı ve nüfusun üçte birinden fazlası (%35'i) güvence kapsamının dışında bırakılmaktaydı. Sosyal Güvenlik Kurumu verilerine göre 2010 yılının Temmuz ayında Türkiye nüfusunun %83'ü (59.940.826 kişi) sosyal güvenlik sisteminin kapsamındayken, nüfusun yaklaşık %13'ü (9.376.439 kişi), Yeşil Kart sahibidir. Bu rakamlara göre, Türkiye nüfusunun %96'sı temel teminat paketinin kapsamında sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanabilmekteydi (Ağartan, 2011b: 37-40).

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte genel sağlık sigortası uygulaması getirilerek 18 yaş altı çocuklara koşulsuz sağlık güvencesi sunulmakta ve sağlık hizmetlerinden bütün vatandaşların eşit şartlarla yararlanması sağlanmaktadır (Acar, 2013: 34). Genel Sağlık Sigortası Kanunu'na 10.01.2013 tarihinde 6385 sayılı kanunla eklenen "Lise ve dengi öğrenim görmesi sebebiyle bakmakla yükümlü olunan kişi veya hak sahibi sıfatıyla sağlık hizmetinden yararlandırılan çocuklar, 20 yaşını dolduracakları tarihi aşmamak kaydıyla bu öğrenimlerini bitirmelerini izleyen tarihten itibaren 120 gün süre ile aynı kapsamda sağlık hizmetlerinden yararlanmaya devam ederler" (10.01.2013 – 6387/7 md.) hükmü getirilmiştir. Böylelikle 18 yaşını dolduran kişilerin liseyi bitirdikleri dönem ile üniversite öğrencisi olacakları dönem arasındaki sürede bakmakla yükümlü olunan kişi olarak sağlık hizmetlerinden yararlanmaları sağlanmıştır.

Yeşil Kart sahibi 9 milyon 416 bin 775 kişi ve hiçbir güvencesi bulunmayan 1 milyon 700 bin kişi, 2012 yılı başından itibaren genel sağlık sigortası kapsamına alınarak ülke nüfusunun tamamına yakın bir bölümü genel sağlık sigortası kapsamına alınmıştır (Acar, 2013: 35). 2003 yılında %39,5 olan sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı, 2011

yılında %76'ya ulaşmıştır. Sağlık hizmetlerinin kalitesinde sorun olduğunu düşünenlerin oranı 2003 yılında %44 iken, 2012 yılının başında %17'ye düşmüştür (Acar, 2013: 41; Akdağ, 2011a: 26).

2.2.1. Yeni kamu yönetimi anlayışında sağlık hizmetleri

Yeni kamu yönetimi anlayışına göre devlet kamu yönetimindeki rolünü yeniden tanımlamalı, hizmetlerin sunumundan tamamen çekilmeli ve daha girişimci ve denge sağlayan bir kurum haline gelmeli, küreklerin değil dümenin başında olmalıdır. Yeni kamu yönetimi anlayışı, devlet hastanelerinin özerkleşerek bağımsız kuruluşlar haline gelmesi, sözleşmeye dayalı ilişkilerin yaygınlaşması, kamu bürokrasilerinin parçalanarak uzmanlaşmış bağımsız kurumların oluşturulması, performans ölçütlerinin ve standartlarının geliştirilmesi gibi uygulamalar ile sağlık sektöründe piyasalaşma eğilimi sağlamaktadır (Ağartan, 2011b: 34-35).

Özelleştirmeler, kısmi özelleştirmeler, kamu özel ortaklığı ve taşeronlaştırma uygulamaları kamusal mal ve hizmet üretiminin örgütsel dönüşümünün temel araçlarıdır. Yeni kamu yönetimi anlayışı ile tüm sistemin piyasa ilkelerine göre yeniden örgütlenmesi amaçlanmaktadır. Bu amaca ulaşmak için girdi ve çıktıların hesaplanmasını sağlayan yeni muhasebe teknikleri kullanılmaya ve sıkı mali rejimler uygulanmaya başlanmıştır. Vatandaşlar, kişisel faydaları için girdi talep eden girişimci-müşteriler olarak tanımlanmaya başlamış ve vatandaş haklarından tüketici haklarına doğru bir yönelim olmuştur (Ulutaş, 2011: 28-29).

Bu bağlamda birçok ülkede hizmet sunumu ile finansman birbirinden ayrılarak, genellikle kamu sektöründe faaliyette bulunan finansman kurumunun (ya da kurumlarının) hem kamu hem de özel sektörde faaliyet gösteren hizmet sunucularından (bireysel ya da grup olarak hizmet veren doktorlar, hastaneler, dispanserler, klinikler tanı merkezleri gibi) hizmet satın alması önerilmektedir. Finansman ile ilgili bir diğer uygulama ise, hükümetlerin ek kaynak oluşturmak ve hizmetlerin gereksiz olarak kullanılmasını önlemek amacı ile yararlandıkları katkı payı alma uygulamasıdır. Türkiye'de uygulandığı gibi birçok Avrupa, Afrika ve Latin Amerika ülkesinde, katkı payı alma uygulamasından

farklı ölçülerde yararlanılmak istenmiş ve katkı payları reform programlarının tartışmalı yönlerinden birini ortaya çıkarmıştır. Başka bir uygulama ise, sağlık hizmetlerine olan talebi kontrol etme amacına yönelik olarak halk sağlığı ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeniden belirlenerek hastalığı önlemeye yönelik uygulamaların yaygınlaştırılması ve böylece maliyeti çok daha yüksek olan ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine olan talebin azaltılmasını hedeflemektedir. Bu uygulamanın en belirgin örneği, sevk mekanizmalarının güçlendirilmesi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeniden tanımlanması şeklinde görülmektedir (örneğin Türkiye’deki aile hekimliği ya da Doğu Avrupa ülkelerinde önerilen pratisyen hekimlik uygulamaları). Son uygulama alanı ise hizmet sunumunun yeniden incelenmesi ile ilgilidir. Bu uygulamalar genellikle hizmet sunucuları ile finansman kurumu arasındaki ilişkilerin sözleşme yöntemine göre yeniden düzenlenmesi ve (özellikle performansa dayalı) yeni ödeme yöntemlerinin kabul edilmesi gibi politikaları kapsamaktadır. Ancak daha önemli bir yenilik, hizmet sunucularının (doktorların) ilaç yazımı, tetkik talebi, sevk etme kararı gibi klinik özerkliklerinin özünü meydana getiren yetkilerinin daha dikkatli bir şekilde incelenmesi ve hatta gerekli görüldüğünde sınırlandırılmasıdır. Performans kriterleri, kullanım denetimleri, finansman kurumu tarafından karşılanacak olan ilaç listeleri ve kaliteyi güvence altına alan politikalar (örneğin standart tedavi protokolleri ile bazı tıbbi müdahaleler için önceden onay alınması şartı uygulaması gibi), doktorların maliyetleri arttıran ve kaynakları gereksiz yere kullanan aktörler olarak algılandığı yeni bir dönemi işaret etmektedir (Ağartan, 2011a: 48-49).

Kamusal alanın kurumsal yapısının düzensizleştirilmesi, esas olarak devletin neo-liberal dönüşümü anlamına gelmektedir. Bu süreçte ortaya çıkan özelleştirme ve piyasalaştırma uygulamaları ile devletin “düzenleyici devlet” konumuna getirilmesi kamusal alanda dönüşüm yaşanmasına yol açmıştır. Önceden devlet tarafından işletilen tüm sektörlerin özel alana aktarılması ve düzensizleştirilmesi ile tüm sektörlerde rekabetin ön plana çıkarılması neo-liberal devletin temel görünümleridir. Rekabetle birlikte özelleştirme ve kuralıslaştırmanın aşırı bürokrasiyi önleyeceği, kaliteyi, verimliliği ve etkililiği arttıracığı, maliyetleri azaltacağı iddia edilmektedir. Kamu hizmetlerinde yaşanan dönüşüm süreci ile birlikte, sağlık hizmetleri, ölçülebilir ve planlı bir işletmeye, girdiler, çıktılar ve verimliliğe dayalı bir endüstriyel üretim sistemi halini almıştır. Böylece bu

hizmetler, giderek kamusal özelliklerini yitirmeye başlamıştır. Sağlık hizmetleri devletler tarafından toplumun sağlığını ve gücünü artırmak yerine, potansiyel tüketicilerin taleplerini karşılayabilmek için sunulur olmuştur. Sağlık hizmetlerinin birey odaklı bir hâl alması, sağlık ile toplum arasındaki ilişkiyi tümüyle ortadan kaldırarak, sağlık ve hastalık kavramlarını tamamen bireyselleştirmiştir. Hasta olmanın, riskli yaşam biçimine sahip olan kişilerin kendi hatalarından kaynaklandığına yönelik bir algı oluşturulmuştur (Ulutaş, 2011: 31-33).

2.2.2. Sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması

Son dönemde sağlık alanında önemli politika değişikliklerinin gerçekleştirildiği ve bu değişiklikler üzerinde yoğun tartışmaların yaşandığı bir süreçten geçilmektedir. Doğu Avrupa'dan Afrika'ya, Latin Amerika'dan Asya'ya kadar geniş bir alanda uygulamaya konulan bu politikaların belirtilen temel hedefi, vatandaşların sağlık hizmetlerine erişiminde sınırlamaya neden olmadan, sağlık alanında artan harcamaları azaltmak ve verimliliği artırmaktır. Bu hedefe ulaşmak için kullanılacak en önemli araç ise, neo-liberal piyasa anlayışı çerçevesinde sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasıdır. Bu yeniden yapılandırmanın temel hareket noktaları tüm ülkeler için çok benzer hatta aynı eylem planları üzerinden biçimlendirilmektedir. Örneğin Kenya'da uygulamaya konulan reform Türkiye'de olduğu gibi; sağlık hizmetlerinin finansmanının kurulacak olan sağlık sigortasından karşılanması, sağlık hizmetlerinin sunumunun âdemi merkezileştirilmesi, hastanelerin özerk işletmeler haline getirilmesi, sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektörün payının artırılması ve sağlık hizmetlerinden yararlanılmasında katılım payı uygulanması şeklinde ifade edilmektedir (Elbek ve Adaş, 2009: 33-34).

Sağlık hizmetleri alanının neo-liberal politikalar doğrultusunda yeniden yapılandırılması için uygulamaya konulan programların gerekçesi, hem kamu sağlık harcamalarının karşılanması mümkün olmayan bir seviyeye ulaşması, hem de sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşük ve verimsiz olmasıdır. Bu gerekçe çoğu ülkede sağlık reformunun temel nedeni olarak ifade edilmektedir. Neo-liberal paradigmaya göre kamu sağlık sektörünün verimsiz ve niteliksiz olarak etiketlenmesi, hizmet sunumu ile finansmanın ayrıştırılarak devletin hizmet sunumundan çekilmesi, hizmet satın alma ve

hastanelerin özerkleştirilmesi gibi âdemi merkeziyetçi politikalar sağlık alanını tümüyle piyasa aktörlerinin rekabetine açarak mevcut sorunlara çözüm getirecektir. Böylece egemen yaklaşım olan neo-liberal ilkeler ekseninde kamu hizmetleri yeniden yapılandırılmaya başlamıştır. Keynesyen Refah Devleti döneminde meta ilişkileri dışına çıkarılan diğer mal ve hizmetler gibi sağlık hizmetleri de yeniden metalaştırılmaya çalışılmaktadır (Elbek ve Adaş, 2009: 34; Ağartan, 2011a: 40; Ağartan, 2011b: 31; Ulutaş, 2011: 27).

Bu politikaların uygulanması, kamunun sağlık sisteminde oynadığı rolün yeniden tanımlanması anlamına gelmektedir. Bu bağlamda devletin finansman ve düzenleme alanlarındaki görev ve sorumlulukları artarak devam etmekten, hizmet sunumundaki rolü ciddi biçimde daraltılmaktadır. Finansman ile hizmet sunumunun birbirinden ayrılması; hastanelerin özerk bir yapıya kavuşturulması ve üst yönetimlerinin profesyonel idarecilere devredilmesi; Sağlık Bakanlığı'nın görevlerinin yeniden tanımlanması; bazı sorumluluklarının yerel yönetimlere aktarılması gibi birçok politika bu kapsamda değerlendirilebilir. Başka bir ifadeyle, reformlar kapsamında devlet, hizmet sunumundan geri çekilmekte ve yerini özel sektöre ya da sözleşmeli doktorlara bırakmakta ve bu alandaki sorumluluklarını daha çok düzenleme ve denetleme yapmakla sınırlandırmaktadır (Ağartan, 2011a: 49).

2.2.3. Uluslararası kuruluşların sağlık hizmetleri üzerindeki etkileri

Sağlık hizmetleri alanındaki reform hareketlerini doğuran dış unsurların en başta gelenleri, Dünya Bankası (WB), Uluslararası Para Fonu (IMF) ve WHO gibi uluslararası kuruluşlardır. Özellikle WB bu konuda 1980'li yılların sonlarından itibaren hem hazırladığı rapor ve belgeler hem de sağlık hizmetleri alanına sağladığı fon ve danışmanlık hizmetleri ile sağlık reformu çalışmalarını piyasa ekonomisi çerçevesinde yönlendirmektedir. WB'nin bu girişimleri, özellikle istikrar tedbirleri kapsamında Gelişmekte Olan Ülkeler (GOÜ)'in ekonomik yapılarını piyasa odaklı bir yaklaşımla yeniden yapılandırmalarını amaçlayan IMF tarafından da desteklenmektedir. WB 1987 yılında "Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı" başlıklı bir belge yayınlamıştır. Bu belgede WB GOÜ'in sağlık sistemlerini piyasa odaklı olarak

şekillendirmelerinin gerekliliğini ifade ederek, bunun gerekçelerini ve yöntemlerini açıklamaktadır (Altay, 2007: 41; Elbek ve Adaş, 2009: 33).

1980’li yılların başından itibaren Latin Amerika, Doğu ve Güneydoğu Asya ve Afrika’da birçok ülke ekonomik krizlerle mücadele etmekteydi. Bu krizler, Gayri Safi Milli Hâsıla (GSMH) da ciddi düşüslere yol açan krizlerdi ve bu ülkelerde işsizliğin artması, satın alma gücünün azalması, vergi ve prim toplanmasında zorluklar yaşanması gibi sorunlara yol açmıştır. Bu durum sağlık sistemlerini de olumsuz olarak etkilemiştir, ancak bir taraftan da IMF ve WB gibi uluslararası finans örgütlerinin müdahalesine açık bir ortamı oluşturmuştur. Her iki kuruluş da, bir taraftan mevcut bulunan borçları yeniden yapılandırırken, diğer taraftan finans sektörü, yönetim ve rekabet politikaları ve sosyal güvenlik gibi alanlarda farklı makroekonomik uyum politikalarının uygulanmasını talep etmektedirler. Bu nedenle, IMF kredileri ve bu krediler kapsamında uygulanan yapısal uyum programları sağlık hizmetleri alanındaki reform girişimlerini etkileyen temel unsurlardan biri olarak görülmektedir (Ağartan, 2011a: 41). IMF’in uyguladığı programlar, tüm ülkelerde kamusal sağlık harcamalarının azaltılmasını ve cepten⁶ yapılan sağlık harcamaların arttırılmasını dayatmaktadır. WB ise, Türkiye’nin de içinde bulunduğu birçok ülkede iki yüzü aşan proje ile sağlık reformlarını finanse etmekte ve sağlıktaki özelleştirme sürecini desteklemektedir. Sağlık hizmetlerinin dönüşümünde uluslararası finans kuruluşları ile birlikte çok uluslu şirketlerde önemli bir rol oynamaktadır. Sağlık hizmetleri sektörünü uluslararası yatırımcılar açısından daha cazip hale getiren unsur ise, kriz koşullarında bile sağlık hizmetlerine olan talebin azalmamasıdır. Özellikle tedavi edici bakım hizmetlerine duyulan ihtiyaç, dünya ekonomik konjonktüründen etkilenmemektedir (Ulutaş, 2011: 54).

Sağlık hizmetleri alanında artarak devam eden bir uluslararası işbirliği bulunmaktadır. Öncelikle WHO olmak üzere sağlığın birçok alanında hizmet veren UNICEF, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA), Birleşmiş Milletler Çevre Programı (UNEP), Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü (FAO), Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) gibi uluslararası kurumlar bu bağlamda ifade edilebilir. Türkiye de bu kurumların

⁶ Sağlık sistemleri literatüründe devlet tarafından ödenmediği için doğrudan kişiler tarafından karşılanan sağlık harcamaları Tatar (2011) tarafından “Cepten Yapılan Ödemeler”, Sülkü (2011) tarafından “Cepten Sağlık Harcamaları”, Ulutaş, (2011) tarafından “Cepten Yapılan Harcamalar” şeklinde ifade edilmektedir.

alışmalarına aktif olarak katılmakta ve işbirlikleri geliştirmektedir. Özellikle WHO'nun 1996 yılının Haziran ayında yayınlamış olduğu Ljubljana Sözleşmesi rgte ye olan ülkeler tarafından kabul edilmiştir. 2000'li yıllarda sağlık politikalarına yön vermek amacıyla hazırlanan bildirgede, temel ilkeler ve değişim yönetimi ilkeleri olmak üzere iki yönlü ilkeler grubuna yer verilmektedir. Temel ilkeler kapsamında; insan onuru, eşitlik, dayanışma ve iş ahlk gibi değerler tarafından motive olmak; sağlıkla ilgili kazanımları hedeflemek; toplumu hizmetin merkezinde görmek; sağlık hizmetlerinde kaliteye odaklanmak; sağlam bir finansman yapısı oluşturmak; birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerine yönelmek gibi hedefler yer almaktadır (The Ljubljana Charter, 1996: 2-3).

Bildirgenin değişim yönetimi ilkeleri kapsamında ise; sağlık politikasının geliştirilmesi, vatandaş tercihlerinin ve önceliklerinin değerlendirilmesi, sağlık hizmetlerinin sunumunun yeniden yapılandırılması, yönetim mekanizmalarının güçlendirilmesi, denenmiş yöntem ve araştırmalardan yararlanılması ilkeleri bulunmaktadır (The Ljubljana Charter, 1996: 3-6).

Gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemlerini incelemekte olan çalışmalar uygulanan ekonomik programların ve borç yükünün sağlık sistemlerini ne kadar olumsuz etkilediğini göstermektedir. Borç geri ödemeleri hükümetlerin mevcut kaynaklarının daha da azalmasına neden olmakla birlikte, dayatılan şartlar sosyal harcamaların kısılmasını öngörmekte ve böylece sağlık hizmetlerinin üzerindeki baskıyı daha da arttırmaktadır. Bunlara yabancı sermayeyi kaçırmak endişesi ile sağlık ve diğer sosyal güvenlik harcamalarının uluslararası rekabet gücünü azaltma olasılığı da eklenince reformların çoğu harcamaların düzenlenip daha etkin kullanılmasına odaklanmıştır. Sonuç olarak, küresel ekonomik koşullar 1980'li yılların sonlarından itibaren temel dönüşümler geçirmekte ve politika yapıcıları sağlık sistemlerini yeniden gözden geçirmek zorunda bırakmaktadır (Ağartan, 2011a: 41-42).

Kamusal sağlık hizmetlerinde bu sürecin etkisi bu hizmetlerin dünyanın birçok yerinde IMF, WB gibi kuruluşların ve Hizmet Ticareti Genel Anlaşması (GATS) ve Ticaretle Bağlantılı Fikri Mülkiyet Hakları Anlaşması (TRIPS) gibi anlaşmaların takvimleri ve kurallarına göre oluşturulmasında görülmektedir. GATS uluslararası hizmet ticaretine

yönelik tüm ilke ve kuralları küresel olarak belirleyerek, uluslararası hizmet ticareti ile birlikte, gelişmiş ülkelerin öncelikle az gelişmiş ülkeler olmak üzere diğer ülkelerdeki hizmet sektörlerine doğrudan yatırım yapabilmelerini sağlamak için hizmetlerin serbestleşmesini sağlayan bir anlaşmadır. 1980’li yıllardan beri birçok ülkede kamu hizmetleri özelleştirilmiş, özelleştirilmeyenler ise taşeronlaştırma veya piyasalaştırma yoluyla rekabete açılmaktadır. Böylece, bu hizmetlerin tümü GATS ’a uygun hale getirilmiştir. Bu koşullar sağlık hizmetleri piyasası içinde geçerli bulunmaktadır ve gittikçe artarak ilgi çeken sağlık piyasası, ulus devletlerin egemenliğinden çıkarak küresel piyasa kurallarının egemenliği altına girmektedir. TRIPS ise patent koruması ile tüm dünyada ilaç ve aşılarda üretilmesine ve ticaretine ilişkin etkisi sebebiyle sağlık hizmetleri bakımından önem taşımaktadır. İlaç patentlerinin korunması gerekliliğine yönelik temel gerekçe kâr garantisi olmaksızın ilaç şirketlerinin Ar-Ge yatırımı yapmayacağı, bu durumun ise toplum sağlığı açısından tehlike oluşturacağıdır. Fakat patent korumasının yaygınlaştırılmasının çok uluslu ilaç şirketlerinin özellikle gelişmekte olan ülkelerde yaygın olan hastalıkları tedavi etmeye yönelik yatırımlar sağladığını gösteren kanıt bulmak güçtür. Aksine pnömani, tüberküloz ve ishalli hastalıklar gibi yaygın hastalıklar için çok küçük Ar-Ge payları ayrıldığı görülmektedir (Ulutaş, 2011: 52-53; Ağartan, 2011b: 41-44).

2.3. Neo-Liberal Dönüşüm ve Sağlık Politikaları

1980’li yıllarda neo-liberal politikaların egemen hale gelmesi ile birlikte refah devleti uygulamaları sorgulanmaya ve yönetim biçimleri yeniden irdelenmeye başlanmıştır. Refah devletinin eğitim, sağlık, sosyal güvenlik, emeklilik, sosyal yardım gibi uygulamalarının; sorunları çözmek yerine devlet harcamalarını arttırdığını, yatırım ve istihdamı olumsuz etkileyerek adaletsizliğe yol açtığını ifade eden liberal görüşler, eleştirilerini refah devletinin bu hizmetleri açısından yoğunlaştırmışlardır. Devletin yeniden yapılandırılması ile bu sorunların çözülebileceği iddia edilmektedir. Neo-liberal anlayış, devletin verimsiz çalışmasının nedeni olarak refah harcamalarının artmasını ve devlet tekellerini göstermektedir. Neo-liberal anlayışa göre, devletin verimli hale getirilmesi için; personel, yatırım, sağlık, eğitim gibi devlet harcamalarında sınırlamalara gidilerek sosyo-ekonomik hayatta devletin etkinliğinin azaltılması ve piyasa aktörlerinin

etkin hale getirilmesi gerekmektedir (Gül ve Ergun, 2010: 319). Kamusal hizmetlerin tümünü metalaştıran ve piyasa aktörlerinin etkinliğini savunan neo-liberal anlayışın temel önermesi daha az devlet ve daha çok piyasa şeklindedir. Devletin küçültülmesine yönelik olarak özelleştirme, rekabetçi seçenekler ve piyasa temelli söylemler ile devletin sosyo-ekonomik yaşama yönelik müdahalelerinin azaltılması düşüncesi ön plana çıkmaktadır. Yeniden yapılanma sürecinde devletin rolünün yeniden tanımlanması ile birlikte kamu hizmetlerinde de köklü bir dönüşüm yaşanmıştır. Refah devletinin vatandaşlık hakkı olarak gördüğü kamusal hizmetlerin sunumunda, neo-liberal anlayış doğrultusunda müşteri temelli bir anlayışla parası olana hizmet verilmesi şeklinde bir dönüşüm yaşanmıştır. Bu şekilde devletin etkinliğinin azaltılması ve piyasa koşul ve aktörlerine bırakılması gerektiği düşünülen alanlardan biri de sağlık hizmetleri olmuştur (Gül ve Ergun, 2010: 320).

Dünyada egemen olan yeniden yapılanmanın temel özellikleri, sağlık sisteminde özel sektörün payının artması, devletin kendi rolünü düzenleyicilikle sınırlandırması, sağlık alanında çalışanların çalışma koşullarının kötüleşmesi, sivil toplumun baskı gücünün zayıflatılması, sigorta kapsamının genişletilip hizmetlerin kapsamının daraltılması, çokuluslulaşma ve sermayenin yoğunluk kazanması olarak görülmektedir (Çolak, 2012: 44-45).

2.3.1. Sağlık hizmetlerinin metalaşması

Sağlık hizmetlerinin metalaşması ile sağlık hizmetlerinin ortak yarar, başka bir deyişle tüm toplumun fiziksel, ruhsal ve toplumsal yönlerden tam bir iyilik hali içinde olmasını sağlama amacıyla üretilmesi ve sunulması yerine kâr maksimizasyonu ve maliyet minimizasyonu hedeflerine göre örgütlenmiş ticari amaçlarla üretilmeye başlanması anlatılmaktadır. Sağlığın metalaştırılması ile birlikte, yurttaşların sağlık ihtiyaçlarını karşılamayı amaçlayan kamusal sağlık hizmetleri, giderek tüketicileri tatmin etmeye odaklanmıştır. Sağlık hizmetlerinin kamu / özel karması şeklinde sunulduğu ülkelerde, genellikle özel sektörün en kârlı alanlarda faaliyette bulunması, belirli coğrafi bölgelerde yoğunlaşması ve en yüksek maliyetli / en düşük getirili sağlık hizmetlerinin kamu tarafından yerine getirilmesi durumuyla karşılaşılmaktadır. Böylece, kamu özel sektör

karşılaştırması yapılarak, kamusal sağlık hizmetlerinin verimsiz olduğu ileri sürülebilmektedir. Ayrıca özel sektör kaynaklarının geliştirilmesinin, kamudan özel sektöre kaynak aktararak, destek ve teşvikler sağlayarak gerçekleştirildiği de görülmektedir. Örneğin kamu hastanelerindeki özel yataklar devlet desteği almakta, özel sağlık sigortaları vergi teşvikleri ile desteklenmektedir. Kamu eğitim kurumlarında yetiştirilen ve kamu hastanelerinde hizmet vermekte olan doktorlar, daha yüksek ücretler karşılığında özel sağlık kurumlarına geçebilmektedir (Ulutaş, 2011: 33-39).

2.3.2. Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi

Özelleştirme, genel olarak, bir malın mülkiyetinin devletten özel sektöre aktarılması süreci şeklinde tanımlanmaktadır. Özelleştirme daha geniş anlamda ise, kamulaştırmanın aksine, devletin ekonomiye müdahalesinin en alt düzeye indirilmesi ya da tamamen ortadan kaldırılmasına yönelik uygulamalar şeklinde tanımlanmaktadır (Karabulut, 2001: 31). Bu tanımlar, kamu ve özel sektör arasında belirgin bir şekilde farklılığın olduğu düşüncesine dayanmaktadır. Günümüzde sağlık sistemi, devlet ile serbest piyasanın birbirine eklemlendiği ve özelleştirmenin farklı şekilde uygulandığı bir sahadır (Ağartan, 2011b: 34). Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinde yaygın olarak kullanılan özelleştirme yöntemleri; doğrudan özelleştirme, hizmet alımı ve alt işverenlik yoluyla kısmi özelleştirme, özel sağlık sigortalarının yaygınlaştırılması, özerkleştirme yoluyla özelleştirme, maliyet paylaşımı politikaları ve kamu özel ortaklığı olarak ifade edilmektedir.

2.3.2.1. Doğrudan özelleştirme

Sağlık kurumları mülkiyetinin kamudan özel sektöre geçmesi biçiminde ifade edilebilen bu özelleştirme şekli, sağlık hizmetlerinde en az kullanılan özelleştirme yöntemidir (Ulutaş, 2011: 34; Ağartan, 2011b: 34).

Kamu kurumları tarafından sunulmakta olan sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, âdemi merkezîyetçilik veya işletmecilik anlayışı ile bağlantılı olabileceği gibi yeni kamu yönetimi ve politika reformlarının sonucu olarak da görülebilmektedir. Bazı WB

ekonomistleri doğrudan özelleştirmeyi, hastanelerin özerkleşmesi ve ticarileşmesi olarak ifade ettikleri gelişmelerin doğal bir sonucu olarak görmektedirler. Fakat gelişmiş ülkelerde veya eski Sovyetler Birliği ve Doğu Avrupa'nın geçiş ekonomilerinde bile sağlık kurumlarının tam olarak özelleştirilmesi gerçekleştirilememiştir. Şili'de Pinochet rejimi 1990 yılına kadar sağlık harcamalarını zorla, 1974 yılındaki düzeyinin %34'üne indirmiştir. 1981 ve 1992 yılları arasında özel yatakların oranı iki kattan fazla artmıştır. Ancak askeri diktatörlük altında ve otoriter neo-liberalizmin zirvesinde dahi Pinochet bütün sistemi özelleştirmekten geri adım atarak hastane yataklarının %75'ini kamu kesiminde tutmuştur (Lister ve Labonte, 2011: 216).

2.3.2.2. Hizmet alımı ve alt işverenlik yoluyla kısmi özelleştirme

Hizmet alımı kavramı sağlık kurumlarının sunmakta oldukları bazı hizmetleri kendileri üretmek yerine, başka firmalardan satın almalarını ifade etmektedir. Alt işverenlik ise, bir firmanın çalışanlarının bir başka firmanın (ana firmanın) üretim mekânında, ana firmanın işinin bir bölümünü yapması olarak tanımlanmaktadır. Bu durumda fiili olarak ana firmanın kadrolu işçilerinden farklı şekilde çalışılmamakta, ancak yasal olarak farklı bir işverene bağlı olarak çalışılmaktadır. Çalışanın vergi, sigorta gibi yükümlülükleri taşeron firmanın sorumluluğuna geçmektedir. Son dönemde hem kamuda hem de özel sektörde sağlık alanındaki hizmetlerin önemli bir kısmı taşeron şirketler aracılığı ile verilmektedir (Sönmez, 2011: 94-95).

Hizmet alımı, taşeronlaştırma ve benzeri uygulamalarla kamu ve özel sektör arasındaki ayırım ortadan kaldırılmaktadır. Öncelikle destek hizmetlerinde başlayan bu uygulamalar günümüzde tüm ülkelerde temel tıbbi hizmetleri de kapsayacak şekilde genişlemiştir (Ulutaş, 2011: 34-35). Kamu sağlık kurumlarında, maliyetleri en aza indirme çabalarından biri olarak taşeronlaştırma görülmektedir. Sağlık çalışanları, klinik ve destek hizmeti çalışanları olarak ikiye bölünmektedir. Geçmişte kadrolu memurların yaptığı işler, geçici sözleşme ile çalışan, düşük ücretli taşeron çalışanlarına verilmektedir. Güvenlik ve yemek hizmetleri ile başlayan sağlık hizmetlerinde taşeronlaşma Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde hemşire, radyoloji teknisyeni, laborant, tıbbi sekreter, hasta bakıcı gibi mesleklerinde taşeron firma çalışanları tarafından yürütülmesi ile

sonuçlanmaktadır. Mutfak, temizlik ve güvenlik hizmetlerinin özelleştirilmesiyle başlayan süreç kısa sürede hastabakıcı, hemşire, radyoloji teknisyeni, laborant, otomasyon ve tıbbi sekreterlik hizmetlerini de kapsayarak doktor emeği ve kısmen hemşireliğin dışındaki bütün alanlara yayılmıştır. Birçok kamu hastanesinde sağlık hizmetinin dışarıdan hizmet alımıyla yapılmasını engelleyen yargı kararı nedeniyle doğrudan sağlık hizmeti gören (hemşire, hasta bakıcı, laboratuvar ve radyoloji teknisyeni gibi) personel temizlik ihalelerine dâhil edilmekte ve sanki temizlik personeli gibi istihdam edilmektedir. Bu şekilde hasta taşıma, pansuman, acil servislerde yardımcı personel, materyal nakliyesi, hasta bakımı gibi işlerin tamamı “geçici işçi” ya da “taşeron işçisi” olarak adlandırılan çalışanlar tarafından yapılmaktadır (Karabulut, 2001: 37-38; Soyer, 2003: 315; Sönmez, 2011: 95; Ağartan, 2011b: 34; Tüzün, 2012: 74; Sertlek, 2012: 90-91).

Hastanelerin temizlik, yemekhane, bakım onarım gibi alt hizmetleri ihaleye çıkarılmaktadır. İhale, alınacak hizmet için belirlenen tahmini bedel üzerinden ve teklif usulüyle gerçekleştirilmektedir. İhaleyi alan taşeron şirketler neredeyse hiçbir sermaye yatırımı yapmamaktadırlar. Kâğıt üzerinde bu şirketlerin elemanı olarak görünen işçiler, hastane yönetiminin yaptığı görevlendirmelere ve iş programına göre çalıştırılmaktadırlar. Başka bir deyişle taşeron şirketler aracılığı ile çalıştırılan sağlık personeli aynı servislerde, aynı bölümlerde kendileri ile aynı işi yapan, aynı okul mezunu oldukları arkadaşları ile aynı şekilde sevk ve idare edilmektedirler. Taşeron şirketlerin yaptıkları tek şey, hastanenin ihtiyaç duyduğu personeli, hastane yönetiminin öngördüğü maliyetle sağlamasına aracı olmaktır (Çerkezoğlu, 2012: 102-103).

2.3.2.3. Özel sağlık sigortalarının yaygınlaştırılması

Özel sağlık sigortası; bir sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı olup olmadığına bakılmaksızın sigortalının karşılaştacağı hastalık ve/veya kaza sonucu yaralanması halinde ihtiyaç duyacağı muayene, tedavi ve ilaç masraflarını karşılayan bir sigorta şeklidir. Özel sağlık sigortalarının amacı, kişilerin sigorta başlangıç tarihinden sonra meydana gelebilecek risklerine karşı güvence sağlamaktır. Kişilerin sigorta başlangıç tarihinden önce gerçekleşmiş bulunan hastalıkları varsa bu hastalıkları güvence kapsamı dışında

kalmaktadır. Riskin gerçekleşmesi halinde sigortanın görevi, sigortalının sigortalıktan önceki durumuna kavuşturulmasıdır. Özel sağlık sigortaları, tıbbi harcamalar ve iş göremezlik gelirleri konusunda güvence sağlamaktadır. Özel sağlık sigortası kâr amaçlı bir model olduğu için yüksek risk gruplarını dışlama eğilimi taşımaktadır. Risk arttıkça, ödenmesi gereken prim miktarı da artacağından düşük gelir gruplarındaki kişiler dezavantajlı konumda bulunacaktır (Çelik, 2011: 187-188).

WB ve diğer kuruluşların katılım paylarını desteklemesinin nedenlerinden biri, en yoksul ülkelerde bile sigorta planlarının ortaya çıkmasını sağlaması olmuştur. Ancak bu yaklaşımın savunucuları dahi bu durumu destekleyen kanıtlar bulmakta zorlanmaktadır. Zimbabwe’de sağlık hizmetlerinin finansmanını inceleyen büyük bir atölye çalışması, katılım paylarının her türden sigorta planının geliştirilmesinde yaşamsal öneme sahip olduğu sonucuna varmıştır. Buna karşılık, yapılan araştırmalar, gelişmekte olan ülkelerde uygulanan bu tür sağlık sigortası planlarında sadece sınırlı başarı kanıtı bulabilmiştir. ABD Uluslararası Kalkınma Ajansı (USAID) tarafından finanse edilen bir araştırma, araştırma yapılan nüfusun sadece küçük bir bölümünün özel sağlık sigortası sahibi olduğunu ve sigorta planlarının toplam sağlık finansmanına anlamlı bir kaynak katkısı sağlamadığını göstermiştir. Bununla birlikte, bu sigorta planları, düşük gelir grubunda bulunanların veya kırsal bölgelerde yaşayan nüfusun bu planlara erişimini sınırlama ve daha üst gelir gruplarını veya kayıtlı çalışanları kapsamına alma eğiliminde bulunmaktadır (Lister ve Labonte, 2011: 212).

Özel sağlık sigortalarının yaygınlaştırılması, kamusal sağlık sigortalarının kapsamının daraltılması (örneğin dış tedavilerinin kapsam dışına çıkarılması), cepten yapılan ödemelerin ve ek ödemelerin artırılması, özel bireysel sağlık sigortalarının yaygınlaştırılması, kamu ile özel sektör arasındaki sınırları ortadan kaldıran diğer uygulamalardır. Türkiye’de de hastanelerin Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında birleştirilerek finansman ile hizmet sunumunun ayrılması ve genel sağlık sigortasının uygulamaya konulması ile bu adımlar atılmıştır (Ulutaş, 2011: 35).

2.3.2.4. Özerkleştirme yoluyla özelleştirme

Özerkleştirme kavramı, 1980’li yıllardan sonra neo-liberal politikalarla birlikte tüm dünyada yaygınlaşan ve kamu hizmetlerinin daha etkin bir şekilde sunulmasını hedefleyen yönetim yaklaşımı ile kullanılmaya başlanan bir kavram olarak görülmektedir. Özerkleştirmenin temel amaçlarından biri kamu hizmetlerinin etkili bir biçimde, işletme mantığı ile sunulmasıdır. 1980 sonrası dönemde, küreselleşmenin hız kazanması, yerelleştirme politikalarının uygulanmaya başlanması ile bu ortamı sağlayacak desantralizasyon yöntemlerinin kullanılması da önemli hale gelmiştir. Özerklik de bu bağlamda bir desantralizasyon uygulaması olarak kullanılmaktadır. Özerklik, merkezden yönetimin ve bürokratik çalışmanın olumsuzluklarını gidermek veya azaltmak için bir araç olarak görülmektedir (Kablay, 2002: 36).

Özerkleştirme yoluyla özelleştirmeye örnek olarak İngiltere’de hastaneler ve bazı toplum sağlığı merkezlerinin yarı özerk vakıflar şeklinde yeniden örgütlenmeleri verilmektedir. Bu vakıflar artık yıllık sabit bütçelere sahip değillerdir. Bunun yerine Sağlık Bakanlığı adına hareket eden satın alma kuruluşlarından ihale kazanmaları beklenmektedir. Böylelikle hastaneler artık Sağlık Bakanlığı’na karşı değil, yeni kurulan sağlık piyasası düzenleme kurumuna karşı sorumludurlar. Ticari şubeler kurarak, özel şirketlerle ticari ilişkilere girerek veya finansal piyasadan fon sağlayarak gelir elde etmeleri yasal hale gelmiştir. Hastane bölümleri, her bir işlem başına ücret alan ayrı mali birimler haline gelmiştir. Bu durum, toplumun sağlık ihtiyaçları için hangi birimlerin daha önemli olduğu dikkate alınmaksızın hastanenin daha çok kazanç elde eden birimlerine daha çok yatırım yapılması sonucunu doğurmuştur. Beveridge tipi diğer sağlık sistemlerinde de benzer gelişmeler olmuştur. Örneğin İsveç’te hastaneler özerkliğe kavuşmuş ve kamusal limited şirketler halini almıştır (Ulutaş, 2011: 35-36).

2.3.2.5. Maliyet paylaşımı politikaları

Maliyet paylaşımı, sağlık hizmetlerinden yararlanan kişilerin hizmet sunucularına doğrudan yaptıkları ödemeyi ifade etmektedir. Bu yöntemle, sağlık sektöründeki maliyetlerin belirli bir oranının kişiye yüklenerek kamu tarafından finanse edilen sağlık

hizmetlerine olan talebin azaltılması amaçlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinden yararlanan kişinin maliyet paylaşımına katılımında üç yöntem kullanılmaktadır. Birincisi ön ödeme yöntemidir. Örneğin kişi hastaneye yatma maliyetinin belirli bir kısmını sigorta programından yararlanabilmek için cepten ödemektedir. İkinci yöntem katkı payıdır. Örneğin kişi ilaçların tutarının %10'unu veya muayene ücretinin belirli bir oranını ödemektedir. Üçüncü yöntem ise sigortalı payıdır. Sigortalı payı; sigortalı tarafından bir hizmet için ödenmek zorunda olan toplam bedelin oranını ifade etmektedir. Örneğin kişi toplam yatarak tedavi bedelinin %20'sini ödemektedir. Avrupa ülkeleri ve Türkiye'de hastane ve doktor hizmetlerinde maliyetleri sınırlamak, gelirleri arttırmak ve sigortanın olduğu durumlarda talebin sınırlandırılması amacı ile maliyet paylaşımı politikaları kullanılmaktadır (Yıldırım, 2000: 4)

Bu politika gelişmekte olan ülkelerde yaygın bir şekilde uygulanmaktadır. 30 Afrika ülkesinde yapılan bir araştırmada 27 ülkede, katılım payının uygulandığı görülmüştür. Katılım paylarının, hizmetlerin kalitesinde ve ilaçların bulunabilirliğinde bir iyileşme kaydedilirse kullanımda gerçekten bir artışa yol açabileceği iddialarının geçerliliği Nijerya'da yapılan bir araştırmada sorgulanmıştır. Bu araştırma ücretler nedeniyle dışlanan yoksul kullanıcıların yerini, toplumun ödeyebilme gücü olan daha zengin kesimlerinin aldığını iddia etmektedir. Sağlık hizmetlerine erişimleri engellenecek olanlar ise yoksullar ve özellikle kadınlardır. Aslında bu etki herhangi bir satış hasılatı ile maliyeti karşılama programının en tutarlı ve beklenen sonucudur (Lister ve Labonte, 2011: 209-210). Maliyet paylaşımının özellikle alt gelir grubunda yer alanlar için sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini ve kullanımını olumsuz şekilde etkileyeceği, sağlıkta hakkaniyet ilkesinin uygulanmasının engelleneceği genel kabul görmektedir (Yıldırım, 2000: 4; Çelik, 2011: 195-196). Benzer şekilde WHO, hastanın sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğunda katılım payı ödeme zorunluluğu bulunmakta ise, sağlık kurumlarına başvurma eğiliminin %40,6 ile %43,5 oranında azaldığını belirtmektedir (Elbek ve Adaş, 2009: 38).

Özel sağlık hizmeti sağlayıcıları ile belirli sağlık hizmetlerinin satın alınması amacı ile yapılan sözleşmelerinde maliyet paylaşımı politikaları arasında değerlendirilebileceği ileri sürülmektedir. Çünkü özel hizmet sağlayıcıları ile sözleşme yapmanın yaratacağı

rekabet, maliyetlerin azaltılmasını sağlayacaktır. Başka bir açıdan bakıldığında ise, sözleşme hükümeti hizmet sunucu ve finansman sağlayıcı rolden, sadece aracı konumuna da getirebilmektedir (Günaydın, 2011: 337-341).

2.3.2.6. Kamu özel ortaklığı

Kamu özel ortaklığı, finansman ve karar alma süreçlerinde, hükümet ve hükümet dışı kurumların birlikte yer aldığı karma bir yönetim anlayışını ifade etmektedir. Kamu özel ortaklığının üç temel unsuru bulunmaktadır. İlki, bu ortaklık en az bir kâr amacı güden kuruluş ile bir kâr amacı gütmeyen kuruluş arasında olmalıdır. İkincisi, bu ortaklıkta yapılacak faaliyetler ile sağlanacak yararların paylaşımı yapılmalıdır. Üçüncü olarak, kamu sağlığı alanında yapılacak ortaklık, özellikle dezavantajlı kesimler için sosyal bir değer yaratmalıdır. Bu sistem, Sağlık Bakanlığı ya da ulusal sağlık sigortası kurumu ile özel sektör arasında imzalanan bir sözleşmedir. Bu sözleşmenin kapsamı klinik hizmetler olabileceği gibi, çamaşırhane hizmetleri, klinik destek hizmetleri (laboratuvar hizmetleri gibi), özel klinik hizmetler (hemodiyaliz gibi) ya da bütün bir hastane yönetimi için dış kaynak kullanımı olabilmektedir. Sözleşmelerle özel sektörün sorumluluğu belirlenmektedir. Finansman, ortaklaşa sağlanabileceği gibi, taraflardan biri de üstlenebilmektedir. Kamu özel ortaklığı, kamu ve özel sektör arasında sürekli bir işbirliğini vurgulamak için kullanılmaktadır. Sağlık hizmetleri alanında üç farklı biçimde kullanılmaktadır. İlki küresel kamu özel ortaklığı, ikincisi ülke içinde sağlık hizmetlerinin hem üretim hem de sunumunu içeren ticari işbirliği ve üçüncüsü, ülke içinde sağlık hizmetlerinin sunumunda kurulan ortaklıktır. Ülke içinde uygulanan kamu özel ortaklığı ile küresel düzeyde uygulanan kamu özel ortaklığını birbirinden ayıran farklılıklar; uluslararası örgütler, ortaklıklar ve sivil toplum örgütleri şeklinde ortaya çıkmaktadır (Günaydın, 2011: 355-357).

Kamu özel ortaklığı kapsamında özel bir işletmenin bir kamu hastanesini inşa etmesi, hastane ya da başka bir amaç için satın alması ve işletmesi söz konusu olabileceği gibi, bir kamu hastanesinin özel işletme tarafından yönetilmesi ya da özel işletmenin kurduğu bir hastaneyi hükümete kiralaması gibi uygulamalar da görülmektedir. Bunun dışında kamu özel ortaklığı kamu hastanelerinin belirli klinik ya da klinik olmayan hizmetleri ile

klirik destek hizmetlerini özel işletmelerden satın alması şeklinde de gerekleŖebilmektedir. Kamu özel ortaklığı uygulamalarının sonuçları değerlendirildiğinde; Avustralya’da özel firmalar tarafından işletilen kamu hastanelerinde işletme maliyetlerinin kamu sektöründeki hastanelere göre %20 daha düşük olduğu ve hükümet tarafından işletilen hastanelere göre klinik hizmetlerin daha ucuza sunulduğu görölmektedir. Avrupa ölkelerinde ise, kamu özel ortaklığına yönelik uygulamalar daha çok İsveç ve İngiltere’de görölmektedir. İsveç’te bir özel hizmet sunucusuna 240 yataklı bir kamu hastanesi kiraya verilerek işletme maliyetlerinde %30 tasarruf elde edilmiştir. İngiltere’de son 20 yılda birçok kamu hastanesinin finansmanı, inşası ve yönetiminde kamu özel ortaklığı yöntemi kullanılmıştır (elik, 2011: 205-206; Acartürk ve Keskin, 2012: 26). Kamu özel ortaklığına örnek olarak Avusturya’da çok sayıda kamu hastanesinin, özel hastanelerle işbirliğine gitmesi verilebilir. Türkiye’de de bu ortaklık Sağlık Bakanlığı Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı tarafından yürütölmektedir (Ulutaş, 2011: 36; OECD ve Dünya Bankası, 2008: 44-45; Güngör, 2012: 102). Türkiye’de sağlık hizmetleri alanında ilk hukuksal düzenlemesini ve uygulamasını bulan kamu hizmetinin üretilmesinde kamu özel ortaklığı, özelleştirilmesi zor olan hizmetlerde kullanılabilmesi ve bütçe yükünü hafifletmesi nedeniyle kullanılması cazip olan bir özelleştirme yöntemidir. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nun Ek 7. maddesinde kurala bağlanan bu modelin temel unsurları şu şekilde belirtilebilir: Sağlık Bakanlığınca;

i.) Sağlık tesisleri,

ii.) Özel girişimcilere

iii.) Kırk dokuz yılı geçmemek şartıyla

iv) Kiralama ve sağlık tesislerindeki tıbbi hizmetler dışındaki hizmetlerin ve alanların işletilmesi karşılığında yaptırılabilir. Kamu özel ortaklığı modeli, devletin tümüyle çekilmek istemediği ve devletin katılımı olmaksızın özel sektörün tek başına sunmaktan çekindiği hizmetlere özel sektörün katılımını sağlamak ve bu yöntemle finansman sorununu çözmek hedefiyle geliştirilmiştir (Karahanoğulları, 2011: 326-328; Acartürk ve Keskin, 2012: 27; Soyer, 2012: 194-195).

Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun, Yüksek Planlama Kurulu tarafından gerek görölmesi halinde sağlık tesislerinin, “Sağlık

Bakanlığınca verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya Hazineye ait taşınmazlar üzerinde”, “kırk dokuz yılı geçmemek şartıyla belirli bir süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı” devredebilmesine olanak vermektedir (Güngör, 2012: 96). Bu amaçla, Hazineye ait taşınmazlar gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine, bedelsiz olarak devredilebilmektedir. Kiralama işlemlerinde kira bedellerinin “Sağlık Bakanlığı’na bağlı Döner Sermaye İşletmeleri tarafından ödenmesi öngörülmektedir (5396 sayılı Kanun Ek 7. Madde). Kanun teklifinin gerekçesinde kamu sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlara değinilerek sorunun çözümü için kamu özel ortaklığı modeli alternatif olarak görülmektedir. Bu sayede özel sektörün sağlık yatırımları için kaynak aktarmalarını sağlayacak ortamın yaratılması hedeflenmektedir (Hamzaoglu ve Yavuz, 2006: 285; Karasu, 2011: 228-233; Acartürk ve Keskin, 2012: 39).

1987 yılında çıkarılan Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde işletme şeklinin kullanılabileceği kuralını getirmiştir. Bu kuralın Anayasaya aykırılığı iddiası Anayasa Mahkemesi tarafından sağlık hizmetlerinin özellikleri nedeniyle reddedilmiştir. 2003 yılında ise Devlet Memurları Kanununda yapılan değişiklikle sağlık ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfındaki personelin yaptığı işlerin özel girişimcilere yaptırılabilceği kurala bağlanmıştır. Buna yönelik iptal istemi de aynı gerekçe ile reddedilmiştir. Sağlık Bakanlığı, sağlık kamu hizmetini verebilmek için gerekli olan bina ve eklentilerini yaptırmak yerine, özel girişimcinin yapacağı binada kiracı olmayı seçmektedir (Karahanoğulları, 2011: 328-338).

Sağlık Bakanlığı kamu özel ortaklığı yöntemini uygulamak üzere yaklaşık 7,5 milyar TL yatırım büyüklüğüne sahip 18 proje için Yüksek Planlama Kurulu onayını almış bulunmaktadır. Bunlardan Kayseri, Etlik, Bilkent, Elazığ, Konya sağlık kampüsleri ile Yozgat ve Manisa eğitim ve araştırma hastaneleri projelerinin ihale süreci başlamıştır. Ancak bu ihaleler henüz sonuçlanmamış ve uygulama aşamasına geçilmemiştir. Bu nedenle, mevzuatı hazır ve tutarlı bir kurgusu olmakla birlikte bu yöntemin uygulamada doğuracağı sonuçlar henüz öngörülememektedir (Güngör, 2012: 102; Acartürk ve Keskin, 2012: 26- 27; Soyer, 2012: 195-196)

Kamu özel ortaklığı uygulaması hizmet kalitesinin iyileştirilmesi ve maliyetlerin kontrol altına alınması için güçlü bir araç olsa da, hükümetlerin bu programın yararlarını değerlendirirken sağlık hizmetlerine ulaşım ve hastaneler arasındaki rekabet üzerindeki etkilerini de değerlendirmeleri gerekmektedir (Çelik, 2011: 206).

2.4. Farklı Ülkelerde Sağlık Reformu Uygulamaları

Bu bölümde sağlık sistemleri birbirinden farklı özellikler gösteren İngiltere, Almanya, İskandinav Ülkeleri, İspanya, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Küba'daki sağlık reformu uygulamaları incelenmektedir.

Sağlık politikasının gelişim tarihinde birçok sanayileşmiş ülkenin sağlık sistemi kurumlarına uyguladıkları yaklaşımlarda genel olarak iki aşamadan geçildiği söylenebilir. 1940'ların sonları ve 1970'lerin ilk yılları arasındaki birinci reform dalgası boyunca, birçok örnekte tüm nüfusu kapsayan evrensel programlar vasıtasıyla nüfusun geniş kesimleri için modern sağlık hizmetlerine erişimin güvence altına alınması hedeflenmiştir. Bu birinci dalga boyunca, birçok kişi için modern sağlık hizmetlerine erişime engel oluşturan sağlık hizmetlerinin giderek artan kişisel maliyetlerinin azaltılmasına vurgu yapılmıştır. Nüfusun tümü için sağlanan sağlık hizmetlerinin toplam maliyetine daha az ilgi gösterilmiştir (Blomqvist ve Jonsson, 2008: 1-2).

İkinci reform dalgası olarak adlandırılan ikinci aşamada ise, 1980'ler ve 1990'ların ilk yılları boyunca birçok ülkenin sağlık politikasında vurgu toplam maliyetleri kontrol etme çabalarına doğru bir değişim göstermiştir. Farklı ülkelerdeki toplam sağlık hizmeti maliyetlerini kontrol altına alma çabaları farklı derecede başarıya sahip olmuştur. Çoğu ülkede, harcama sınırlamalarına rağmen, sağlık harcamaları ekonomik büyümeden daha yüksek oranda artmaya devam etmiştir. Aynı zamanda, belirli muayene ve tedavi türleri için uygulanan kota koyma ve bekleme listeleri gibi uygulamalar nedeniyle sağlık hizmetlerinde memnuniyetsizlik artmaktadır (Blomqvist ve Jonsson, 2008: 2).

2.4.1. İngiltere

İngiltere’de sağlık hizmetleri temel olarak genel vergiler ve ulusal sigorta primleri vasıtası ile finanse edilmektedir ve büyük ölçüde ücretsizdir (Boyle, 2008: 1; Yıldırım ve Yıldırım, 2011a: 451). 1948 yılında kurulan NHS, İngiltere’de yaşayan tüm bireylere koruyucu sağlık hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleri ve hastane hizmetleri sağlamaktadır (Aksakoğlu, 1994: 97; Aksakoğlu ve Giray, 2006: 336). Nüfusun yaklaşık %13’ü gönüllü sağlık sigortası tarafından kapsamaktadır. İngiltere’de bu durum genellikle Özel Sağlık Sigortası (PMI) olarak ifade edilmektedir. PMI esas olarak özel sektörde verilen seçmeli tedavi hizmetlerine erişim sağlamaktadır (Boyle, 2011: 21).

NHS tarafından finanse edilen birinci basamak sağlık hizmetleri farklı yöntemler dizisi kullanılarak sunulmaktadır. Genel tıbbi ihtiyaçlar için ilk iletişim noktası genellikle serbest çalışan pratisyen hekimler ve onların uygulamalarıdır. Bununla birlikte pratisyen hekimler doğrudan farklı hizmet sunucular tarafından da istihdam edilebilmektedir (örneğin; gönüllü sektör, ticari hizmet sağlayıcılar, NHS hastane birlikleri, Birinci Basamak (PCTs) hastane birlikleri) (Freeman, 1998: 396; Boyle, 2008: 1). Ayrıca, toplum sağlık hizmetleri (community health services) (örneğin; mahalle hemşireliği (district nursing), fizik tedavi), NHS direkt (telefon ve internet hizmeti), NHS yürü ve gir merkezleri (walk-in centres), diş hekimleri, gözlükçüler ve eczacılar da NHS birinci basamak sağlık hizmetlerinin bir parçasıdır. NHS tarafından finanse edilen ikinci basamak sağlık hizmetleri hastane birlikleri (trusts) olarak bilinen devlete ait hastanelerde çalışan maaşlı uzman doktorlar (danışmanlar olarak bilinmektedir), hemşireler ve diğer sağlık hizmetleri profesyonelleri (fizik tedavi uzmanları, röntgen uzmanları) tarafından sunulmaktadır (Boyle, 2008: 1; Hassenteufel vd., 2010: 523-524; Boyle, 2011: 23).

İngiltere’de nüfusun tamamına yakını bir pratisyen hekime kayıtlı bulunmaktadır. Bireyler belirli bir coğrafi alanla sınırlı olmak şartıyla pratisyen hekimlerini seçmekte serbesttirler. Pratisyen hekimi değiştirmenin temel nedeni ise ikamet edilen yerin değiştirilmesinden kaynaklanmaktadır. Acil durumlar dışında, pratisyen hekimine gitmeden doğrudan ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine başvuranlar aldıkları hizmetin bedelini ödemek zorunda kalmaktadırlar. Pratisyen hekimler ikinci basamak sağlık hizmetleri için kapı tutucu işlevi görmektedir, birinci basamak sağlık hizmetleri

vermekte ve hastane hizmetlerine erişimi de kontrol altında tutmaktadırlar (Boyle, 2008: 1; Yıldırım ve Yıldırım, 2011a: 452-453).

1997 yılında, İşçi Partisi Hükümetinin iktidara geldiği seçim sonrasında satın alıcı ve hizmet sunucular arasındaki temel ayrımın aynı kalmasına rağmen, NHS'nin yapısında önemli değişiklikler meydana gelmiştir. İzleyen yıllarda, çok sayıda yapısal reorganizasyonlar gerçekleştirilmiş; semt sağlık otoriteleri PCTs ile değiştirilmiş, bölge sağlık otoriteleri SHAs stratejik sağlık otoriteleri ile değiştirilmiş ve bazı NHS hastane birliklerine FTs (Temel Hastane Birlikleri) (Foundation Trusts) olarak Sağlık Bakanlığı tarafından daha fazla bağımsızlık verilmiştir (Boyle, 2011: 27-28). 1997 yılından itibaren hem Özel Finans Girişimi (Private Finance Initiative) (PFI) 30 yıldan fazla bir dönem için NHS adına özel şirketler ile anlaşmalar yapma ve onları işletme hem de bağımsız sektör tedavi merkezleri (independent sector treatment centers) (ISTCs) aracılığı ile NHS hizmet sunumunun içerisine özel sektörün de zorunlu olarak katılması ile NHS hizmet sunumunda özel sektörün katılımı önemli derecede artmıştır. Küçük fakat önemli boyutta bir özel sektör daha önce de NHS için hizmet sunmaktaydı ancak 2000 yılından sonra bu durum resmi hale gelmiştir. (Boyle, 2011: 28; Yıldırım ve Yıldırım, 2011a: 453).

Hükümet daha fazla hizmetin hastaneler dışında sunulmasını kabul etmiştir, buradaki amaç erişimi kolaylaştırmak gibi görünse de asıl amaç hastane kabul gereksinimlerinden kaçınmak için, acil durumlarda kabul edilme riski bulunan kişileri hedeflemektedir. Buradaki öncelikli amaç en korumasız insanlara odaklanarak acil serviste yatılan günlerin 2003-2004 ve 2008 yılları arasındakinden %5 kadar azaltılmasıdır. Hastaneye kabul edilme riski bulunan kişileri belirleme yöntemlerini içeren araştırmalar tarafından desteklenen yerel düzeyde çok sayıda proje geliştirilmiştir. (Boyle, 2011: 369-372).

2.4.2. Almanya

Almanya'da kamu tarafından finanse edilen (sosyal) sağlık sigortası yıllık geliri 48,000 Euro'nun altında olan işçiler ve onların bağımlıları için zorunludur. Gelirleri bu miktardan üzerinde olan işçiler şu anda sigortalı olmak zorunda değildir. Eğer isterlerse, gönüllü olarak bu sigorta programının kapsamında kalabilmekte, özel sağlık sigortası satın

alabilmekte ya da sigortasız kalabilmektedirler. Sosyal sağlık sigortası nüfusun yaklaşık %88'ini kapsamaktadır. Bunların dörtte üçü kamu ya da özel sağlık sigortası arasında seçim yapabilmektedir (nüfusun %20'sinden daha azı) ve bağımlılar için ücretsiz sigorta sağlayan kamu finansmanlı sigorta programını seçmektedirler. Geriye kalanların çoğu özel sağlık sigortası satın almaktadır. Çoğunlukla devlet memurları ve kendi hesabına çalışanlardan oluşan %10'luk bir bölümü özel sağlık sigortasının kapsamında bulunmaktadır. Hiçbir sigorta kapsamında bulunmayanların oranı nüfusun %1'inden daha azdır. Bu gruba her geçen gün çok düşük gelirli oldukları için özel sigorta primlerini ödeyemeyen serbest çalışanlar da katılmaktadır. 2009 yılından itibaren, sağlık sigortasının önceki sigorta ve/veya iş statüsüne bağlı olarak tüm nüfus için zorunlu olması yönünde çalışmalar yapılmaktadır (Busse, 2008: 5; Öcek, 2007: 86-87).

Kamu finansmanlı yardımlar paketi; koruyucu hizmetler, yatarak ve ayakta tedavi hizmetleri, doktor hizmetleri, ruh sağlığı hizmetleri, diş bakımı, reçeteli ilaçlar, rehabilitasyon ve hastalık izni tazminatını kapsamaktadır. Uzun dönem bakım hizmetleri ise 1995 yılından itibaren tüm nüfus için zorunlu olan ayrı bir sigorta programı tarafından kapsama alınmaktadır. Geleneksel olarak kamu finansmanlı program az sayıda maliyet paylaşımı hükümleri yüklemektedir (temelde ilaç ve diş bakımı için). Bununla birlikte, 2004 yılında yetişkin bireylerin doktorları ve diş hekimlerini ziyaretlerinde katılım payları uygulanmaya başlanmıştır. 18 yaşın altındaki çocuklar maliyet paylaşımından muaf tutulmuştur. Maliyet paylaşımı genellikle en fazla hane halkının yıllık gelirinin %2'si ile sınırlandırılmıştır (kronik hastalar için %1). İlave aile üyeleri için hane halkı gelirinin oranı bu hesaplamanın dışında tutulmuştur (Busse, 2008: 5).

Kamu finansmanlı program 200'den fazla birbiri ile rekabet eden hastalık fonları olarak da bilinen, sağlık sigortası fonu tarafından işletilmektedir. Hastalık fonları; özerk, kâr amacı gütmeyen, hükümet tarafından düzenlenen hükümet dışı kurumlardır. Program yıl içerisinde kazanılan ilk 43,000 Euro zorunlu katkılar tarafından finanse edilmektedir. Ortalama olarak, işçi brüt gelirinin %8'i kadar katkıda bulunmakta iken, işveren %7 oranında katkıda bulunmaktadır. Bağımlı kişiler temel hastalık fonu (SF) üyeleri vasıtası ile kapsama alınmaktadır. İşsiz kişiler işsizlik ödenekleri ile orantılı olarak katkıda bulunmaktadır, fakat 2004 yılından itibaren iş kurumu uzun dönemli işsiz kişiler için kişi

başına sabit oranlı bir katkı ödemektedir. Şu anda, hastalık fonları diğer tüm üyeler için onların kendi katkı oranlarını belirleme yetkisine sahip bulunmaktadır. 2005 yılında, kamu finansman kaynakları toplam sağlık harcamalarının %77,2'si olarak hesaplanmıştır. Özel sağlık sigortası ise toplam sağlık harcamalarının %9,1'i olarak hesaplanmıştır. (Busse, 2008: 5; Hassenteufel vd., 2010: 521-522). Doktorların özel sağlık sigortası sahibi kişilerden elde ettikleri gelirin daha fazla olması sebebi ile bu gruba daha nitelikli hizmet sundukları ve daha iyi davrandıkları belirtilmektedir. Özel sağlık sigortası primleri risk düzeyine göre belirlenmektedir. Aile bireyleri için ek prim ödenmesi gerekmektedir. Özel sağlık sigortaları yüksek risk grubunda bulunan kişileri kabul etmemektedirler, ancak kronik hastalığı bulunduğu için bir kişinin sözleşmesini iptal etme hakları da bulunmamaktadır. Özel sağlık sigortasından sosyal sağlık sigortasına geçmek çok zordur. Özel sağlık sigortası sahipleri aldıkları hizmetlerin ücretini doğrudan ödemektedirler, daha sonra yaptıkları ödemenin tamamını ya da bir bölümünü geri almaktadırlar. Tamamlayıcı sigorta en çok hastanede özel doktor tedavisi ve özel hastane odası için yaptırılmaktadır (Öcek, 2007: 89).

1988 yılından 2004 yılına kadar olan dönemde sağlık politikalarını özetleyecek olursak, temel hedefin harcamaların kısılması olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetlerindeki önemli siyasi müdahaleler öncelikle sosyal sağlık sigortasının mali açıklar verdiği dönemlerde olmaktadır. Hastalık fonları ve sağlık hizmeti sağlayıcıların sabit oranlı katkı payı politikası aracılığı ile maliyet kontrolü hedefini izlemeleri gerekmektedir. Bu gereklilik prim oranlarındaki artış düzeyi ile prim gelirlerindeki artış oranının birbirini dengelemesi ile tanımlanmaktadır. Alman tarzı maliyet kontrolünün arkasındaki temel ilke, gelir odaklı harcama politikası ile sabit katkı payı oranlarının garanti altına alınmasıdır. Önemli reformlardan biri gittikçe yaşlanan toplumun ihtiyaçlarını karşılamak ve özel ve belediyeye ait kaynakları rahatlatmak için 1995 yılında başlatılan uzun dönem bakım için zorunlu sigorta uygulamasıdır (Freeman, 1998: 396-397; Busse ve Riesber, 2004: 185-187).

Alman zorunlu sağlık sigortası kapsamında sunulan teminat paketi; sosyoekonomik koşullar, tıbbi ve teknik gelişmeler sonucunda yeniden değerlendirilmeye başlanmıştır. Son yıllarda artan sağlık harcamaları nedeniyle maliyetleri kontrol altına almaya yönelik

politikalar uygulanmaktadır. Bu amaçla 2006 yılında yapılan sağlık reformunun getirdiği en önemli yeniliklerden biri 2009 yılında yürürlüğe girecek olan Sağlık Fonu'dur. İşçi ve işverenlerin gelir düzeylerinden bağımsız olarak ödeyecek oldukları katılım payları ile kurulacak olan fona özel sigorta sahibi olanlar katılamayacaktır. Ayrıca işçilerin sosyal sağlık sigortasına ödedikleri katılım paylarının artırılması, işverenlerin sosyal güvence için yaptıkları maaşa ek ödemelerin ise %1 oranında azaltılması öngörülmektedir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011a: 420; Öcek, 2007: 92-95).

2.4.3. İskandinav ülkeleri

İskandinav ülkeleri başlığı altında İsveç, Danimarka ve Norveç sağlık sistemlerindeki reform uygulamaları ele alınacaktır.

İsveç'te sağlık reformu uygulamaları 1982 yılında çıkarılan ve il yönetimlerine sağlık hizmeti sunumu görevlerinin yanında mali ve siyasi sorumluluklarda veren Sağlık ve Tıbbi Hizmetler Kanunu ile başlamıştır. 1985 yılındaki reform uygulaması ile kamu ve özel sağlık kurumlarındaki ayakta tedavi hizmetlerinin maliyetinin karşılanması ile ilgili sorumluluk, İsveç sosyal sigorta kurumundan alınarak il yönetimlerine verilmiştir. 1992 yılındaki Adel reformunun amacı ise yaşlıların ve engellilerin uzun süreli bakımları ile ilgili sorumlulukların il yönetimlerinden alınarak yerel belediyelere verilmesiydi. 1995 yılındaki ruh sağlığı reformu psikiyatri hastalarının yaşam kalitesini arttırmayı amaçlamaktaydı. 1997 yılında sağlık hizmetlerindeki önceliklerle ilgili kanuna konulan ek maddelerle daha çok ihtiyacı olan hastalara öncelik verilmesi hedeflenmiştir. 1998 yılında yapılan ilaç reformu ile il yönetimleri reçete edilen ilaçların maliyetinden tamamen sorumlu hale getirilmiştir. 1997 yılında gerçekleştirilen Ulusal İlaç Ödeneği Planı ile hastaların ilaçlar için ödedikleri katılım payları tıbbi tedavi ücretinin üst sınırından ayrı olarak düzenlenmiştir. Vizite ücretleri konusundaki en önemli reform 1999 yılındaki Diş Bakım Reformu ile gerçekleştirilen sabit ve değişken sübvansiyonlarla ilgili uygulamalar olmuştur. Reformu izleyen ilk yılda hastalar vizite ücretlerindeki ortalama %18 oranındaki artışı karşılamak zorunda kalmışlardır (Tüzün, 2006: 368; Yıldırım ve Yıldırım, 2011a: 469-470; Günaydın, 2011: 345-346).

Danimarka’da sağlık hizmetlerinin büyük bölümü kullanım anında ücretsizdir. 1973 yılında ulusal sağlık sigorta sistemi kurulmuştur. Danimarka’da ikamet eden herkes için hastane hizmetleri ve pratisyen hekimlerin hizmetlerinden yararlanma kullanım anında ücretsizdir. Pratisyen hekimler kapı tutucu iştlevi görmektedirler. Dişt hekimliği hizmetleri ve sağlık muayeneleri çocuklar ile 18 yaştından küçükler için ücretsiz olarak sağlanmaktadır (vretveit, 2005: 357; Yıldıırım ve Yıldıırım, 2011a: 433-436).

Danimarka’da 1993 yılındaki reform ile hastalara istedikleri ilde ve istedikleri hastanede tedavi olma özgürlüğü verilmiştir. 1993 yılında doktorların, hastaları durumları ve farklı tedavi seçenekleri konusunda bilgilendirmelerini zorunlu kılan, hastanın onayı olmadan tedaviye baştlama ve sürdürmelerini engelleyen kanun yürürlüğe konulmuştur. 1998 yılında bilgiye eriştim, doktorun bilgiyi üçüncü kiştiler ile paylaştma konusundaki haklarını ve tedavi seçeneklerine karar verme konusunda hastanın haklarını içeren kanunlar yürürlüğe girmiştir. Aynı yıl parlamento kaliteyi güçlendirmek ve kaynakların daha etkin bir şekilde kullanılmasını sağlamak için bağımsız Hastane Faaliyetleri Değerlendirme Merkezi’ni kurmuştur. 2001 yılının şubat ayında merkez Danimarka Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Enstitüsü ile birleştmiştir. 1 Ocak 2007 tarihinden itibaren uygulanmaya baştlanan ulusal idari reform sonucunda 13 ilin yerini 5 bölge almıştır (zşahin ve Sönmez, 2006: 421-423).

Danimarka sağlık sisteminde çok önemli değerikliklerin olmamasının nedeni olarak reformu gerektirecek bir durumun olmaması gösterilmektedir. Sistemin iyi bir şekilde iştlediği dştnlmektedir (Yıldıırım ve Yıldıırım, 2011a: 436).

Norveç, hem kişt baştına düştün gelir hem de pek çok sağlık göstergesi açısından dünyanın en geliştmişt ülkelerinden biri olarak görülmektedir. Norveç’in sağlık sistemi büyük ölçüde (%85,5) kamu tarafından finanse edilmekte ve sağlık hizmetlerinde nitelik ve eriştilebilirliği hedefleyen özellikler göstermektedir. Son yıllarda önemli değeriklikler geçirmekle birlikte, sağlık alanı kamusal özelliğini yitirmemiştir (Ekuklu, 2006: 372).

Norveç’te parlamento, sağlıkla ilgili planlamaları, yasal düzenlemeleri, bütçeleri ve vergileri düzenlemekle görevlidir. Bölge sağlık yönetimleri (5 bölge); ruh sağlığı

hizmetleri, laboratuvar hizmetleri, radyoloji hizmetleri, alkol ve madde bağımlılığı tedavisi gibi özel bilgi ve donanım gerektiren sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumludurlar. Bu hizmetlerin sunumunda farklı özellikleri olan 35 sağlık kuruluşundan faydalanmaktadırlar. Yerel sağlık yönetimleri ve belediyeler, halk sağlığı hizmetlerini ve diğer sosyal hizmetleri mevzuata ve ekonomik kaynaklarına göre serbestçe planlayıp yürütebilme hakkına sahiptirler. Ancak bu serbestlikleri ekonomik kaynakları ile sınırlandırılmıştır. Bu hizmetlerin dışında, 1999 yılında başlayan ve 2008 yılına kadar ülke genelinde yaygınlaştırılması planlanan Ulusal Ruh Sağlığı Programı da yerel sağlık yönetimleri ve belediyeler tarafından yönetilmektedir. Bu programla; ruh sağlığı hizmetlerinin ülkenin her yerinde nitelikli ve ulaşılabilir hale getirilmesi hedeflenmektedir. Yerel sağlık örgütlerinin sunmakta oldukları bir başka sağlık hizmeti türü de diş sağlığı hizmetleridir. Bakıma muhtaç, kronik hastalıklı ve huzurevlerinde yaşayan yaşlıların diş sağlığı hizmetleri yerel yönetimler ve yerel sağlık yönetimlerince ücretsiz olarak verilmektedir. Bunun dışında kalan diş sağlığı hizmetleri cepten ödeme yapılarak özel diş hekimlerinden alınabilmektedir (Ekuklu, 2006: 373-375).

2.4.4. İspanya

Kamu tarafından finanse edilen ve tüm toplumu kapsayan sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi anlayışı, 1986 yılında yürürlüğe giren İspanya ulusal sağlık sisteminin temelini oluşturan Genel Sağlık Kanunu ile gerçekleştirilmiştir. Genel Sağlık Kanunu, tüm toplumun kapsama alınması, finansmanın vergilerle sağlanan genel bütçeden karşılanması, mevcut sağlık hizmetlerinin entegrasyonu, otonom bölgelerdeki sağlık otoritelerine yetki devri ve yeni bir temel sağlık hizmetleri anlayışının oluşturulmasını hedeflemektedir. Ancak sağlık hizmetlerinin finansmanında genel bütçenin, ücretlerden yapılan kesintilerin yerini alması için 1999 yılına kadar beklemek gerekmiştir. Bu gelişmelerin ışığında İspanya’da sağlık hizmetlerine erişebilen nüfusun oranı 1960 yılındaki %50 seviyesinden, 2002 yılında %100’e ulaşmıştır. Sağlık hizmetlerinin tüm toplumu kapsayacak düzeye erişmesi desantralizasyon (yetkilerin yerel yönetimlere devri) sürecinin tamamlanması ile birlikte gerçekleştirilmiştir. Merkezi hükümet sağlık hizmetlerinin sorumluluğunu otonom bölge yönetimlerine vermeye 1981 yılında Katalanya bölgesi ile başlamış ve 2002 yılında tüm bölgeler için bu süreç tamamlanmıştır.

Günümüzde bazı istisnalar (hapishaneler, askeri birlikler) dışında tüm sağlık hizmetlerinin verilmesinden otonom bölge yönetimleri sorumludur ve kendi öz kaynaklarının %60-70'ini eğitim ve sağlık için kullanmaktadırlar (Azap, 2007: 242-243; Guillen, 2011: 148-149).

İspanya'da 1986 yılında oluşturulan temel sağlık hizmetleri modeli ile birinci basamak sağlık hizmetleri ağı oluşturulmuştur. Bu merkezler kamunun mülkiyetindedir ve maaşları kamu tarafından ödenen sağlık personeli istihdam etmektedirler. Pratisyen hekimler kapı tutucu rolüne sahiptir ve ilk başvuru noktasıdırlar. İspanya'da yaşayan herkesin ilk olarak bağlı bulunduğu aile hekimine başvurması gerekmektedir. Temel sağlık hizmetlerinin fonksiyonları arasında sağlığın geliştirilmesi ve korunması, tedavi hizmetleri ve rehabilitasyon yer almaktadır. Reformlarla birlikte temel sağlık hizmetleri modeli temel bakım ekibine dayandırılmaktadır. Temel sağlık hizmetleri ekibi tam zamanlı olarak çalışmakta ve devlet tarafından istihdam edilmektedirler (Hassenteufel vd., 2010: 524-525; Yıldırım ve Yıldırım, 2011a: 462).

İspanya, GSYİH'nin %7,5'i oranında sağlık harcaması yapmaktadır. Bu harcamanın %75'ini genel bütçeden yapılan harcamalar, %25'ini ise cepten yapılan harcamalar oluşturmaktadır. Sağlık harcamalarının önemli bir bölümü (yaklaşık %75'i) hastane hizmetleri ve ilaç harcamalarından oluşmaktadır. İlaç harcamaları 1990'lı yıllarda %18 iken, 2002 yılında %23'e ulaşmıştır. Ancak araştırma ve halk sağlığı yatırımlarının harcamalardaki payı %5'in altındadır. Kişiler, özel sağlık sigortası yaptırabilmektedir. Bu sigortalar genellikle temel sağlık hizmetlerini ve bazı özellikli hastane hizmetlerini kapsamaktadır. İspanya nüfusunun 1/6'sı özel sağlık sigortası sahibi bulunmaktadır. (Azap, 2007: 243-245).

İspanya'da 1990'lı yıllarda yapılan reformlarda ağırlıklı olarak maliyetlerin sınırlandırılması üzerinde durulmuştur. Reformların temel unsurları olarak ise satın alma ve hizmet sunumunun birbirinden ayrılması çabaları belirtilebilir. Özel sağlık hizmeti sunucularının sistemdeki rolü giderek artmaktadır. Sağlık reformları ile İngiltere NHS' de olduğu gibi, kamusal yapının içerisine rekabet koşullarının ilave edilmesine yönelik bir gelişme görülmektedir. 1986 yılında çıkarılan Genel Sağlık Kanunu, sağlık

hizmetlerinde üç önemli değişikliği beraberinde getirmiştir. Bunlardan ilki, sağlık hizmetlerinin finansmanının vergilerle karşılanması, ikincisi, kamu birinci basamak sağlık hizmetlerinin genişletilmesi ve üçüncüsü sağlık hizmetlerinin sistematik bir şekilde entegrasyonunun sağlanmasıdır. İspanya sağlık sisteminde gelecekte karşılaşılabilecek güçlüklerin başında ise; maliyetlerin sınırlandırılması, temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, uzun dönem bakım ve sosyal bakım hizmetlerinin geliştirilmesi gelmektedir (Hassenteufel vd., 2010: 525; Yıldırım ve Yıldırım, 2011a: 464-465; Guillen, 2011: 151-153).

2.4.5. ABD

ABD sağlık sistemi bir aşırılık ve yoksunluk paradoksu olarak tanımlanmaktadır. Bazı kişiler sağlık hizmetlerine hiç ulaşamaz ya da çok sınırlı bir sağlık hizmeti alırken diğerleri ise maliyeti çok yüksek ve bazen aşırı olarak nitelendirilebilecek bir sağlık hizmeti almaktadır. Starfield, ABD sağlık sistemini dünyanın en az evrensel (en az kapsayıcı) ve en pahalı sistemi olarak ifade etmektedir. Cepten yapılan ödemelerin payı, sağlık güvencesi olmayanların oranından büyüktür. Çünkü cepten yapılan ödemeler sadece sağlık sigortası olmayanlar tarafından değil, sigorta şirketinin kapsamadığı hizmetler için sigortalılar tarafından da yapılmaktadır. Özel sigorta şirketleri genellikle hastalanma riski daha düşük olan insanları sigortaladıkları için, sağlık harcamaları oranı kapsam oranından çok daha düşüktür. Ancak, kamu harcamaları oldukça yüksektir. Yaşlı ve özürlüler kamusal nitelikli Medicare ve Medicaid programlarından yararlanmaktadır. Medicare; 65 yaş ve üzerinde bulunan kişileri kapsamaktadır. Bu programdan yararlanabilmek için sosyal güvenlik sistemine kayıtlı olmak ve öncesinde en az 10 yıl ödeme yapmış olmak zorunluluğu bulunmaktadır. Bu koşulları yerine getiremeyenler için kişisel katkıda bulunarak Medicare B programına girme olanağı bulunmaktadır. Bununla birlikte yoksul ve göçmenlerin çoğunluğu bu koşulları sağlayamamaktadır. Medicaid ise çocuklu ve düşük gelirli aileleri, sakat ve körleri, yoksulluk sınırının altında bulunan ailelerdeki 6 yaşından küçük çocukları ve hamileleri, 4 kişilik yıllık geliri 18,400 Doların altında olan ailelerdeki 19 yaşından küçük çocukları kapsamaktadır (Terzi, 2007: 2-7; Oral, 2002: 92-104; Gül, 2006: 239-240).

2008 yılı rakamlarına göre, ABD vatandaşlarının %66,7'si özel poliçe şeklinde sağlık sigortasına, %24,7'si devlet güvencesi altındaki sağlık sigortasına sahip iken, %15,4'ünün herhangi bir sağlık güvencesi bulunmamaktadır. 307 milyon nüfusa sahip olan ABD'de yaklaşık 50 milyon kişinin sağlık sigortası bulunmamaktadır. 2000-2008 yılları arasındaki dönemde özel poliçe sahibi kişi sayısında yaklaşık olarak %6'lık bir azalma görülmekteyken, kamu güvencesine sahip olanlarda %4'ün üzerinde bir artış görülmektedir. Bu durum krizin de etkisi ile ABD halkının bir bölümünün giderek poliçe satın alamayacak kadar yoksul hale geldiğinin ve kamu güvencesi altına girmeye çalıştığının belirtisidir. ABD hazinesinin 2009 yılında yayınladığı bir rapora göre, reform yapılmaması halinde ABD halkının yarısı gelecek 10 yıl içinde sigortasız kalacaktır (Durmuş, 2011: 64-65)

ABD sağlık sisteminde reform çalışmalarına baktığımızda birinci Clinton hükümetinin, 1994 yılında kurulduğunda sağlık reformunu öncelikli olarak programına aldığını görmekteyiz. Sağlık hizmeti sunumunda ve finansmanında büyük değişiklikler öngören bu reform çabaları sonuçsuz kalmıştır. Yeni bir serbest piyasa girişimi niteliğinde olan ve “Managed care” adı verilen sağlık reformunun temel özellikleri, maliyet kontrolü ve sağlık alanında daha merkezi bir örgütlenme öngörmesiydi. Kişi ve hasta başına yapılan kontratlarla, sigorta şirketleri ile sağlık hizmeti sunanların risk paylaşımının sağlanması ve aşırı uzmanlaşmış sağlık hizmetlerinden birinci basamak sağlık hizmetlerine geçilmesi hedeflenmiştir. 1990'lı yıllardaki yoğun rekabet sigortacıların, hizmet alıcılar ve hizmet sağlayıcılar arasında pazarlık güçlerini arttırabilmek amacı ile konsolidasyona gitmelerine yol açmıştır. 2000 yılında “Managed care” reformunun işe yaramadığı ve destek programı “Medicare” in geleceğinin belirsiz olduğu kabul edildi. Bunun sonucunda Bush yönetiminin planı, sistemin finansmanının çalışanların önceden belirlenmiş katkılarına dayandırılması olmuştur (Terzi, 2007: 12-14).

Obama döneminde, 2011 yılının Mart ayında çıkarılan kanun; özel sağlık sigortasının zorunlu olarak herkesi kapsaması, prim ödemelerinin düşürülmesi, mevcut hastalıkların poliçe düzenlenmesine engel olmaması, ailesinin poliçesinden yararlanabilen öğrenci yaşının 26'ya uzatılması ve çok yoksullara sunulan Medicaid hizmetinin kapsamının genişletilmesi gibi hükümleri içermektedir. Durmuş'a göre; kazanım niteliğindeki bu

hükümler sorunu ortadan kaldırmak yerine sorunun üzerini örtmektedir. Kanun gerçek sorunu kâr amaçlı sağlık sistemi olarak görmediği için, bu yapıyı değiştirmeyi hedeflememektedir. Bu düzenlemeden en kazançlı çıkacak olanlar, sağlık hizmeti sunmadan sadece aracılık yaparak ve prim ödemelerini yükselterek ya da kapsam dışı bırakmaya giderek sağlık harcamalarını karşılamayarak ya da eksik karşılayarak kârlarını arttırmayı amaçlayan sağlık sigortası şirketleridir. Kanunun bu yönlerini değerlendiren Ulusal Sağlık Planı için Doktorlar (PNPH) adlı önemli bir hekim derneği bu düzenlemeyi *kanseri aspirinle tedavi etmek* olarak değerlendirmektedir. Onlara göre kanun sadece hastalığın semptomlarıyla uğraşmaktadır. Hâlbuki semptomların ardındaki gerçek, yani kansere dönüşen, sağlık hizmetini parası olana veren, yani onu metalaştıran, piyasada satılan bir mala dönüştüren, kâr hedefi ile işleyen sistemdir. Sigorta yaptıramayanlar, kapsanmayanlar ya da eksik kapsananlar, prim ödemelerinin aşırı şekilde yükselmesi, ölümlerin artması ve sistemdeki büyük boyutlara ulaşan kaynak israfı bugünkü hastalığın bazı temel belirtileridir, ancak yasa bu belirtilerle bile mücadele için yeterli görünmemektedir (Durmuş, 2011: 66-67).

2.4.6. Küba

Devrim öncesi dönemde Küba’da sağlık hizmetlerinin finansmanında üst gelir grubundakiler için özel sağlık sistemi, işçiler için sosyal güvenlik sistemi ve yoksullar için yetersiz olarak finanse edilen bir kamusal sağlık sistemi olmak üzere parçalı bir yapı bulunmaktaydı. Özel sağlık sistemi az sayıda kişi için ulaşılabilirdi. Nüfusun %20’si işverenlerin yaptığı sigortanın kapsamında bulunmaktaydı. Nüfusun büyük bir bölümü ise düşük kaliteli ve yetersiz olarak finanse edilen halk sağlığı hizmetlerine ulaşabiliyordu. Bu parçalı sistem daha çok şehirlerde, özellikle başkent Havana’da yoğunlaşmıştı ve kırsal kesimde birçok insan hiç doktor görmemişti (Kara, 2002: 20; Erkoç ve Çağlayan, 2006: 460).

Devrim sonrası dönemde ise Küba sağlık sisteminin gelişimi dört aşamada incelenebilir. Birinci aşama 1959 ve 1969 yılları arasındaki dönemi kapsamaktadır ve geçiş dönemi olarak adlandırılmaktadır. Bu dönemde sağlık hizmetlerinde bütünleşme sağlandı, hizmet sunumu için ekipler oluşturulmuş ve her aşamada toplumun desteğinin alınması

hedeflenmiştir. İkinci aşama 1970 ve 1974 yılları arasındaki dönemdir ve poliklinik aşaması olarak adlandırılmaktadır. Bu dönemde sağlık hizmetleri yaygınlaştırıldı ve temel birim olarak poliklinikler kuruldu. 1975 ve 1984 yılları arasındaki dönemi kapsayan toplum sağlığı dönemi üçüncü aşamadır. Daha geniş bir nüfusun kapsanması, hizmetlerin içeriğinin genişletilmesi ve bölgeselleşme sürecinin tamamlanması amaçlanmaktadır. 1984 yılından itibaren ise aile hekimliği-toplum temelli sağlık hizmeti aşaması sürmektedir. Bu sistemin merkezinde aile hekimleri bulunmaktadır. Temel sorumluluk polikliniklerden aile hekimlerine geçmiştir. Sağlık sistemini daha akılcı ve kamu ihtiyaçlarıyla daha uyumlu kılmak amaçlanmaktadır (Belek, 2009: 49; Brouwer, 2012: 61-62).

1989 yılında ülkede 263 hastane, 420 poliklinik, 229 kırsal ve kentsel sağlık merkezi ve iki ulusal araştırma enstitüsü bulunmaktaydı. Küba bu dönemde modern üçüncü basamak sağlık kurumlarına, genetik araştırma programlarına, altı kalp hastalıkları merkezine, bir oftalmoloji (göz ve göz hastalıkları) hastanesine sahip bulunmaktaydı (Erkoç ve Çağlayan, 2006: 461).

Hastaneler koruyucu, tedavi ve rehabilite edici hizmetleri sunmaktadırlar. Birinci basamak ile hastane bakımı bütünleştirilmiştir. Belediye polikliniklerinde acil müdahale için birim ve donanım bulunmaktadır. Hastaneye uzak bölgelerde 2004 yılında belediye yoğun bakım birimleri kurulmaya başlanmıştır. Buralarda acil ve ilk yardım hizmetleri verilmektedir. Diş sağlığı hizmetleri diş kliniklerinde, polikliniklerde ve hastanelerde verilmektedir. Ayrıca üçüncü basamak hastanelerinde cerrahi hizmetleri sunan birimler bulunmaktadır. Polikliniklerde doktor ve hemşireler vasıtası ile toplum temelli aile planlaması ve doğum risklerinin yönetimi programı yürütülmektedir. Bütün cerrahi işlemlerin sonuçlarını izlemek üzere Ulusal Kardiyoloji ve Kardiyovasküler Cerrahi Ağı kurulmuştur. Bu ağın içinde birinci basamak birimleri de bulunmaktadır. Benzer bir yapılanma organ nakli konusunda da görülmektedir (Belek, 2009: 50-51).

3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Dönüşümü

Bu bölümde Türkiye’de sağlık politikalarının gelişimi dönemler itibarıyla ele alınacaktır. İzleyen kısımda 2003 yılında uygulanmaya başlanan Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı irdelenecektir. Son olarak ise Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın temel bileşenleri ele alınacaktır.

3.1. Türkiye’de Sağlık Politikaları

Türkiye’de sağlık politikalarının tarihsel gelişimi ele alınırken bu çalışmada 1920 öncesi dönem, 1920-1960 yılları arasındaki dönem, 1960-1980 yılları arasındaki dönem, 1980-2002 yılları arasındaki dönem ve 2003 yılı sonrası dönem şeklinde beş dönem altında ele alınacaktır⁷.

3.1.1. 1920 öncesi dönem

Bu dönemde ilk sağlık kuruluşu 1206 yılında Kayseri’de Gevher Nesibe Sultan Hastanesi ve Tıp Medresesi adı altında kurulmuştur. Aynı dönemde Selçuklular; Sivas, Divriği, Kastamonu, Aksaray, Mardin, Konya, Erzincan, Akşehir, Amasya, Çankırı ve Erzurum’da hastaneler kurmuştur. Başka ülkeler cüzzamlılara insanlık dışı davranışlarda bulunurken, Selçuklular Anadolu’da ‘Cüzzam Yurtları’ açarak cüzzamlıların bakımını amaçlamışlardır. Selçuklular döneminde, yurtdışından hekim getirilmiş ve bu hekimler tedavinin dışında, Türk hekimlerinin yetişmesinde de görev almışlardır (Serter, 1994a: 221-222).

Selçuklu döneminin ardından, sistemli bir sağlık hizmeti uygulamasına örnek olarak Osmanlı dönemini verebiliriz. Osmanlılar var olan Vakıf hastanelerini koruyarak, bunlara yeni hastaneler ilave etmişlerdir. Bu dönemde çevre sağlığı, yol ve bayındırlık hizmetleri ile sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi sağlanmıştır (Bulut, 2011: 111). Osmanlı

⁷ Ancak Türkiye’de sağlık politikalarının tarihsel gelişimini amaçlarına göre farklı dönemler altında ele alan çalışmalarda bulunmaktadır (Soyer, 2003: 301-319; Bakar ve Akgün, 2005: 339-352; Akdur, 2006: 23-33; Aksoy, 2007: 43-54; Ağartan, 2008: 129-263; Yaşar, 2008: 157-170; Ulutaş, 2011: 149-179; Sülkü, 2011: 3-14).

İmparatorluğu döneminde Fatih Sultan Mehmet zamanında Hekimbaşılık müessesesi kurulmuş (1469) ve hekimbaşılara bütün sağlık hizmetlerini yürütme görevi verilmiştir. 1849 yılına kadar, 380 yıl süren Hekimbaşılık döneminde 46 hekimbaşı görev yapmıştır (Serter, 1994a: 221).

Hekimbaşının sorumluluğu sarayda yaşayanların sağlık durumlarıyla ilgilenmek, hekimlerin bilgilerini değerlendirmek ve bilgilerini yeterli bulmaması durumunda, hekimlik hizmeti verme haklarını ellerinden almak olarak belirlenmiştir. Osmanlı'da Avrupa tarzında ilk tıp okulu ise 19. yüzyılda kurulmuştur (Akdur, 1999: 11; Bulut, 2011: 111-112).

3.1.2. 1920 – 1960 yılları arasındaki dönem

1920-1960 yılları arasındaki dönem kendi içinde 1920-1946 dönemi ve 1946-1960 dönemi olmak üzere iki ayrı dönem halinde incelenebilmektedir.

i) 1920-1946 dönemi

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin birinci derecede devlet görevi olarak ele alınışının başlangıcı Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin (TBMM) kurulması ile olmuştur. İlk defa TBMM hükümeti bünyesinde 3 Mayıs 1920 tarihinde 3 sayılı Kanun ile Sağlık Bakanlığı kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı'nı kuran kanunun kabulünden sonra, TBMM Hükümeti'nin ilk sağlık bakanı olarak atanan, Dr. Adnan Adıvar göreve başlamıştır. Ancak, Kurtuluş Savaşı'nın ağır koşullarının yaşanıyor olması, Osmanlı döneminden kalan sağlık örgütlenmesinin zayıf olması her şeyin yeniden kurulmasını gerektirmekteydi. Bu nedenle de, günümüze miras kalan ve tüm ülkeye yayılan sağlık alt yapısının başlangıcının bu dönem olduğu ileri sürülmektedir. Bu dönem savaş sonrası yapılanma dönemi olarak da ifade edilmektedir (Bakar ve Akgün, 2005: 340; Akdur, 2006: 24-25).

Adnan Adıvar'dan sonra, 1921 yılında bakanlığa atanan Dr. Refik Saydam, kısa süreli aralıklar dışında, 1937 yılına kadar bu görevi sürdürmüştür. Refik Saydam döneminde,

illerde Sağlık Müdürlükleri ilçelerde Hükümet Tabiplikleri kurularak, sağlık örgütünün yapı taşları oluşturularak sağlık hizmetlerinin tüm yurda yayılması sağlanmıştır. Birinci basamağa ve koruyucu hizmetlere önem ve öncelik verilerek bu hizmetler doğrudan merkezi hükümet tarafından üstlenilerek genel bütçe olanakları ile finanse edilmiştir. Yataklı tedavi hizmetlerinin yerel olanaklarla çözülmesi kabul edilmiş ve yerel yönetimlere öncülük yapmak amacıyla numune hastaneleri kurulmuştur (Bakar ve Akgün, 2005: 341; Akdur, 2006: 25).

1928 yılında 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun çıkarılarak sağlık personelinin yetki ve sorumlulukları belirlenmiş ve hizmet disiplin altına alınmıştır. 1930 yılında, 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu çıkarılmış ve sağlık hizmetlerindeki uygulamaların temelleri belirlenmiştir. 1936 yılında ise, 3017 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memurin Kanunu çıkarılmış, böylece Bakanlık merkez ve taşra örgütünün kuruluşu tamamlanarak, yetki ve sorumlulukları açık bir şekilde ifade edilmiştir. Bu kanunlarla birlikte, sağlık yönetimi ve uygulamalarının temelleri oluşturulmuştur (Akdur, 1999: 12; Akdur, 2006: 26).

Bu dönemde sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlık insan gücünün ne kadar önemli olduğunun farkına varılmıştır. Bu nedenle yoksul çocukların okuyabilmesi için yataklı tıp öğrenci yurtları açılmış ve mecburi hizmet uygulaması getirilmiştir. 1923 yılında ülkede 554 hekim bulunmakta iken, 1930 yılında 1182 ve 1940 yılında 2387 hekim rakamına ulaşılmıştır. Ayrıca koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan personele daha yüksek bir ücret politikası uygulanarak, personelin hükümet tabiplikleri ve koruyucu hizmet birimlerinde çalışmaları teşvik edilmiştir. Refik Saydam döneminde, tüm sağlık hizmetleri devletin asli bir görev ve sorumluluğu olarak görülmüştür. Görevlerin devletin çeşitli organları arasında dağıtılmış olması ile birlikte, bu hizmetlerin denetimi ve sağlık personeli atama yetkisi Sağlık Bakanlığı'nda toplanarak hizmetler merkezileştirilmiştir (Serter, 1994a: 223; Bakar ve Akgün, 2005: 341; Akdur, 2006: 26).

1945 yılında Olağanüstü Sıtma Mücadele Kanunu çıkarılmış, bu kanunu 1949 yılında verem hastalığı ile mücadeleyi amaçlayan örgütlerin kuruluşu izlemiştir. 1945 yılında SSK kurulmuştur (Serter, 1994a: 224; Akdağ, 2011a: 22).

ii) 1946-1960 dönemi

Tek partili dönemin sona ermesi ile birlikte 1946 yılında yeni bir dönem başlamış ve 1960 yılına kadar sürmüştür. Dr. Behçet Uz dönemi olarak adlandırılan bu dönemde sağlık politikalarının düzenlenmesinde merkezden yönetim başlamış ve kamu sağlık kurumlarının sayısı artırılmıştır. Bu dönemde çıkarılan kanun ve uygulanan politikaların amacı sağlık örgütlenmesini 7 bölgeye ayırarak sağlık hizmetlerini tüm yurda yayabilmektir (Akdur, 1999: 13; Bakar ve Akgün, 2005: 341; Özseven vd., 2013: 4-5).

1954 yılında, 6134 sayılı Kanun ile il özel idarelerine, belediyelere ve vakıflara bağlı hastaneler Sağlık Bakanlığı'na bağlanarak, kamuya ait hastanelerin yönetimi tek elde toplanmış ve tümüyle merkezi hükümetin görev ve sorumluluğuna bırakılmıştır (SSK, Milli Savunma Bakanlığı (MSB) ve Üniversite Hastaneleri dışında). Bu durumun bir sonucu olarak, bir taraftan il ve ilçe hastanelerinin açılması hızlanarak, sadece büyük şehirlerde bulunan hastane hizmetlerinin tüm Türkiye'ye yayılmasında önemli başarılar sağlanırken, diğer taraftan da mevcut hastanelerdeki hizmetlerde iyileşmeler sağlanmıştır. Bu dönemde, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin bütünleştirilmesi ve hizmet birimlerinin genel idareden ayrılarak nüfus esasına göre kurulması gibi amaçların kabul edildiği görülmektedir. Bu sayede, koruyucu ve tedavi edici hizmetleri ayrı ayrı ele alan, yataklı tedavi hizmetlerini yerel yönetimlere bırakan anlayış terk edilerek sağlık hizmetlerinin tümü merkezi hükümetin görev ve sorumluluğu haline getirilmiştir (Akdur, 1999: 13-14; Akdur, 2006: 27).

3.1.3. 1960 – 1980 yılları arasındaki dönem

1960'lı yıllara gelindiğinde Türkiye, İnsan Hakları Beyannamesini imzalamış ve WHO Anayasası ekseninde, 'sağlıklı doğup sağlıklı yaşamının insan hakkı olduğu', bunu sağlamanın bir kamu görevi olduğu düşüncesiyle, sağlığa Anayasal bir boyut kazandırılmıştır. 1961 Anayasası'nın 49. maddesinde sağlık hakkı şu şekilde vurgulanmıştır: "Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır". Böylece sağlığın temel bir

insan hakkı olduğu anayasa ile güvence altına alınmıştır. 1961 yılında yürürlüğe giren 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun, dar alanda geniş kapsamlı hizmet ilkesi ile bu ihtiyacı gidermiştir. Bu bağlamda, sağlık hizmetlerinin yaygın, sürekli, entegre, kademeli ve halkın ihtiyaçlarına yönelik olarak sunulması hedeflenmiştir. Ulusal sağlık hizmetlerinin sunumunda kademeli, il içinde bütünleşmiş bir yapı kabul edilmiş ve sağlık evleri, sağlık ocakları, ile ve il hastaneleri şeklinde bir yapılanmaya gidilmiştir. 224 sayılı Kanun sağlık hizmetlerinden yararlanmada sevk sistemini de getirmiştir. 224 sayılı Kanunun getirdiği bir başka uygulama ise, sosyalleştirmenin uygulandığı bölgelerde, ilaç ve tedavi hizmetleri için hizmeti kullananlardan hiçbir ücret alınmamasıdır. (Akdur, 2006: 29; Aksoy, 2007 : 47-48; Bulut, 2011: 115; Akdağ, 2011a: 23; Sülkü, 2011: 4; Ulutaş, 2011: 158; zseven vd., 2013: 5).

Sosyalleştirme uygulamasına 1963 yılında Muş ilinde başlanmıştır. Muş ilini Bitlis, Hakkri ve Van illeri izlemiş, eğitim ve ğretim konusunda da yararlanılmak üzere Ankara ilinden bağımsız olarak Etimesgut bölgesi de sosyalleştirme kapsamına alınmıştır. Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin 1977 yılında tüm Türkiye’ye yayılması hedeflenmiştir. 1982 yılında ise, her 5000 kişiye bir sağlık ocağı kurulmasının tamamlanması öngörülmüştür. Sosyalleştirme programı tüm Türkiye’de uygulanmaya başlandığında, belirli bir sistemden yoksun olarak ve farklı kuruluşlar tarafından yürütülen hizmetlerin doğurduğu sorunların çözülmesi ve var olan kaynakların en etkin şekilde kullanılması amaçlanmıştır (Akdur, 1999: 15; Akdur, 2006: 29-30; Ulutaş, 2011: 158).

224 sayılı Kanun, sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımı doğuştan kazanılmış bir hak ve bu hakkın gereğinin devlet tarafından yerine getirilmesi gerektiği anlayışını yazılı olarak ifade eden bir kanun olması bakımından ayrı bir önem taşımaktadır. Bu Kanun ile amaçlanan sağlık hizmetlerinin tümüyle bütünleştirilmesi ve tek elden tüm Türkiye’ye sunulmasıdır. Ancak izleyen yıllarda iktidara gelen hükümetlerin uyguladıkları politikalarla, bu kanunun benimsediği sağlık politikası çelişmiştir. Bunun bir sonucu olarak, sosyalleştirme programı başarılı bir şekilde uygulanamamıştır (Akdur, 2006: 30; Yaşar, 2007: 124).

1965 yılında 554 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun çıkarılmıştır. Böylece; nüfusu arttırıcı politikadan, nüfus artış hızını sınırlayıcı bir politikaya geçilmiştir (Akdağ, 2011a: 23). Ancak 2008 yılının Ekim ayında yürürlüğe konulabilen Genel Sağlık Sigortası ilk kez bu dönemde gündeme gelmiştir. 1967 yılında Genel Sağlık Sigortası hakkında bir Kanun Taslağı hazırlanmış, ancak Bakanlar Kuruluna gönderilememiştir. 1969 yılında İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması tekrar öngörülmüştür. 1971 yılında ise Genel Sağlık Sigortası Kanun Taslağı, TBMM'ye gönderilmiş fakat kabul edilmemiştir. 1974 yılında Meclis'e tekrar sunulan taslak görüşülmemiştir (Aksoy, 2007: 49; Yaşar, 2007: 99-100; OECD ve Dünya Bankası, 2008: 33; Akdağ, 2011a: 23; Sülkü, 2011: 4).

1978 yılında 2162 sayılı Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun çıkarılmıştır. Bu Kanun ile kamu personeli olan doktorların özel muayenehane açması yasaklanmıştır. 1980 yılında 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile bu kanun yürürlükten kaldırılarak tekrar muayenehane açma serbestliği getirilmiştir. Türkiye'de sağlık hizmetleri 1980 öncesi dönemde, birçok ülkede olduğu gibi, daha çok bir kamu hizmeti niteliğinde bulunmaktaydı. Sağlık Bakanlığı bütçesine konulan ödenekler ile SSK'nın prim gelirleri ve Hazine transferlerinden oluşan kaynaklar ile sağlık hizmeti devlet hastaneleri, SSK hastaneleri ve az sayıdaki üniversite hastaneleri ile verilmekteydi. Özel hastaneler, sadece İstanbul ve Ankara'da sınırlı sayı ve yatak kapasitesine sahip bulunmaktaydı. İlaç endüstrisi üzerinde sıkı bir denetim bulunmakta iken SSK, ilaç üretimi ve ithalatının da içinde yer almaktaydı (Aksoy, 2007: 49; Akdağ, 2011a: 23; Sülkü, 2011: 4; Sönmez, 2011: 32-33).

3.1.4. 1980- 2002 yılları arasındaki dönem

1961 Anayasası'nda yer alan insan haklarına dayalı devlet tanımı 1982 Anayasası ile değiştirilerek insan haklarına saygılı devlet şekline getirilmiştir. Sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini devlete bir görev olarak veren maddeler kaldırılarak yerine, bu hizmetleri devletin gözeteyeceğini, düzenleyeceğini ifade eden maddeler getirilmiştir. 1982 Anayasasının 60. maddesi herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir ve Devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli önlemleri alır ve teşkilatı kurar demektedir. 1982 Anayasasının 56.

maddesinde ise “Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağığı içinde sürdürmesini sağılamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arttırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir” ifadeleri yer almaktadır. Aynı maddede “genel sağık sigortası kurulabileceğine” yönelik bir hüküm de bulunmaktadır.

1980’li yılların sonlarına gelindiğinde dünyanın her yerinde egemen olan liberal ekonomik gelişmeler Türkiye’de de görülmeye başlanmıştır. Bu gelişmelerden sağık sistemi de etkilenmiştir. 1987 yılında kabul edilen 3359 sayılı Sağık Hizmetleri Temel Kanunu, kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağık kurumlarının sağık işletmesine dönüştürülebileceğini ifade etmektedir. Ayrıca kamu kurumlarında çalışan doktorların mesai saatleri dışında kurumda özel teşhis ve tedavi yapabilmelerini öngörmekte, sağık işletmesi uygulamasına geçen kuruluşa sözleşmeli sağık personeli çalıştırma yetkisi vermektedir. Ancak önemli maddeleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilen Kanunun uygulama olanağı büyük oranda yitirilmiştir. 1989 yılında ulusal bir sağık politikasının oluşturulması sırasında yapılan ön çalışmalar ve 1990’da sağık sektörünün genel planının yapılmasını izleyen yıllarda Sağık Bakanlığı bünyesinde WB kredilerinin desteğıyle reformlar hazırlanması amacıyla bazı faaliyetler gerçekleştirilmiştir (Aksoy, 2007: 51-52; Yaşar, 2007: 125; Yaşar, 2008: 160; OECD ve Dünya Bankası, 2008: 33; Bulut, 2011: 118; Akdağ, 2011a: 23; Ulutaş, 2011: 168-169; Özseven vd., 2013: 5).

1992 ve 1993 yılları arasında Birinci ve İkinci Ulusal Sağık Kongreleri yapılarak, sağık reformu çalışmalarına hız kazandırılmıştır. 1992 yılında 3816 sayılı Kanunla sosyal güvenlik kapsamında olmayan düşük gelirli vatandaşlar için Yeşil Kart uygulaması başlatılmıştır. Böylelikle sağık hizmetlerine erişim bakımından yeterli ekonomik düzeyden yoksun bulunan bireylerin, sınırlı bir şekilde de olsa, sağık sigortası sisteminin kapsamına alınmaları sağlanmıştır (Yaşar, 2007: 100; Yoltar, 2009: 769-772; Bulut, 2011: 118; Akdağ, 2011a: 24; Sülkü, 2011: 5; Karadeniz, 2012: 104-105).

1990’lı yılların başından itibaren yoğunlaşan Genel Sağık Sigortası tartışmaları, iktidara gelen tüm hükümetler tarafından benimsenmiş, bu tarihten sonraki bütün kalkınma

planlarında yer almış, sadece hazırlanan tasarı ve taslaklar farklı iktidarlar döneminde farklı adlar almıştır. Tasarı ve taslak adları farklı olsa da 1990'lı yıllardaki sağlık reformu programı sağlık finansman reformu, hastaneler ve sağlık işletmeleri reformu, aile hekimliği ve birinci basamak sağlık hizmetleri reformu, teşkilat ve yönetim reformu, insan kaynakları reformu ve sağlık enformasyon sistemleri alanlarını kapsamaktadır. 1998 yılında Genel Sağlık Sigortası, Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı adı ile Bakanlar Kurulu tarafından TBMM'ye sunulmuş, ancak kanunlaştırılamamıştır. 2000 yılında, Genel Sağlık Sigortası ile ilgili olarak, Sağlık Sandığı adı altında bir kanun tasarı taslağı bakanlıkların görüşüne sunulmuş ancak bu girişim de sonuçlandırılmamıştır (Yaşar, 2007: 101; Akdağ, 2011a: 24; Yaşar ve Uğurluoğlu, 2011: 286-287).

1990'lı yıllarda gerçekleştirilen Sağlık Reformu çalışmalarının temel hedefleri şu şekilde özetlenebilir:

- i) Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak genel sağlık sigortasının kurulması,
- ii) Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği bünyesinde geliştirilmesi,
- iii) Hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi,
- iv) Sağlık Bakanlığı'nın koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir şekilde yeniden yapılandırılması.

Bu dönem önemli teorik çalışmaların yapıldığı ancak bu çalışmaların yeterince uygulama alanı bulamadığı bir dönem olmuştur (Akdağ, 2011a: 24; Sülkü, 2011: 5).

3.1.5. 2003 yılı sonrası sağlık politikaları: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı

2003 yılında AKP'nin iktidara gelmesiyle birlikte sağlık sistemi gündeme taşınmış ve Ocak 2003'te Acil Eylem Planı ve Kamusal Yönetim Reformu başlığı ile bir dizi faaliyet gerçekleştirme hedefi belirlenmiştir. Bu hedefler arasında, "Herkes Sağlık" başlığı ile Sağlıkta Dönüşüm Programı da bulunmaktadır (Aydın, 2011: 79-80). Reform kelimesinin geçmişteki başarısızlıkları hatırlatması nedeniyle bu başlık seçilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amaçları; sağlık hizmetlerini etkin ve üretken bir biçimde, eşitlik içinde düzenlemek, finanse etmek ve sunmaktır. Program'ın temel ilkeleri insan merkezli olma; sürdürülebilir, sürekli kalite gelişimi içinde paylaşımcı, gönüllülüğe dayanan, güçlerin dağılımını sağlayan bir işleyiş oluşturma; yerinden yönetim ve hizmette rekabet unsurlarına yer verme olarak belirtilmektedir (Bakar ve Akgün, 2005: 346; Hamzaoglu ve Yavuz, 2006: 277; Aksoy, 2007: 53-54; Bulut, 2011: 119; Ağartan, 2008: 265-267; Akdağ, 2008a: 20; Akdağ, 2011c: 11).

"Herkes Sağlık" başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedefler yer almıştır. Bu hedefler şu şekilde ifade edilebilir: (Akdağ, 2008a: 20).

- i) Sağlık Bakanlığı'nın idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması,
- ii) Tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamı altına alınması,
- iii) Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması,
- iv) Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,
- v) Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,
- vi) Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi,
- vii) Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
- viii) Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi,
- ix) Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri,
- x) Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi,
- xi) Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amacı ise; yönetim, verimlilik, kullanıcı ve hizmet sunucu memnuniyeti ile uzun vadeli mali sürdürülebilirliği iyileştirerek sağlık sistemini daha etkili hale getirmek şeklinde ifade edilmiştir (OECD ve Dünya Bankası, 2008: 36).

Sağlıkta Dönüşüm Programı sekiz tema etrafında dönüşümü hedeflemektedir. Bu temalar; (Hamzaoglu ve Yavuz, 2006: 278; Akdağ, 2007: 17; Akdağ, 2008a: 20; Çelikay ve Gümüş, 2011: 59-60; Akdağ, 2011c: 11; Ulutaş, 2011: 176).

- i) Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı,
- ii) Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası,
- iii) Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmeti sistemi,
 - a) Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği,
 - b) Etkili, kademeli sevk zinciri,
 - c) İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
- iv) Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyon ile çalışan sağlık insan gücü,
- v) Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
- vi) Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
- vii) Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
- viii) Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık bilgi sistemi.

2003 ve 2008 yılları arasındaki dönem sağlık alanında köklü değişimlerin olduğu bir dönem olmuştur. 2003 yılı başında uygulamaya konulan program, başta sosyalizasyon olmak üzere geçmiş birikim ve deneyimlerden, son dönemlerde yürütülen sağlık reformu çalışmalarından ve dünyadaki başarılı örneklerden esinlenilerek oluşturulmuştur (Akdağ, 2008b: 21-22; Akdağ, 2011a: 25).

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Sağlık Bakanlığı'nın planlama ile birlikte denetim yapması genel sağlık sigortasının ise herkesi kapsaması öngörülmüştür (Hamzaoglu ve Yavuz, 2006: 278-279; Hamzaoglu, 2007: 425-427; Sülkü, 2011: 6). Belirlenen hedeflere göre, bireyler sağlık hizmetlerine, yüksek motivasyon ve yeterliliğe sahip sağlık çalışanlarına ülkenin her yerinde ulaşabileceklerdir (Bulut, 2011: 119).

Bununla birlikte, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın özgün bir program olmadığı, WB'nin görüş ve önerileri ile biçimlendirilmiş bir proje olduğu yönünde görüşler de bulunmaktadır (Hamzaoglu ve Yavuz, 2006: 275; Yaşar, 2008: 164-165; Ağartan, 2008: 282-290; Elbek ve Adaş, 2009: 35; Yaşar, 2011: 117-118; Sönmez, 2011: 33-38). Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temelini, Genel Sağlık Sigortası ve Temel Teminat Paketi; birinci basamak sağlık hizmetlerinde sağlık ocağı sisteminden aile hekimliği sistemine geçilmesi; SSK'nın tasfiye edilerek SSK sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı'na devri ve özelleştirilmeleri için alt yapının hazırlanması; tüm sağlık çalışanlarının sözleşmeli personel olarak istihdam edilmesi oluşturmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın en çok eleştirilen yönü, sağlık hizmetlerinde kamunun ağırlığının azalması, özel sektöre ve bireysel sorumluluğa artan bir şekilde önem verilmesi ve sağlık hizmetlerine rekabet ve sözleşme gibi piyasa araçlarının uygulanmasını içeren yeni liberal eğilimlerdir (Yaşar, 2007: 101; Hamzaoglu, 2007: 424-425; Ulutaş, 2011: 177; Yaşar, 2011: 116).

Sağlık alanında, hükümet yetkilileri tarafından özel sektörün hizmet sunumunda kamudan daha etkin bir şekilde çalışacağına inanılmaktaydı. Özel hastanelere ve ekonomik çıkarları doğrultusunda faaliyet gösteren doktorlara sonuna kadar güven duyulmaktaydı. Bu noktada iki temel sorun ortaya çıkmaktadır. Bunlardan biri ekonomiktir ve normal bir piyasa malı olmayan sağlık hizmetlerinin sunumu piyasaya bırakıldığında, hem hizmet kalitesinin düştüğü hem de harcamaların arttığı farklı ülke örneklerinde görülmektedir. İkinci sorun, doktorla hastayı ticari bir ilişki içinde karşı karşıya getiren bir sistemin hasta haklarını korumakta başarısız olacağını görememekten kaynaklanmaktaydı. Tabipler Birliği ve çeşitli meslek örgütleri bu sorunları güçlü bir şekilde ifade ettiler. Ancak eleştiriler, eski sistemin sorunlarına ve bu sistemin dışında kalanların durumuna değinmediği, reformun gerekliliğini ve bazı olumlu yanlarını kabul etmekten kaçındığı için yeterince etkili olamamıştır (Buğra, 2010: 235-236).

3.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Temel Bileşenleri

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel bileşenleri ile sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması tanımlanmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın 8 bileşeninden ilk 4'ü sağlık sisteminde köklü değişiklikleri vurgulamaktadır. Sonraki 4 bileşen ise bu

dönüşümü desteklemeye yönelik bileşenlerdir. Aşağıda Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bu 8 bileşeni ayrıntılı olarak ele alınacaktır.

3.2.1. Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bu ilk bileşeni Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılarak sağlık hizmeti üreten bir kurum olmaktan çıkarılması, politika belirleyen, koordinasyon sağlayan ve sağlık piyasasını denetleyen ve düzenleyen bir kuruma dönüştürülmesini amaçlamaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde Sağlık Bakanlığı'nın sorumlulukları arasında şu unsurlar bulunmaktaydı:

- i) Sağlık hizmeti sunumunun planlanması ve programlanması,
- ii) Sermaye yatırımlarının onaylanması,
- iii) Bulaşıcı hastalıklar ve bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik programlar geliştirilmesi,
- iv) İlaçların üretimi, reçete yazılması ve dağıtımının düzenlenmesi,
- v) Sağlık kuruluşları inşa etme ve işletme.

Sağlık Bakanlığı, hizmet sunumu da dâhil olmak üzere birçok görev ve sorumluluğu nedeni ile taşıyabileceğinden çok daha fazla yük altında bulunmaktaydı. Bu durum Sağlık Bakanlığı'nın idari fonksiyonunu etkili bir biçimde kullanma yeteneğini azaltmaktaydı. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunumu görevini terk ederek, hastalık kontrolü, sağlık düzenlemesi, planlama ve yönetim kapasitesi, izleme ve değerlendirme, sağlığın teşviki, sağlık alanında sosyal katılım, hakkaniyetli erişimin artırılması, kalite güvencesi, insan kaynakları eğitimi, halk sağlığı, kontrol ve afet önleme araştırmaları gibi işlevlerini güçlendirmesi hedeflenmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın görevlerinin yeniden tanımlanması bağlamında bazı sorumlulukların yerel yönetimlere aktarılması gibi birçok politikadan yararlanılmaktadır. Başka bir ifade ile devlet, hizmet sunumundan geri çekilmekte, yerini özel sektöre ya da sözleşmeli doktorlara bırakmakta ve bu alandaki sorumluluklarını düzenleme ve denetleme yapmakla sınırlandırmaktadır (Hamzaoglu ve Yavuz, 2006: 276; Yaşar, 2008: 166-167; OECD ve Dünya Bankası, 2008: 28-36; Bulut, 2011: 119-120; Sülkü, 2011: 6; Ağartan, 2011a: 49).

Sağlık Bakanlığı'nın sadece organizasyon, koordinasyon, yol gösterici, denetleyici, politika üretici rollerini üstlenmesinin, Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmeti sunma görevini terk etmesi anlamına geldiği yönünde görüşler de bulunmaktadır. Bu görüşü savunanlara göre; Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmeti sunmayan bu rolü ile kamusal hizmet sunumu yerine özel sektörden hizmet satın alınması yoluna gidilecektir. Bu yeni sistemde yerel yönetimlere de kendi sınır ve sorumluluklarında bulunan alanların sağlık göstergelerini de dikkate alarak kısa, orta ve uzun vadeli yatırım programlarını belirleme sorumluluğu verilmektedir. Böylece sağlık hizmeti merkezi planlamanın dışına çıkartılarak, âdemi merkezileştirilecek, yerel yönetimler aracılığıyla sağlık hizmeti sunumu daha kolay özelleştirilebilecektir (Hamzaoglu ve Yavuz, 2006: 276; Yaşar, 2008: 166-167).

3.2.2. Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası sistemi

Sağlıkta Dönüşüm Programı, hakkaniyet ilkesi doğrultusunda, kişilerin ödeme gücü ile orantılı olarak katkıda bulunacakları ve sağlık hizmetlerini ihtiyaçları oranında alacakları bir sosyal sigorta modeli geliştirmeyi hedeflemektedir. Bu bağlamda, devlet hastaneleri ile SSK hastaneleri arasındaki ayrımcılığın ortadan kaldırılması ile kamu hastane işletim modelleri arasında birlik sağlanmıştır. Bütün sosyal güvenlik kuruluşları tarafından ortak bir ilaç veri tabanının kullanılması ile aynı standartlara dayalı, tek elden ilaç takibi ve kontrolünün yapılmasına olanak sağlayan alt yapı oluşturulmuştur (Akdağ, 2010: 37).

Genel sağlık sigortası sistemi ile sağlık hizmetlerinin kapsamı tüm vatandaşlar için ES sigortalılarına sunulan seviyeye yükseltilmiştir. Bu sayede, SSK ve Bağ-Kur sigortalılarına sunulan sağlık hizmetlerinin kapsamı artmıştır. Bununla birlikte genel sağlık sigortası, sistem olarak ES uygulamalarından önemli derecede farklılıkları da beraberinde getirmektedir. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, sosyal sigorta yardımları ile sağlık hizmeti sunumunu birbirinden ayırmıştır. Sosyal sigorta bölümünde sigortalıya yapılacak parasal yardımlar, genel sağlık sigortası bölümünde de sağlık hizmeti sunumu, kapsamı ve yararlanma koşulları düzenlenmiştir. Genel sağlık sigortasının amacı, tüm vatandaşların eşit kapsam ve kalitedeki sağlık hizmetlerine erişimini, risk paylaşımı ilkesine ve hakkaniyete dayalı olarak üst düzeye

çıkarmak; çağdaş kontrol ve takip sistemlerine dayalı, ülke kaynaklarının kötüye kullanılmasını engelleyen etkin bir yapının kurulması ile sağlık alanında finansal koruma sistemini gerçekleştirmek olarak belirtilmektedir (Akdağ, 2008: 37-38; Sülkü, 2011: 28-29; Bulut, 2011: 119; Yıldırım ve Yıldırım, 2011b: 179-187; Aydın, 2011: 86).

Genel sağlık sigortasının temel amaçlarından biri her türlü koruyucu sağlık hizmetinin uygulanmasını ve yaygınlaştırılmasını sağlamaktır. Hastalıklar ne kadar erken teşhis edilirse, tedavileri de o kadar kolay, başarılı ve ekonomik olmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, kaynaklarının gereksiz kullanımını engelleyeceği gibi, hastanelerdeki hasta yoğunluğunu da azaltmış olacaktır. Böylece kişiler sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşarak, daha etkin bir sağlık hizmeti alabileceklerdir. Genel sağlık sigortası kapsamında verilen sağlık hizmetleri ile ödenen prim miktarı arasında bir ilişki bulunmamaktadır. Gelire göre prim alınmasına karşılık, ihtiyaca göre hizmet verilmektedir. Bunun dışında genel sağlık sigortası, tedavi hizmetlerinde özel-kamu ayrımını ortadan kaldırmaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu ile protokol imzalayan özel hastanelerde yapılan her türlü tedavinin ödemesi devlet tarafından karşılanacaktır. Genel sağlık sigortası ile sağlık hizmetlerinin satın alınması tek bir kurum tarafından (Sosyal Güvenlik Kurumu) yapılacağından, bu durum fiyatların belirlenmesi sürecine olumlu olarak yansımaktadır (Gümüş, 2010: 19-20; Sülkü, 2011: 29).

Genel sağlık sigortası tüm Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarını, Türkiye’de bir yıldan fazla ikamet eden yabancıları, sığınmacı ve vatansızları kapsamına almaktadır. 18 yaş altı çocuklar koşulsuz olarak genel sağlık sigortasının kapsamına alınmışlardır. Sadece er ve erbaşılar, tutuklu ve hükümlüler ile yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olanlar kapsam dışında bırakılmaktadır. Kapsama giren kişilerin genel sağlık sigortasına katılımı zorunludur (Buğra, 2010: 234-235; Sülkü, 2011: 29-30; Ergün, 2012: 47; Karadeniz, 2012: 105; Acar, 2013: 34).

Genel sağlık sigortası kapsamında yer alan gelir testi uygulamasına göre aile içindeki kişi başına düşen aylık geliri brüt asgari ücretin üçte birinin altında olan kişiler G0 gelir grubu olarak adlandırılmakta ve genel sağlık sigortasından prim ödemeksizin yararlanabilmektedirler (Aydın, 2011: 93-94). Aile içindeki kişi başına düşen aylık geliri

brüt asgari ücretin üçte biri ile asgari ücret arasında olan kişiler G1 gelir grubu olarak adlandırılmaktadır. Aile içindeki kişi başına düşen aylık geliri brüt asgari ücret ile asgari ücretin iki katı arasında olan kişiler G2 gelir grubu olarak adlandırılmaktadır. Aile içindeki kişi başına düşen aylık geliri brüt asgari ücretin iki katından fazla olan kişiler ise G3 gelir grubu olarak adlandırılmaktadır (Acar, 2012: 41; Alper, 2012: 58).

Sosyal güvenlik alanında özelleştirme uygulamaları ve bunlara ilişkin görüşler bir bütün olarak ele alındığında özelleştirmenin, sosyal devlet olgusundan belli bir oranda uzaklaşmak anlamına geldiği görülmektedir. Bu bağlamda sosyal güvenliğin özelleştirilmesini, sosyal devletin, sosyal güvenliğin sağlanması ödevini tamamen ya da kısmen özel sektöre devretmesi şeklinde tanımlayabiliriz. Sosyal güvenlikte özelleştirme, sosyal güvenliğin temel amacını yansıtan toplumsal dayanışmadan uzaklaşarak, bireysel karar almayı vurgulamaktadır. Diğer taraftan, özelleştirme, sosyal dayanışmanın gereği olan sosyal amaç yerine, bireysel hesaplara dayalı fonların verimli ve etkin kullanılmasını, hatta kâr olgusunu da kapsamaktadır (Aydın, 1998: 5-9).

Genel sağlık sigortası sistemi içerisinde özel sağlık sigortalarının da tamamlayıcı bir rol üstlenerek desteklenmesi amaçlanmaktadır. Zorunlu genel sağlık sigortasının kapsadığı temel teminat paketine ilave olarak hizmet almak isteyenler özel sigorta yaptırabilecekler ve bu özel sigortalar aracılığıyla hizmet alabileceklerdir. Bu sistemle özel sigortacılığın teşvik edileceği yönünde görüşler de bulunmaktadır. Bu ifade; kişilerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmının temel teminat paketi ile karşılanamayacağı ve bu paket dışındaki hizmetler için ya hizmetin alımı esnasında cepten ödeme yapmak ya da zorunlu sigorta dışında ayrıca prim ödeyerek tamamlayıcı özel sağlık sigortalarını tercih etmek zorunda kalmaları anlamına gelmektedir (Hamzaoglu ve Yavuz, 2006: 279-280). Temel teminat paketi dışında kalan sağlık hizmetlerinin iyi işleyen, güvenilir bir özel sağlık sigortası sistemleri kanalıyla sunulurken, özel sektörün de sistem içinde yer almasının sağlanmasına ve hizmet tanımının ve sınırlarının güvence altına alınmasına ihtiyaç duyulacaktır (Elbek ve Adaş, 2009: 37-38). Özel sigortacılık tekniklerine göre örgütlenmiş olan genel sağlık sigortası ile temel teminat paketi daraltılmakta, cepten ödemeler arttırılmakta, tüm nüfusun sağlık hizmetlerine erişimi olanaksız hale getirilmektedir. İstihdam edilenlerin yarıya yakınının kayıt dışı çalıştığı Türkiye’de, tüm

nüfusun prime esas kazancın %12,5'i düzeyinde bulunan genel sağlık sigortası primini ödemesi mümkün bulunmamaktadır. Ancak kişi başına geliri brüt asgari ücretin üçte birinden az olanların primleri devlet tarafından ödenmektedir. Prim borcu bulunanlar genel sağlık sigortasından yararlanamamakta ve sağlık hizmetlerine erişememektedirler (Ulutaş, 2011: 178-179).

3.2.3. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık sistemi

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bu bileşeni güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği; etkili ve kademeli sevk zinciri; idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri unsurlarından oluşmaktadır.

3.2.3.1. Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri: Aile hekimliği modeli

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sunumuna ilişkin ilke ve kurallar, 1961 tarih ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ile düzenlenmiştir (Yaşar, 2008: 175). Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın önemli bileşenlerinden biri, birinci basamak sağlık hizmetlerinin çağdaş uygulama yöntemi olan aile hekimliğidir. Aile hekimi, anne karnındaki bebekten, ailenin en yaşlı bireyine kadar ailenin bütün üyelerinin sağlığından ve her türlü sağlık sorunlarından sorumludur. Sorumluluğunu aldığı kişinin hastalıklardan korunması için gerekli önlemleri almaktadır. Hastalık durumunda ise bilgi ve tecrübesi ölçüsünde tedaviyi sağlamaktadır. Uzmanlık veya özel donanım gerektiren sağlık sorunlarında yapacağı danışmanlık hizmetleri ile kişiyi diğer uzman hekimlere, dış hekimlerine veya ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına yönlendirme görevini yürütmektedir. Aile hekimi genellikle aile bireylerinin ikametlerine yakın ve kolay ulaşılabilir bir yerde bulunmaktadır. Aile hekimleri, kişilerin ve hizmet sunucuların yanlış yönlendirmeleri, düzensizlikleri ve gereksiz sağlık harcamalarını önleyici bir işlevi yerine getirmektedir. Böylece ikinci basamakta gereksiz yığılmaların ve hasta mağduriyetlerinin önüne geçilmektedir (Akdağ, 2011a: 78-79; Akdağ, 2011b: 2; Aydın, 2011: 94).

Aile hekimliği sistemine yönelik yasal düzenlemeler 2004 yılı sonunda yürürlüğe giren 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile başlamıştır (Yaşar, 2008: 175; Koçak ve Tiryaki, 2011: 56). İlk uygulamaya ise 15 Eylül 2005 tarihinde Düzce ilinde başlanmıştır. 13 Aralık 2010 tarihinde tüm Türkiye’de aile hekimliği sistemine geçilmiştir. Aile hekimliği öncesinde birinci basamak sağlık kurumlarında 17,800 hekim görev yapmakta iken, aile hekimliği sistemine geçiş sonrasında 2012 yılı rakamlarına göre, 6,717 aile sağlığı merkezinde 20,811, 961 toplum sağlığı merkezinde ise 2,167 hekim olmak üzere toplam 22,978 hekim görev yapmaktadır. Yine 2012 yılı sonu rakamlarına göre 3,634 kişiye bir aile hekimi hizmet vermektedir. 2023 yılı hedefi ise 1,680 kişiye bir aile hekiminin hizmet sunmasıdır (Aksoy, 2007: 60-61; Akdağ, 2011a: 79-80; Sağlık Bakanlığı, 2012a: 71).

Türkiye’de uygulanan aile hekimliği modelinde, birinci basamak (örneğin Sağlık Bakanlığı sağlık ocakları) ve ikinci basamak (örneğin Sağlık Bakanlığı hastanelerinin ayakta tedavi birimlerinde) sağlık hizmetlerinde çalışan maaşlı pratisyen hekimlere kamudaki işlerinden izin alma ve bağımsız, kişi başı ödemeye dayalı bir aile hekimi olarak çalışma seçeneği sunulmaktadır. Bu doktorların kamudaki asıl işlerine istedikleri zaman dönme hakları saklı kalmaktadır. Aile hekimi olmaya hak kazanabilmek için bu hekimlerin aile hekimliği konulu 10 günlük uyum eğitimlerini tamamlamaları gerekmektedir. Bu eğitimlerde aile hekimliği uygulamasının ilkeleri, iletişim, klinik yöntemler ve epidemiyoloji anlatılmaktadır. Uyum eğitimini tamamladıktan sonra aile hekimleri, kendilerine kayıtlı kişilerin sayısına göre (yani kişi sayısı bazında) aylık bir kişi başı ödeme almaktadırlar (OECD ve Dünya Bankası, 2008: 42-43; Akdağ, 2010: 69-70; Koçak ve Tiryaki, 2011: 56-57; Üstündağ ve Yoltar, 2011: 86-87).

OECD ve Dünya Bankası’nın 2008 yılında Türkiye sağlık sistemini inceledikleri çalışmaya göre; aile hekimliği modeli ile birlikte Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Türkiye’deki birinci basamak sağlık hizmetlerinin de güçlendirilmesine çalışılmaktadır. Bu sayede gelecekte aile hekimleri ve koruyucu sağlık merkezleri daha iyi bir toplum sağlığı düzeyine ulaşmak için uyumlu bir biçimde çalışabilecektir. Toplum sağlığı merkezleri; entegre koruyucu, tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri vermektedir. Bu merkezler ayrıca; aşılama kampanyaları, üreme sağlığı ve çocuk sağlığı

hizmetleri gibi koruyucu sağlık hizmetlerini denetlemekle de görevlidirler. Aile hekimliği sisteminin etkin bir şekilde uygulanmasının önündeki engellerden biri doktor sayısının az olmasıdır. Bu eksikliğin giderilmemesi halinde üst basamaklara sevk, aile hekimlerinin kontrol ettiği aile hekimliğinde kapı tutucu modelini uygulamak zor olacaktır (Saraçoğlu, 2007: 463-467; OECD ve Dünya Bankası, 2008: 43; Elbek ve Adaş, 2009: 35).

Aile hekimliği modeline getirilen eleştirilerin başında sağlık hizmetlerinin sunumunda bir bütün olarak koruyucu hekimlik yaklaşımının terk edildiği görüşü gelmektedir. Bu görüşe göre; sağlık ocaklarının yerini alan aile hekimliği uygulaması ile belirli bir bölgedeki nüfusu temel alarak koruyucu sağlık hizmetleri sunan anlayışın yerine kişiye merkeze alarak tedavi edici sağlık hizmetlerine yönelik bir sistem getirilmektedir. Ayrıca aile hekimliği sisteminde yer alan doktor seçme ve değiştirme hakkı, kişilerin yaşadıkları evre ile birlikte değerlendirilmelerini engellemektedir. Sağlık ocağı sisteminde doktor, evre sağlığı teknisyeni, hemşire, tıbbi sekreter, ebe ve şoförden oluşan bir ekip hizmeti ngrlmekteyken, aile hekimliğinin sadece doktor merkezli bir sistem olduğu görülmektedir. Birinci basamak sağlık hizmeti veren ekibin doktor dışı tüm yeleri aile sağlığı elemanı olarak adlandırılmakta ve aile hekimleri yanlarında çalışan aile sağlığı elemanlarının işvereni konumunda bulunacaktır (Hamzağlu ve Yavuz, 2006: 282-283; Aksoy, 2007: 61-62; Yılmaz, 2007: 460-462; Gl ve Ergun, 2010: 325; Ulutaş, 2011: 185-187; stndağ ve Yoltar, 2011: 87).

3.2.3.2. Etkili ve kademeli sevk zinciri

Sağlık hizmetlerinin sunumuna yönelik 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu ile 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu sevk zincirine uyulması için bazı mali yaptırımlar getirmiştir. Sağlık hizmetlerinin ücretsiz olarak sunulmasını düzenleyen 224 sayılı Kanunun 14. maddesi sevk zincirine uyulmaması durumunda hizmeti ücretli hale getirmiş, 3359 sayılı Kanunun 3. maddesi de sevk zincirine uymayanlara fazla ücret ödeme yaptırımı getirmiştir. 5510 sayılı Kanun da sevk zincirine uymayan kişilere tedavi ücretinin %30'unun kendisi tarafından ödenmesi ilkesini getirmiştir. Ancak 5510 sayılı Kanun'da yapılan değişiklik ile bu hüküm yürürlükten kaldırılmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı, etkili bir sevk sisteminin hastanelerdeki gereksiz yoğunluğu azaltarak hem

tedavi hizmetlerinde kalite artışını sağlayacağı, hem de gereksiz sağlık harcamalarını azaltacağını ifade etmektedir (Yaşar, 2008: 176). 2006 yılının Temmuz ayına kadar uygulanan bu zorunlu sevk zinciri sistemi, özellikle aile hekimliği sistemine kayıtlı bulunan kişilerin bir hastaneden ikinci basamak sağlık hizmeti alabilmeleri için önce sevk almalarını gerekli kılmaktaydı. Ancak bu zorunluluk aile hekimi sayısının yetersiz olması nedeni ile uygulanamamıştır (Yaşar, 2008: 176; OECD ve Dünya Bankası, 2008: 43; Sülkü, 2011: 10).

3.2.3.3. İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri: Özerk hastaneler

2007 yılında pilot hastane özerkliği kanunu (Devlet Hastaneleri Birliği'nin Pilot Uygulaması Konulu Kanun Taslağı) hazırlanarak görüşülmek üzere TBMM'ye sunulmuştur. Kanun, kamu teşebbüsü modeline dayanan hastane yönetimi ilkelerini açıklamaktadır. Örneğin, pilot projeye katılan hastaneler kurullar tarafından yönetilecek, fakat Sağlık Bakanlığı'na bağlı kalmaya devam edeceklerdir. Kanun, bölgesel seviyede ortak bir hastane birliği oluşturulması olanağını da tanımaktadır. Bu birlik; program, planlama, bütçelendirme ve uygulamayı birlikte yüklenecek bir hastaneler ağından oluşacaktır. Pilot hastane birlikleri, sağlık elemanı işe alımı ve kaynak tahsisi konularında daha fazla özerkliğe ve esnekliğe sahip olacaktır. Hastane çalışanları, artık devlet memuru olmayacak ve sağlık sektöründe ömür boyu istihdam garantisine sahip bulunmayacaklardır. Sağlık Bakanlığı, hizmet kalitesinin garantisini vermekten ve hastane birliklerinin Sağlık Bakanlığı standartlarına uymalarını sağlamaktan sorumlu olacaktır (OECD ve Dünya Bankası, 2008: 44; Akdağ, 2011a: 215; Sağlık Bakanlığı, 2012a: 45-46).

Tasarı hastane birliklerinin organlarını yönetim kurulu (YK), genel sekreterlik (GS) ve hastane yöneticilikleri olarak belirlemektedir. Karar organı YK, yürütme organı ise GS olacaktır. YK; ikisi İl Genel Meclisi (biri hukuk öğrenimi görmüş, diğeri yeminli mali müşavir veya serbest muhasebeci mali müşavir), biri Vali (işletme, iktisat veya maliye alanında en az dört yıllık yükseköğrenim görmüş), ikisi Sağlık Bakanlığı (biri tıp öğrenimi görmüş, diğeri sağlık sektöründe tecrübe sahibi ve alanında en az dört yıllık

yükseköğrenim görmüş), biri Sanayi ve Ticaret Odası tarafından (en az dört yıllık yükseköğrenim görmüş) belirlenecek üyeler ile İl Sağlık Müdürü veya yardımcılarının oluşacaktır. Üye olabilmek için 8 yıl kamu veya özel sektörde iş deneyimine sahip bulunmak yeterli görülerek, özel sektör ve kamu arasında fark gözetilmemiştir (Ataay, 2007: 5-6; Yaşar, 2008: 177; Sülkü, 2011: 11-12).

Tasarıya göre hastaneler; hizmet altyapısı, organizasyonu, kalite, verimlilik ve hasta memnuniyeti gibi konularda Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenecek usul ve esaslara göre performans değerlendirmesine tabi tutularak bu değerlendirmenin sonuçlarına göre yüz üzerinden puanlanarak beş sınıfa ayrılacaktır. Bu şekilde sınıflara ayrılan hastanelerin kapasite ve kaynakları birleştirilerek aralarında görev paylaşımı yapılacak, böylece daha rasyonel çalışmalarını sağlamak için hastane grupları oluşturulacak ve oluşturulan grubun ağırlıklı ortalaması (C) ve üzeri olanlar Birliğe dönüştürülecek, (D)'nin altına düşenlere ise eksikliklerini gidermeleri amacıyla bir yıldan az olmamak üzere süre verilecektir. Sürenin sonunda eksikliklerini gideremeyen (D) sınıfındaki Birlikler ile (E) sınıfına düşenlerin YK üyelerinin ve bazı pozisyonlarda bulunan personelin sözleşmeleri sona erdirilerek, Bu görev ve yetkiler Birlik tekrar (C) ve üzeri puan alana kadar Sağlık Bakanlığı'nın görevlendireceği personel tarafından yürütülecektir (Ataay, 2007: 6-7; Yaşar, 2008: 178; Sülkü, 2011: 12)

Kamu hastane birliklerinin kurulmasının amacı, hastanelerin, kendi kaynaklarından sorumlu birlikler haline getirilerek, kaynakların etkin ve verimli bir şekilde kullanılmasının yanında, Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanacak performans değerlendirmesi ile kaliteli sağlık hizmetleri sunumunun sağlanmasıdır (Sülkü, 2011: 12; Akdağ, 2011a: 215).

3.2.4. Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında motive ve iyi çalışan bir insan gücü oluşturulmasının temel unsuru; performansa dayalı ek ödeme sisteminin uygulanmasıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programından önce hastane ve sağlık kuruluşlarının döner

sermayelerini, personele yapacakları ek ödemeler için kullanma izinleri bulunmakla birlikte, ödeme miktarları oldukça düşük düzeyde idi. Sağlık kuruluşları arasında ödeme düzeyleri açısından farklılıklar bulunmaktaydı. Bu ödemelerin yapılması için kullanılan bir performans kriteri bulunmamaktaydı. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamındaki önemli uygulamalardan biri, bu ek ödemelerin yapılması için sağlık personelinin performansı ile ilişkili bir çerçevenin oluşturulmasıdır. Bu çerçeve, tüm Sağlık Bakanlığı hastanelerine uygulanmış ve böylece süreç daha standart ve şeffaf hale gelmiştir. Temel amaç, sağlık personelinin üretkenliğinin teşvik edilmesidir. Bu amaç, kamudaki sağlık personeli eksikliğinin bilincinde olarak iş başı üretkenliğini artırmayı hedefleyen Sağlıkta Dönüşüm Programı insan kaynakları politikası ile uyumluluk göstermektedir. Bu uygulamanın ortaya çıkardığı ilk sonuç, öncelikle hastanelerde verilen hizmetlerin ölçülebilir hale getirilmesidir. İkinci sonuç ise, bu ölçülebilir hizmetlerin değerlendirilerek hizmeti üretenlere yansıtılmasıdır. Eğitim hastanelerinde sadece hasta ile ilgili hizmetler değil, asistan eğitimi ile bilimsel çalışma ve yayınlar da performans ölçütleri olarak kabul edilmektedir. Böylece asistan eğitimi ve bilimsel çalışmalar teşvik edilmektedir (OECD ve Dünya Bankası, 2008: 47; Akdağ, 2010: 83; Akdağ, 2011a: 249-250).

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışanların bulunduğu yerin mahrumiyeti oranında ödüllendirilmesi ve koruyucu hekimlik uygulamalarının performans ölçütleri olarak öne çıkarılması bu uygulamanın önemli özelliklerinden bazılarıdır. Performansa dayalı ek ödeme sistemi sonucunda birçok hastanede mesai saatleri gönüllü olarak uzatılmakta ve ameliyathaneler daha uzun süreli kullanılmaya başlanmaktadır. Birçok uzman doktor serbest muayenelerine kapatarak tam zamanlı olarak hastanede çalışmayı seçmiştir. Hizmet talebi giderek karşılanan sağlık hizmeti yararlanıcıları nedeniyle hastanelerde gittikçe artan hasta yoğunluğunun üstesinden gelinmesinde bu uygulamanın büyük etkisi olmuştur. 2003 yılı başında kamu hastanelerinde tam zamanlı çalışan uzman doktor oranı %11 iken bu uygulamalar yardımıyla oran %93'e ulaşmıştır. Bu sayede Türkiye'de sayıca yetersiz olan doktorların kamu hastanelerindeki verimliliğinin artması sağlanmıştır (Akdağ, 2010: 83-84; Akdağ, 2011a: 250).

2012 yılı rakamlarına göre Türkiye’de toplam doktor sayısı 124,219 ve her 1,000 kişiye düşen doktor sayısı 1,65’dir. Türkiye’de başta doktor ve hemşire sayısı olmak üzere eğitim kalitesinden taviz vermeden sayının artırılması önemli bir konudur. Türkiye’deki tıp fakültesi öğretim üyesi sayısı ve yetkinliği bunu sağlayabilecek kapasiteye sahiptir. Her 100,000 kişiye düşen doktor sayısı bakımından Türkiye WHO Avrupa bölgesinin en alt sıralarında yer almaktadır. Türkiye’den bir üst sırada yer alan Romanya’da 100,000 kişiye düşen doktor sayısının 192 olması önemli bir göstergedir (Akdağ, 2011a: 189; Sağlık Bakanlığı, 2012a: 34-35; OECD, 2013: 2).

Sağlık Bakanlığı’na bağlı kamu sağlık kurumlarında 2010 yılı sonu rakamlarına göre 8 yılda 181,000 yeni sağlık personeli istihdam edilmiştir. Sağlık personeli bulunmayan sağlık tesisleri ve bölgelerinde yeni istihdam modelleri ile personel istihdam edilmeye başlanmıştır. 2004 yılında yürürlüğe giren 4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ile sadece Sağlık Bakanlığı’na özgü yeni bir sözleşmeli istihdam modeli getirilmiştir. Bu model gönüllülük ilkesine dayanmakta ve personelin kendi iradesi ile bu kanuna bağlı olarak çalışması halinde mali hakları eşdeğer görevde çalışanlara göre daha yüksek olmaktadır. Buna ek olarak, 10 yıllık sözleşmelilik süresinin sonunda personele sürekli sözleşmeli olma hakkı tanınmaktadır. Kısaca “çakılı kadro” olarak ifade edilen Kanun, “eleman temininde güçlük çekilen yerlerde” sözleşmeli sağlık personeli çalıştırılması uygulamasını getirmiştir (Hamzaoglu ve Yavuz, 2006: 283-284; Akdağ, 2011a: 204). 2002 yılında Sağlık Bakanlığı ve SSK’ya ait sağlık kurumlarında hizmet veren personel sayısı 256,000 iken 2012 yılında bu sayı 485,000’e ulaşmıştır. 1996 yılında 9,906, 2002 yılında 11,000 olan hizmet alımı yoluyla istihdam edilen personel sayısı 2010 yılında 118,000’e ulaşmıştır (Akdağ, 2010: 94-95; Akdağ, 2011a: 205; Sağlık Bakanlığı, 2012a: 38).

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın önceliklerinden bir diğeri de bölgeler arası personel dağılımında farklılıkların kabul edilebilir bir düzeye çekilmesi, personel istihdamında unvanlara göre gerçekçi standartlar belirlenerek buna göre insan gücü planlamasının yapılması, atama ve nakillerde objektif ve hakkaniyete uygun bir sistemin kurulmasıdır. 4924 sayılı Kanun sayesinde, personel istihdamında zorluk çekilen yerlerde görev

yapmak teşvik edilmiştir. Herkesin sağlık hizmetine ulaşabilmesi anlayışına uygun olarak, doktorlara teşvik edilmiş devlet hizmeti yükümlülüğü getirilmiştir. Geçmiş dönemdeki zorunlu hizmet uygulamalarının eksik ve hatalı yönleri göz önünde bulundurularak, bölgelere göre farklı süreler ve daha yüksek ücretler sağlayan daha kabul edilebilir ve sürdürülebilir bir düzenleme yapılmıştır (Yaşar, 2008: 179-180; OECD ve Dünya Bankası, 2008: 47; Akdağ, 2010: 95-96; Sülkü, 2011: 77; Akdağ, 2011a: 205).

Kısaca çakılı kadro olarak ifade edilen bu Kanun, mecburi hizmet uygulamasına alternatif olarak çıkarılmıştır. Emsal sağlık personelinin daha yüksek ücretler alan sözleşmeli sağlık personeli ile başlangıçta Doğu ve Güneydoğu illeri için uygulanacağı açıklanmakla birlikte ülke genelinde uygulanabilecek şekilde yasalaşan uygulama, mecburi hizmet için bir alternatif olamamıştır. 2005 yılında mecburi hizmet uygulamasına tekrar başlanmış ve sözleşmeli sağlık personeli çalıştırılabilmesine ilişkin düzenleme de uygulamaya konulmuştur. (Hamzaoglu ve Yavuz, 2006: 283-284; Yaşar, 2008: 180).

3.2.5. Sistemi destekleyecek nitelikte eğitim ve bilim kurumları

Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamasında her düzeydeki sağlık çalışanlarının, mevcut yöneticilerin ve yönetici adaylarının eğitimi büyük önem taşımaktadır. Bir taraftan teknik konularda bölgesel eğitim toplantıları düzenlenmekte iken, diğer yandan başta insan gücü olmak üzere bütün kaynakların verimli ve etkili bir biçimde kullanılması amacıyla Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü tarafından internet üzerinden sistematik sağlık yönetimi eğitimleri sürdürülmektedir. Uzaktan Sağlık Eğitim Sistemi (USES), 2006 yılından beri Sağlık Bakanlığı personeline uzaktan eğitim teknolojilerinden yararlanılarak, zaman ve mekâna bağlı olmadan, fırsat eşitliği yaratarak eğitim verilmesini sağlamak amacıyla oluşturulan bir sistemdir. USES, tamamen Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü (HMM) bünyesinde geliştirilmiş bir sistemdir. Sistem, HMM bünyesindeki sunucularda 7/24 çalışmak üzere tasarlanmıştır. Bu sistem, uzaktan eğitim sistemlerinin uluslararası standartları olan AICC (Aviation Industry CBT (Computer-based Training) Committee) ve SCORM (Shareable Content Object Referans

Model) uyumluluğuna sahip olacak düzeyde geliştirilmiştir. USES, öğretim üyesi ve öğrenciyi sesli ve görüntülü ortamda buluşturmaktadır.⁸

İnternet üzerinden uzaktan eğitim yöntemi ile USES üzerinden, Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm kurumlarda, verimliliği ve hizmet kalitesini artırmak amacıyla, öncelikle yöneticiler, yönetici adayları ve uzmanlar olmak üzere ilgili tüm sağlık personeline eğitim verilmesi hedeflenmektedir. Bu eğitimler kapsamında bugüne kadar 1,000'den fazla yönetici de dâhil olmak üzere 10,000'den fazla öğrenci sistemden yararlanmıştır. Bu öğrencilerden yaklaşık 6,000 kadarı halen çeşitli programlarda eğitim görmektedir. Bugüne kadar nihai amaçlar doğrultusunda çeşitli eğitim programlarında eğitilen sağlık profesyonellerine toplamda 4,000'e yakın sertifika verilmiştir (Akdağ, 2010: 96; Akdağ, 2011a: 206).

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlık yöneticilerine ve hastane yöneticilerine yönelik olarak Sağlık Yönetimi ve İşletmeciliği Sertifika Programları düzenlenmesi planlanmıştır. Bu kapsamda HMM tarafından Sağlık Yöneticiliği Sertifika Programı ve Hastane Yöneticiliği Sertifika Programı düzenlenmektedir. Bu eğitimler ile sağlık kurum ve kuruluşlarında görev alan yöneticilerin, sağlık yönetimi ve işletmeciliği alanında mesleki bilgilerini geliştirmek, verimliliklerini artırmak ve kaynakların rasyonel kullanımını üst seviyeye çıkarmak amaçlanmaktadır. Sağlık Yöneticiliği Sertifika Programı, Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatındaki yöneticilere, Hastane Yöneticiliği Sertifika Programı ise hastane yöneticilerine verilmektedir. Bu sertifika programları değişik üniversitelerden gelen alan uzmanları ve akademisyenlerden oluşan 22 kişilik eğitimci kadrosu ile yürütülmektedir. Bu programların süresi, 3'er aylık 3 dönem halinde ve toplam 9 aydır.⁹

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev alacak aile hekimleri ve aile sağlığı hizmetlerinde görev alacak diğer sağlık personeline ise uyum eğitimleri yapılmaktadır (OECD ve Dünya Bankası, 2008: 42-43; Akdağ, 2010: 96; Akdağ, 2011a: 206).

⁸ <http://uses.gov.tr/hakkimizda.aspx> (Erişim tarihi: 25.04.2013).

⁹ <http://uses.gov.tr/egitimler.aspx> (Erişim tarihi: 25.04.2013)

3.2.6. Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon

Sağlıkta Dönüşüm Programı sürekli kalite gelişimini amaçlamaktadır. Bu amaca ulaşmak için ilk olarak performansa dayalı ek ödeme sistemi geliştirilmiş, ikinci bir aşama olarak ise sisteme 2005 yılında sağlık hizmeti sunumunda kaliteyi temel alan Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme alışması ile kalite boyutu ilave edilmiştir. Bu sayede sağlık hizmetine erişim, hizmet alt yapısı ve süreçlerin değerlendirilmesi, hasta memnuniyetinin ölçülmesi ve belirlenen hedeflere ulaşma seviyesinin ölçülmesine dayanan ayrıntılı bir hastane değerlendirme sistemi uygulamaya konulmuştur. Böylece, personele ödenen ek ödemeler sadece üretilen hizmetlerin niceliğine bağlı olarak değil, hizmetlerin kalitesine göre de farklılık göstermektedir (Akdağ, 2010: 84).

Performans ve Kaliteyi Geliştirme çalışmasının en önemli değerkenini kalite kriterleri oluşturmaktadır. Kalite kriterleri, Hizmet Kalite Standartları adı altında toplam 345 standart ve yaklaşık 900 alt bileşenden oluşan yeni bir sete dönüştürülmüştür. 2009 yılında özel hastane ve üniversite hastanelerine yönelik olarak toplam 388 standart ve yaklaşık 1450 alt bileşenden oluşan Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartları yayınlanmıştır. Ülkelerin sağlık sistemlerinin ihtiyaçları, öncelikleri, farklı beklentileri ve uluslararası akreditasyon sistemlerinin getirdiği mali yük gibi nedenler dünyada pek çok ülkenin sağlıkta ulusal bir kalite sistemi kurmasına yol açmıştır. Bu bağlamda sağlıkta ulusal kalite sistemine sahip ülkeler arasında İngiltere, Kanada, Fransa, Danimarka gibi gelişmiş ülkeler bulunmaktadır. Türkiye’de sağlıkta ulusal bir kalite sistemi oluşturulmakta iken, kamu ve özel hastaneler iki farklı standart seti ile değerlendirilmekteydi. Fakat sağlık kurumlarını kamu, özel ve üniversite olarak ayrımdan hizmet standardizasyonunda yakınlık sağlamak, kurumlar arası deneyim paylaşımı için ortam hazırlamak ve sağlıkta ulusal kalite sisteminin kurulması hedefine ulaşmak için kamu, üniversite ve özel hastanelerde pilot çalışmalar yapılarak tüm kurumları içerecek biçimde Hastane Hizmetleri Kalite standartları hazırlanmıştır (Akdağ, 2011a: 256)

3.2.7. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma

Sağlıkta Dönüşüm Programında ilaçla ilgili ilk tespit, önceki dönem ilaç fiyatlandırmaları ve fiyat artışlarının delile dayalı bir temele dayanmaması gelmektedir. İlaç fiyatlandırması ile ilgili olarak, tüm tarafların üzerinde mutabakat sağlayacakları bir yöntemin geliştirilmesi gerekliliği programda açık bir şekilde belirtilmiştir. 14. 02. 2004 tarihli Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Dair Bakanlar Kurulu Kararı, ilaç fiyatlandırmasına şeffaflık getirmiştir. Böylece ilaç fiyatlarında önemli derecede ucuzlamalar olmuş ve fiyatlar Avrupa'daki mevcut en düşük düzeylere çekilmiş, bine yakın üründe %1 ila %80 arasında değişen fiyat düşüşleri sağlanmıştır. Ayrıca “referans fiyat takibi” ile fiyatın oluşumu, fiyat indirimini sürekli hale getirmektedir. Referans ülkelerdeki fiyat değişiklikleri üç aylık dönemlerle izlenmekte ve varsa fiyat düşüşleri ülkemizdeki fiyatlara yansıtılmaktadır. Bu yöntemle 2004-2009 yılları arasında 200 defadan fazla fiyat düşüşü ülkemiz fiyatlarına yansıtılmıştır. İlaçta %18 olan KDV oranı %8'e düşürülerek ilaç fiyatlarında önemli bir düşüş daha sağlanmıştır. Tek alıcı konumundaki kamu sosyal güvenlik kuruluşlarının sektörle görüşerek belli oranlarda indirimler sağlaması, ilaç fiyatlarının kamuya maliyetini daha da azaltmaktadır. 2009 yılında Beşeri İlaçların Fiyatlandırılması Hakkında Kararname'de bir değişiklik yapılarak: Orijinal bir ürünün jeneriği piyasaya çıktığında, ürünün fiyatı mevcut fiyatın %66'sını geçemez (hem orijinal hem de jenerik ürün için) kuralı getirilmiştir. Sosyal Güvenlik Kurumu'nun ilaç alımlarında sağladığı indirimler de kamunun ilaç için yaptığı ödemeleri azaltmıştır (OECD ve Dünya Bankası, 2008: 73-74; Akdağ, 2011a: 171; Sağlık Bakanlığı, 2012a: 103).

Daha önce ilaçlarını sınırlı sayıdaki hastanelerden almak zorunda kalan, bir bölümü de bu nedenle ilacını SSK'dan alamayan ve bedelini kendisi ödemek durumunda kalan SSK'lılar diğer kesimler gibi ilaçlarını tüm eczanelerden alabilme olanağına kavuşmuşlardır. Bu uygulamalar ile sağlık sisteminde geçmişte var olan ayrımcılığın kaldırılması amaçlanmıştır. 2010 yılında tüketilen ilaç kutu sayısı 1 milyar 570 milyon kutu olmuş ve 2002 yılına göre %125 artmıştır. Aynı dönemde kamunun ilaç harcaması ise 2010 yılı fiyatlarına göre 12 milyar 720 milyon TL'den 15 milyar 400 milyon TL'ye

çıkması ve sadece %21 artmıştır. İlaçta elde edilen bu tasarruf kişilerin ilaca erişiminin kolaylaştırılmasında kullanılmıştır (Akdağ, 2011a: 172).

WHO akılcı ilaç kullanımını; kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilacı, uygun süre ve dozajda, en düşük fiyata ve kolayca sağlayabilmeleri şeklinde tanımlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2012a: 105). Türkiye şu anda WHO'nun akılcı ilaç kullanımı tanımının unsurlarından olan “en düşük fiyata ve kolayca erişim” hedefini gerçekleştirmiş bulunmaktadır (Akdağ, 2011a: 174-175; Akdağ, 2011d: 1; Akdağ, 2011e: 11). Akılcı ilaç kullanımı ilkelerine göre reçetesi düzenlenen her hastanın, bu reçeteyi yazan doktorun hastası olarak kabul edilmesi gerekmektedir. Doktorların sık reçete tekrarı göz önünde bulundurulduğunda, tüm doktorların bu ilke konusunda daha dikkatli olmaları sağlanmalıdır. Bazı durumlarda hastalar, sadece ilaçların geri ödemesini alabilmek amacıyla bu ilkenin uygulanmasını güçleştirebilmektedirler. Doktorlara ilaç yazdırma amaçlı başvuruların fazla olması akılcı olmayan ilaç kullanımını kolaylaştıran unsurlardan biridir (Akdağ, 2011d: 63).

3.2.8. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi

Son yıllarda Sağlık Bakanlığı Bilgi Sistemi (SBBS) genişlemiş ve toplanan veri miktarı önemli oranda artmıştır. E-sağlık olarak bilinen SBBS içerisinde Aile Hekimliği Bilgi Sistemi, Yeşil Kart Bilgi Sistemi, Doktor Veri Bankası, Hasta Hakları Bilgi Sistemi, Ulusal Veri Sözlüğü ve Minimum Veri Setleri gibi farklı bir dizi bilgi sistemi ve veri seti bulunmaktadır. Minimum veri setleri bir dizi sağlık konusuna odaklanmaktadır. Bunlar arasında; 15-49 yaş arası kadınlara sunulan ve özellikle doğum öncesi hizmetlere odaklanan üreme sağlığı hizmetlerinin izlenmesi, ilaç bağımlılığı, psiko-sosyal takip, bulaşıcı hastalıklar, enfeksiyonların ve sıtmanın nedenleri, HIV kayıtları, yeni doğan kayıtları, ülke dışı olanların kayıtları, test sonuçları, ayakta tedavi hizmetleri, yatan hasta hizmetleri ve organ nakli belirtilebilir (Sağlık Bakanlığı, 2007: 17-18; OECD ve Dünya Bankası, 2008: 45-46; Akdağ, 2010: 100-102; Sağlık Bakanlığı, 2012a: 23-31).

E-sağlık; sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli sunulabilmesi, hızlı erişimin sağlanması, ilgili paydaşlar ile veri paylaşımının sürdürülebilir olması için bilişim teknolojilerinin

internet üzerinden sağlık alanında kullanılmasıdır. Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı'nın e-sağlık vizyonu; sağlık verilerine erişim hakları tanımlanmış yetkili kişi ve kuruluşlarca ulaşılan, tüm bireylerin kendi kişisel sağlık verilerine erişebildiği, uluslararası standartlarla uyumlu, karar destek sistemleri ile desteklenmiş, yüksek bant genişliği olan ve tüm ülkeyi kapsayan bir iletişim omurgasında paylaşılması ve tele tıp ve tele sağlık uygulamalarına varan teknolojilerin mesleki uygulamada kullanılmasını esas alan ulusal sağlık bilgi sisteminin kurulmasıdır (Akdağ, 2011a: 179). Sağlık-NET, sağlık kurumlarında üretilen her türlü veriyi, doğrudan üretildikleri yerden standartlara uygun şekilde toplamayı, toplanan verilerden tüm paydaşlar için uygun bilgiler üreterek sağlık hizmetlerinde verim ve kaliteyi artırmayı hedefleyen, entegre, güvenli, hızlı ve genişleyebilen bir bilgi sistemidir (Akdağ, 2010: 99-100; Sağlık Bakanlığı, 2012a: 23). Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS), her bir kişinin sağlığıyla ilgilenerek birincil sağlık hizmetini sunan bir Aile Hekiminin varlığı ilkesi üzerine kurulmuştur. AHBS uygulaması, bir kişiyi doğumundan önce izlemeye almakta ve sağlığıyla ilgili bilgileri düzenlemektedir. Bu kişinin anne karnındaki gelişimi, doğum yöntemi ve doğumuyla ilgili diğer bilgiler AHBS aracılığıyla kaydedilmekte ve aile hekiminin gözetimi altındaki bilgi bankasına, kişinin ömür boyu sağlık kaydının ilk bilgi parçaları olarak yer almaktadır. Kişinin yaşamı süresince, sağlık kayıtları da onunla birlikte büyümetedir (Sağlık Bakanlığı, 2007: 20-21; Akdağ, 2011a: 181).

4. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Kamusal Niteliğinde Yaşanan Dönüşümün Etkilerine Yönelik Bir Uygulama

Bu bölümde öncelikli olarak araştırmanın yöntemi, verilerin analizi, bulgular ve yorum ele alınacaktır. İzleyen kısımda katılımcılara ilişkin genel bilgiler, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın etkinliğine yönelik değerlendirmeler ve Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen uygulamalara yönelik değerlendirmelere yer verilecektir. Son olarak ise Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın etkinliği ile demografik bilgilerin karşılaştırılması, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın etkinliği ile getirilen uygulamalara yönelik karşılaştırmalar ve katılımcıların demografik özellikleri ile Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen uygulamalara yönelik değerlendirmeleri arasındaki ilişki ele alınacaktır.

4.1. Araştırmanın Problemi

Geleneksel olarak sağlık kavramı, hastalığın olmayışı şeklinde algılanmış ve tanımlanmıştır. Tanımın bu şekilde yapılması, hastalık kavramını ön plana çıkarmış, kişilerin/toplumların sağlığı bu kavrama bağlı olarak değerlendirilmiştir. Ancak, hastalık kavramı ya da hastalık olarak algılanan olgu ve olaylar, zamana, topluma ve kişiye göre değişmektedir. Kendinde ya da toplumunda hastalık bulunduğu halde, bunu hastalık olarak algılamayan kişi ve toplumlar kendilerini sağlıklı olarak değerlendirebilmektedir. Örneğin; geçmiş dönemlerde, frengi, cüzzam, trahom gibi hastalıkların yaygın olduğu toplumlarda, bunlar hastalık olarak kabul edilmemiş ve hatta bu hastalıklara sahip olmayan kişilerin anormal olduğu bile düşünülmüştür. Benzer şekilde, yakın dönemlere kadar Türkiye’de ishal, kulak iltihabı gibi durumlar bir hastalık olarak kabul edilmemiştir. Bu nedenle, sağlığı; hastalığın olmayışı şeklinde tanımlamak yeterli bulunmamaktadır (Akdur, 2006: 11).

Hastalık kavramındaki bu değişkenliğe ve göreceliliğe karşın, tıp çevreleri hala hastalık kavramına bağlı olmayan bir sağlık tanımı yapamamış ve sağlığın tanımını hastalık kavramı üzerinden anlatmak durumunda kalmıştır. Günümüzde genel olarak kabul edilen sağlık tanımı, WHO tarafından yapılan tanımdır. Bu tanıma göre, sağlık; yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Bu

tanımında bedensel ve ruhsal iyiliğin yanında sosyal yönden tam bir iyilik haline de vurgu yapılmaktadır. Sosyal yönden tam bir iyilik halinin ise sınırları belirsizdir. Bu nedenle, bu tanım ile genelde insanlığın özelde ise sağlık sektörünün önüne insanları olabilecek en üst düzeydeki iyilik haline ulaştırmak düşünsel bir hedef olarak konulmaktadır (Akdu, 2006: 11-12).

WHO'ya göre bir ülkenin sağlık sistemi, herkese ihtiyacı olan sağlık hizmetinin yüksek kalitede verilmesini sağlayacak şekilde oluşturulmalıdır. Bu hizmet etkili, karşılanabilir maliyette ve toplumca kabul gören tarzda olmalıdır. Her ülkenin bu faktörleri göz önünde bulundurarak kendi özgün sağlık sistemlerini geliştirilmesi önerilmektedir. Sağlığın doğuştan kazanılan bir hak olması nedeniyle sağlık hizmetlerinin herkese eşit olarak ulaştırılacak şekilde örgütlenmesi zorunluluğu bulunmaktadır. Adalet ve hakkaniyet ilkelerine uygun olarak, herkese sağlık güvencesi sağlanmalı, cinsiyet, sosyal statü ve sosyal sınıf gibi hiçbir ayırım sağlık hizmetlerinden yararlanmaya engel oluşturmamalı, sağlık hizmetleri kolay erişilebilir olmalı, sunulan sağlık hizmetleri çağdaş düzeyde ve etkili olmalıdır.

Bu gerekçelerden yola çıkılarak Türkiye'de 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaya konulmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi başta olmak üzere geçmiş birikim ve deneyimlerden, son dönemlerde yürütülen sağlık reformu çalışmalarından ve dünyadaki başarılı örneklerden esinlenilerek oluşturulmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amacı ise; yönetim, verimlilik, kullanıcı ve hizmet sunucu memnuniyeti ile uzun vadeli mali sürdürülebilirliği iyileştirerek sağlık sistemini daha etkili hale getirmek şeklinde ifade edilmektedir.

Bu çalışmada Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hedeflenen uygulamaların toplumun alt gelir gruplarında yer alan kişiler tarafından nasıl algılandığının ortaya konulması amaçlanmaktadır. Araştırma, bu soruya yanıt bulmak amacı ile planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

4.2. Araştırmanın Amacı

Bu tezin amacı Türkiye’de sağlık hizmetlerinin kamusal niteliğinde yaşanan dönüşümün toplumun alt gelir gruplarında yer alan kişiler tarafından nasıl algılandığının ortaya konulmasıdır. 2003 yılında uygulanmaya başlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetlerinin sunumunda köklü değişiklikler meydana getirilmiştir. SSK sağlık kurumları, Sağlık Bakanlığı’na devredilerek, sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılmıştır. Performansa dayalı ek ödeme sistemi uygulamasına geçilmiş ve Sağlık Bakanlığı hastanelerine, döner sermaye gelirlerini kullanma, satın alma ve yatırım ile ilgili kararlarda daha fazla özerklik tanınmıştır. Sağlık bilgi sistemleri geliştirilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte özel sektörün sağlık hizmetlerinin sunumundaki rolü artmıştır. Kamu hastaneleri, verimliliklerini arttırmak, tıbbi hizmetler üzerine yoğunlaşabilmek için altyapı hizmetlerini (bilgi teknolojileri, güvenlik, temizlik, lojistik, yemek gibi), özel sektörden hizmet alımı yoluyla sağlamaya başlamışlardır. Ayrıca kamu hastanelerinin, teknolojideki en son yeniliklerden yararlanmak, kaliteli sağlık hizmeti üretmek ve sunmak için özel sağlık kurumlarından teşhis/tanı hizmetleri satın alması yaygınlaşmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın amaçları; sağlık hizmetlerini etkin ve üretken bir biçimde, eşitlik içinde düzenlemek, finanse etmek ve sunmaktır. Programın temel ilkeleri insan merkezli olma; sürdürülebilir, sürekli kalite gelişimi içinde paylaşımcı, gönüllülüğe dayanan, güçlerin dağılımını sağlayan bir işleyiş oluşturma; yerinden yönetim ve hizmette rekabet unsurlarına yer verme olarak belirtilmektedir

Anket çalışmasının amacı, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen bu uygulamaların alt gelir gruplarında yer alan kişiler tarafından nasıl algılandığını ortaya koyabilmektir. Böylece, katılımcıların Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen uygulamalar ve Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın etkinliğine yönelik görüşlerinin değerlendirilmesi yapılmaktadır.

Bu amaçlar doğrultusunda araştırmanın alt amaçları aşağıdaki şekilde ifade edilmektedir:

- i) Alt gelir gruplarında yer alan kişilerin demografik özellikleri nelerdir?
- ii) Alt gelir gruplarında yer alan kişiler Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın etkinliğini nasıl değerlendirmektedirler?
- iii) Alt gelir gruplarında yer alan kişiler Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen uygulamaları nasıl değerlendirmektedirler?

4.3. Araştırmanın nemi

Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın değerlendirilmesine yönelik sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu alışma Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen uygulamalardan en fazla etkilenen alt gelir gruplarında yer alan kişilerin görüşlerini irdelemesi bakımından önem taşımaktadır. Bu araştırmanın sonuçlarının bu konudaki bilgi boşluğunu giderecek olması, araştırmayı önemli kılmaktadır. Ayrıca Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın sağlık hizmetleri yararlanıcıları üzerindeki etkilerine yönelik diğer çalışmalara da katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmanın önemi farklı açılardan ele alınabilir. İlk olarak Sosyal Politika açısından sağlık hizmetlerindeki dönüşümü ele alan bir çalışma olması bakımından önem taşımaktadır. İkinci olarak bu alışma Eskişehir ili Tepebaşı ilçesindeki alt gelir gruplarında yer alan kişilerin Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sağlık hizmetlerinin sunumunda meydana gelen değişiklikleri nasıl algıladıklarını ve beklentilerini ortaya koymasından önem taşımaktadır. Son olarak Türkiye'de alt gelir gruplarında yer alan kişilerin sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşüme yönelik algılarını değerlendirmeyi amaçlayan başka çalışmalara ve Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmetlerindeki memnuniyeti ölçmek amacıyla yapacağı çalışmalara katkıda bulunmak amaçlanmaktadır.

4.4. Araştırmanın Varsayımları

Araştırmaya katılan kişilerin, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmasından önceki sağlık sistemi ile yeni sistem ile birlikte getirilen uygulamaları değerlendirebilecek düzeyde bilgi sahibi oldukları varsayılmaktadır. Ayrıca araştırmaya katılan kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlandıkları varsayılmaktadır. Bu bağlamda araştırmanın temel varsayımları aşağıdaki gibi ifade edilebilir:

- i) Araştırmada kullanılan veri toplama aracının bu konudaki bilgileri toplamak için uygun olduğu varsayılmaktadır.
- ii) Veri toplama aracına katılımcıların verdiği yanıtların doğru ve güvenilir olduğu kabul edilmektedir.

4.5. Araştırmanın Sınırları

- i) Bu araştırmanın sonuçları, araştırmanın yapıldığı dönem (Ekim 2012 – Ocak 2013) ile sınırlıdır.
- ii) Bu araştırma Eskişehir ili Tepebaşı ilçesinde genel sağlık sigortasından yararlanmak için gelir testi başvurusunda bulunan kişilerin görüşleri ile sınırlıdır.

4.6. Araştırmanın Yöntemi

Bu bölümde araştırmanın modeli, çalışma kümesi, verilerin toplanması ve çözümlenmesine yönelik bilgiler yer almaktadır.

4.6.1. Araştırma modeli

Bu araştırmanın amacı sağlık hizmetlerinin kamusal niteliğinde yaşanan dönüşümün alt gelir gruplarında yer alan kişiler tarafından nasıl algılandığının ortaya konulmasıdır. Bu amaca yönelik olarak hazırlanan anket araştırmacı tarafından karşılıklı görüşme yöntemi ile ankete katılan kişilere uygulanmıştır. Böylece ankete katılan kişilerin konu hakkındaki

gerçek düşüncelerinin irdelenmesine olanak sağlanmıştır. Araştırmada kullanılan anketin hazırlanması sürecinde Sağlık Bakanlığı'nın Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmaya başlandığı yıl olan 2003 yılından itibaren yayınlamakta olduğu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı başlıklı yayınlardan, Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı sağlık hizmetlerinden memnuniyet anketleri ve konu ile ilgili diğer yayınlardan yararlanılmıştır. Böylece katılımcıların Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın etkinliğine yönelik değerlendirmeleri ile Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen uygulamalara yönelik değerlendirmelerinin derinlemesine bir şekilde irdelenmesi mümkün kılınmıştır. Bu bağlamda araştırmada nicel yöntem kullanılmıştır. Araştırmada nicel yöntem kullanılmasının sebebi araştırma kapsamında daha fazla kişinin görüşlerinin alınmasına olanak sağlaması ve elde edilen bulguların genellemeler yapmayı olanaklı kılmasıdır. Ayrıca bu yöntem sayesinde araştırmacının araştırma sürecine yönelik etkisi en alt düzeye indirilmektedir. Böylece nesnellik anlayışının korunması sağlanmaktadır (Şimşek, 2012: 85-88).

Anket katılımcılara uygulanmadan önce iki uzman doktor tarafından incelenmesi sağlanarak uzman paneli uygulaması gerçekleştirilmiştir. Ayrıca Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi'nde araştırma yöntemleri ve istatistik dersleri vermekte olan iki öğretim üyesinden de anket ile ilgili görüş alınmıştır. Bunun dışında Tepebaşı Kaymakamlığı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı genel sağlık sigortası bölümü uzmanlarından da ankette yer alan sorular ile ilgili görüş alınmıştır. Araştırma kapsamında yararlanılan anket üç bölümden ve 57 sorudan oluşmaktadır. Anketin kişisel bilgileri içeren soruların yer aldığı birinci bölümünde doğum yeri, ikamet edilen mahalle, meslek, aylık hane geliri ve hanenin aylık giderinin yer aldığı sorular açık uçlu olarak sorulmuş, diğer sorular ise kapalı uçlu olarak sorulmuştur. Anketin Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın etkinliğini ölçmeye yönelik ifadelerin yer aldığı ikinci bölümündeki 21 ifade 5'li Likert ölçeği ile değerlendirilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen uygulamalara yönelik 25 sorunun yer aldığı üçüncü bölümde ise 5 soruda açık uçlu seçeneklere de yer verilmekle birlikte diğer 20 soru kapalı uçlu sorulardan oluşmaktadır.

Araştırmanın amacına yönelik verileri elde etmek için 400 kişi ile karşılıklı görüşme yöntemi ile anket uygulaması gerçekleştirilmiş ve bu anketlerden cevap alınamayan

soruların yer aldığı 13 anket değerlendirilme dışı bırakıldıktan sonra 387 anket araştırma kapsamında değerlendirmeye alınmıştır.

4.6.2. Evren ve örneklem

Araştırmanın evreninin Eskişehir ilinin Odunpazarı ve Tepebaşı ilçelerinde genel sağlık sigortası uygulamasından yararlanmak için gelir testi başvurusunda bulunan kişilerin oluşturması planlanmıştır. Ancak Odunpazarı ilçesi Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı'ndan araştırma için izin alınamaması ve Tepebaşı ilçesinde öğrencilerin daha yoğun olarak bulunması ve belde ve köylerin sayısının daha fazla olması nedenleri ile araştırmanın evrenini Eskişehir ili Tepebaşı ilçesinde genel sağlık sigortasından yararlanmak için gelir testi başvurusunda bulunan kişiler oluşturmaktadır. Tepebaşı ilçesinin bu özellikleri nedeniyle Türkiye genelini daha fazla temsil ettiği düşünülmektedir. Tepebaşı ilçesinde 10991 hane genel sağlık sigortasından yararlanmak için gelir testi başvurusunda bulunmuştur. Bu hanelerden sigortalılığı devam eden ya da başvuru şartlarını taşımayan haneler çıkartıldıktan sonra geriye kalan 10848 hanenin başvurusu değerlendirmeye alınarak bu kişiler genel sağlık sigortalısı olarak tescil edilmişlerdir. Bu evreni temsil edebilmek için en az 370 kişiye anket uygulanması gerekmektedir (Ural ve Kılıç, 2006: 49; Baş, 2010: 41; Altunışık vd., 2010: 135). Araştırma kapsamında değerlendirmeye alınan 387 anket ile bu sayı aşılmıştır.

4.6.3. Verilerin toplanması

Araştırmanın verileri Tepebaşı Kaymakamlığı'ndan alınan izin ile genel sağlık sigortası başvurusunda bulunmuş olan kişilere Tepebaşı Kaymakamlığı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı görevlileri tarafından yapılan hane ziyaretleri esnasında toplanmıştır. Hane ziyaretlerinin yapılmadığı dönemlerde ise Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı'na, genel sağlık sigortası başvurusu yapmak için gelen kişiler ile araştırmacı tarafından karşılıklı görüşme yöntemi ile uygulanan anketler yoluyla toplanmıştır. Bu anketlerin uygulanması süreci 9 Ekim 2012 ve 24 Ocak 2013 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

4.6.4. Verilerin analizi

Araştırmacı tarafından karşılıklı görüşme yöntemi uygulanarak elde edilen anket formları sayısal hale getirilerek SPSS programı yardımı ile analiz edilmiştir. Açık uçlu sorulara verilen yanıtlar ise katılımcıların düşüncelerini daha iyi yansıtabilmek amacı ile ayrıca sınıflandırılmıştır. Verilerin analizi sürecinde tek yönlü varyans analizi, t-testi, ki-kare bağımsızlık testinden yararlanılmıştır.

4.7. Bulgular ve Yorum

Bu bölümde araştırmanın amaçları doğrultusunda yapılan analizler sonucu elde edilen bulgular anlatılmaktadır.

4.7.1. Katılımcılara ilişkin genel bilgiler

Araştırmada temsil edilen 387 katılımcının özellikleri aşağıda incelenmiştir. Tablo 5’de belirtildiği üzere katılımcılar yaş değişkeni açısından incelendiğinde, katılımcıların %39’u 18-25 yaş grubunda, %27’si 26-39 yaş grubunda, %29’u 40-59 yaş grubunda ve sadece %6’sı 60 ve daha büyük yaş gurubunda yer almaktadır. Buradan katılımcıların büyük çoğunluğunun genç ve orta yaş grubunda yer alan kişilerden oluştuğu ortaya çıkmaktadır. 18-25 yaş grubunda yer alan katılımcıların oranının diğer yaş gruplarındaki katılımcıların oranından yüksek olması araştırmanın gerçekleştirildiği dönemde 18 yaşını dolduran kişilerin liseyi bitirdikleri dönem ile üniversite öğrencisi olacakları dönem arasındaki sürede bakmakla yükümlü olunan kişi olarak sağlık hizmetlerinden yararlanamamaları sebebi ile genel sağlık sigortasına başvurmak zorunda bulunmalarından kaynaklanmaktadır. Bu sorun Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 67. maddesine 10.01.2013 tarihinde 6385 sayılı Kanunla eklenen “Lise ve dengi öğrenim görmesi sebebiyle bakmakla yükümlü olunan kişi veya hak sahibi sıfatıyla sağlık hizmetlerinden yararlandırılan çocuklar, 20 yaşını dolduracakları tarihi aşmamak kaydıyla, bu öğrenimlerini bitirmelerini izleyen tarihten itibaren 120 gün süre ile aynı kapsamda sağlık hizmetlerinden yararlanmaya devam ederler” hükmü ile çözülmüştür.

Katılımcılar cinsiyet değişkeni açısından değerlendirildiğinde, %40'ının kadın ve %60'ının erkek olduğu görülmektedir. Katılımcılar doğum yeri açısından ele alındığında, %48'inin Eskişehir doğumlu olduğu, %27'sinin Eskişehir'e komşu olan illerde doğduğu ve %26'sının diğer olarak belirtilen grupta bulunduğu görülmektedir.

Katılımcılar Eskişehir'de ikamet ettikleri süre açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların %16'sının 5 yıldan az bir süredir Eskişehir'de ikamet ettikleri, %13'ünün Eskişehir'de ikamet süresinin 5-10 yıl arasında olduğu, %23'ünün Eskişehir'de ikamet ettikleri sürenin 11-20 yıl arasında olduğu ve %48'inin 20 yıldan fazla süredir Eskişehir'de ikamet etmekte olduğu görülmektedir. Eskişehir'de 5 yıldan az süredir ikamet edenlerin bulunması, Eskişehir'in yoksul göçü aldığını göstermektedir. Bu kişiler iş bulma ümidi ve daha iyi yaşam şartları beklentisi ile Eskişehir'e göç etmişlerdir (Suğur vd., 2010: 29-35).

Katılımcılar medeni durum değişkeni açısından incelendiğinde, katılımcıların %50'sinin evli olduğu, %41'inin bekâr olduğu, sadece %5'inin dul ve sadece %4'ünün boşanmış kişilerden oluştuğu görülmektedir. Araştırmanın verilerinin toplanması aşamasında eşinden boşanmış olan kadınların, eşlerinin sosyal güvencesinden artık yararlanamadıkları için genel sağlık sigortası başvurusu yapmaya geldikleri görülmüştür. Dul kadınların ise, kendilerinin ve vefat eden eşlerinin sosyal güvencesinin bulunmaması nedeniyle genel sağlık sigortası başvurusunda bulundukları görülmüştür. Ayrıca özellikle Fevzi Çakmak mahallesindeki hane ziyaretleri esnasında araştırmaya katılan evli kadınların birçoğunun eşlerinin cezaevinde olduğunu söylemeleri yoksulluk ve suç arasındaki ilişkiyi göstermesi bakımından önemli bir bulgudur. Dinler ve İçli (2009: 2482-2485) tarafından Isparta Cezaevinde gerçekleştirilen Suç ve Yoksulluk Etkiselliği başlıklı çalışmaya göre; hükümlülerin yoksulluk durumu ile işledikleri suçlar incelendiğinde; hırsızlık ve gasp-kapkaç gibi mala karşı suçların çoğunlukla yoksullar tarafından işlendiği görülmüştür. Mala karşı suçlar genellikle ekonomik kaygılarla işlenmektedir (Özkalp, 2000: 494-495; Gölbaşı, 2008: 95-107).

Katılımcılar öğrenim durumu değişkeni bakımından değerlendirildiğinde, katılımcıların %6'sının Okuryazar olmadığı görülmektedir, katılımcıların %5'i ise Diplomasız

okuryazardır. Katılımcıların %37'si İlkokul mezunudur, katılımcıların %10'u Ortaokul mezunu, %30'u Lise mezunu, %12'si Yüksekokul veya Fakülte mezunu, sadece 1 kişinin ise Yüksek lisans mezunu olduğu görülmektedir. Katılımcıların çoğunluğunu eğitim düzeyi düşük olan kişilerin oluşturduğu söylenebilir. Bu kişilerin düşük eğitim seviyesinde bulunmaları, gelir düzeylerinin düşük olmasını da açıklayabilmektedir. Bu kişilerin temel özellikleri vasıfsız ve eğitimsiz olmalarının yanı sıra işgücü piyasasında çok sayıda bulunmalarıdır. Bu nedenle düşük ücretle istihdam edilmektedirler (Suğur vd., 2010: 20-25).

Katılımcılar hanedeki kişi sayısı açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların %9'unun (35 kişi) tek kişilik hanede yaşadığı, %15'inin (57 kişi) 2 kişilik hanede yaşadığı, %54'ünün (209 kişi) 3-4 kişilik hanede yaşadığı, %21'inin (81 kişi) 5-7 kişilik hanede yaşadığı ve sadece 5 kişinin 8-10 kişi büyüklüğündeki hanelerde yaşadığı görülmektedir. Katılımcıların yarıdan fazlasının 3-4 kişilik hanelerde yaşıyor olması, TÜİK'in 2011 yılı Nüfus ve Konut Araştırmasının sonuçlarına göre Türkiye'de ortalama hane nüfusu olan 3,8 rakamı ile uyumluluk göstermektedir (TÜİK, 2011).

Tablo 5. Katılımcıların Demografik Özellikleri

		Sıklık (N)	Yüzde (%)
Yaş	18-25	150	38,8
	26-39	103	26,6
	40-59	112	28,9
	60 ve daha büyük	22	5,7
	Toplam	387	100,0
Cinsiyet	Kadın	157	40,6
	Erkek	230	59,4
	Toplam	387	100,0
Doğum Yeri	Eskişehir	183	47,4
	Komşu iller	103	26,7
	Diğer	100	25,9
	Toplam	386	100,0
Eskişehir’de İkamet Süresi	5 yıldan az	60	15,6
	5-10 yıl	51	13,2
	11-20 yıl	89	23,1
	20 yıldan fazla	185	48,1
	Toplam	385	100,0
Medeni Durum	Evli	193	49,9
	Bekâr	159	41,1
	Dul	18	4,7
	Boşanmış	17	4,4
	Toplam	387	100,0
Öğrenim Durumu	Okuryazar değil	22	5,7
	Diplomasız okuryazar	20	5,2
	İlkokul mezunu	142	36,7
	Ortaokul mezunu	38	9,8
	Lise mezunu	116	30,0
	Yüksekokul/Fakülte mezunu	48	12,4
	Yüksek lisans mezunu	1	0,3
	Toplam	387	100,0
Hanedeki Kişi Sayısı	Tek kişi	35	9,0
	2 kişi	57	14,7
	3-4 kişi	209	54,0
	5-7 kişi	81	20,9
	8-10 kişi	5	1,3
	Toplam	387	100,0

4.7.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın etkinliğine yönelik değerlendirmeler

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın etkinliğini ölçmeye yönelik ifadelerin tümüne yönelik değerlerin ortalaması **3,74** olmuştur (5:Kesinlikle katılıyorum-1:Kesinlikle katılmıyorum). Bu sonuç 5’li Likert ölçeğinde 4 numaralı sütun olan Katılıyorum seçeneğine karşılık gelmektedir. Tablo 6’da görüldüğü gibi bu ifadeler tek tek ele alındığında ise en yüksek değeri alan ifade 4,5 ortalama puanı ile “tüm vatandaşların eczanelerden ilaçlarını alabilmeleri sayesinde ilaçlara erişim kolaylaşmıştır” ifadesi olmuştur. Bu ifadeyi 4,4 ortalama puanı ile “hastanelerin birleşmesi ile sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabiliyorum” ifadesi izlemektedir. Katılımcıların hastanelerin birleşmesi ile sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabildiklerini düşünmelerinde daha önce sadece SSK hastanelerinden hizmet alabiliyorken 2005 yılında yapılan değişiklikle tüm devlet hastanelerinden hizmet alabilme imkânına sahip olmalarının etkisi bulunmaktadır. Üçüncü sırayı ise 4,2 ortalama puanı ile “aile hekimliği sistemi ile önceki sağlık sisteminde aldığımdan daha iyi sağlık hizmeti almaktayım” ve “ihtiyaç duyduğum tüm ilaçları genel sağlık sigortası kapsamında eczanelerden alabiliyorum” ifadeleri almaktadır. Aile hekimliği uygulaması, kişiye yönelik koruyucu hizmetlerle birinci basamak teşhis ve tedavi hizmetlerinin kişinin kendi seçeceği doktor tarafından yürütülmesi, böylece doktor ve aile üyeleri arasında daha kişisel ilişkilerin kurulmasına olanak veren ve hasta memnuniyetini hedefleyen bir uygulama olarak tanımlanmaktadır (Şavran, 2010: 159; Akdağ, 2011b: 2). Katılımcıların aile hekimliği sistemi ile daha iyi sağlık hizmeti almakta olduklarını düşünmelerinde aile hekiminin evlerine yakın bir yerde bulunması, kendilerini tanıması ve sorunlarına çözüm önerileri getirmesinin etkisi bulunmaktadır. Bu bulgu, Sağlık Bakanlığı’nın aile hekimliği uygulamasına geçilmesi ile kişilerin birinci basamak sağlık kurumlarını tercihi tüm muayeneler içinde 2002 yılında %38’den 2010 yılında %51’e çıkmıştır ve kişilerin sağlık hizmetlerini birinci basamaktan alma talebi artmaktadır verisi ile uyumluluk taşımaktadır (Akdağ, 2011a: 83). Ayrıca bu bulgu Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti 2011 araştırmasının Türkiye genelinde aile hekimlerinden %89,8 oranında memnuniyet duyulduğu bulgusu ile de uyumludur (Akdağ, 2011b: 304). İhtiyaç duyduğum tüm ilaçları genel sağlık sigortası kapsamında eczanelerden alabiliyorum değerlendirmesinin memnuniyet oranının yüksek çıkmasında daha önce sadece SSK hastanelerinin

eczanelerinden sadece belirli ilaçların alınabilmesi ya da sadece kurumla anlaşması bulunan belirli eczanelerden ilaçlarını alabilen kişilerin Sağlıkta Dönüşüm Programı ile tüm eczanelerden ilaçlarını alabilme olanağına kavuşmalarının etkisi bulunmaktadır. Bu bulgu Çelikay (2009: 141) tarafından Eskişehir’de gerçekleştirilen araştırmanın gerekli olan ilaçların istenilen eczaneden alınabilmesi, katılımcıların %77,8’i tarafından olumlu bir gelişme olarak değerlendirilmektedir bulgusuyla da uyumludur. Katılımcılar bu uygulamanın eski sisteme göre çok daha iyi olduğunu ifade etmişlerdir. Sağlıkta Dönüşüm Programı’ndan önceki sistemde SSK hastanelerinin eczanelerinde hastalara doktorun yazdığı ilacın yerine bu ilacın daha ucuz olan muadilinin veriliyor olması, katılımcıların bu uygulamadan duydukları memnuniyetin sebebini açıklamaktadır (Akdağ, 2010: 98; Koçak ve Tiryaki, 2011: 62-66; Üstündağ ve Yoltar, 2011: 69).

“Devlet hastanelerine randevu alınarak gidilmesi ile hasta memnuniyetinin artırılması sağlanmıştır” ve “devlet hastanelerine randevu alınarak gidilmesi ile sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşılmaktadır” ifadeleri 4,1 ortalama puanı ile en olumlu görülen ifadeler arasında dördüncü sırada yer almıştır. Katılımcılar Sağlıkta Dönüşüm Programı’ndan önceki sisteme göre devlet hastanelerine randevu alınarak gidilmesi ile sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabildiklerini düşünmektedirler. Önceki sistemde muayene olabilmek için çok erken saatlerde hastaneye giderek sıra numarası alınması gibi uygulamaların ortadan kalktığını ifade etmişlerdir. Ayrıca “doktorlar sağlık sorunlarımla önceki sisteme göre daha fazla ilgilenmekte ve çözüm önerileri sunmaktadır” ile “hastalığımın gerektirdiği tedavi hizmetlerine kısa sürede ulaşabiliyorum” ve “devlet hastanelerine randevu alınarak gidilmesi ile sağlık hizmetlerinin daha verimli olarak sunulması sağlanmıştır” ifadeleri 4,0 ortalama puanı ile katılımcılar tarafından olumlu olarak değerlendirilen bir diğer ifadeler grubunu oluşturmuştur. Katılımcılar Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte doktorların kendileri ile daha fazla ilgilenmeye başladığını düşünmektedirler. Bununla birlikte doktorların hastalarına karşı davranışlarında da olumlu gelişmeler olduğunu belirtmektedirler. Bu durum doktorlara yapılan performans dayalı ek ödeme sisteminin bir yansıması olarak değerlendirilebilir (OECD ve Dünya Bankası, 2008: 41-42; Akdağ, 2010: 83-84). Ayrıca katılımcılar ihtiyaç duydukları tedavi hizmetlerine kısa sürede ulaşabildiklerini düşünmektedirler. Katılımcılara göre; devlet hastanelerine randevu alınarak gidilmesi uygulaması ile sağlık hizmetlerinin sunumunda

verimlilik sağlanmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın hedeflerinden biri olan verimlilik, kaynakları uygun şekilde kullanarak maliyeti düşürüp, aynı kaynakla daha fazla hizmetin üretilmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda insan kaynaklarının dağılımı, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, sağlık işletmeciliği ve koruyucu hekimlik uygulamalarının bu bağlamda değerlendirilerek, kaynakların sistem içine alınması ve entegrasyonunun sağlanması yoluyla verimliliğin artırılacağı ifade edilmektedir (Akdağ, 2011c: 12).

“Her türlü sağlık hizmetini alabilmekteyim, aile hekimliği sistemi ile diğer sağlık kurumlarına sevk işlemi kolaylaşmıştır, bana tedavi süreci konusunda yeterince bilgi verilmektedir ve devlet hastanelerine randevu alınarak gidilmesi ile sağlık hizmetlerinin kalitesi artırılmıştır” ifadeleri 3,9 ortalama puanı ile katılımcılar tarafından olumlu görülen diğer ifadeler grubunu oluşturmaktadır. Buna göre katılımcılar Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulamaya konulması ile birlikte ihtiyaç duydukları tüm sağlık hizmetlerini alabildiklerini düşünmektedirler. Aynı şekilde katılımcılar aile hekimliği sistemi sayesinde diğer sağlık kurumlarına sevk işleminin kolaylaştığını ve tedavi süreci konusunda yeterince bilgi alabildiklerini düşünmektedirler. Ayrıca katılımcılar devlet hastanelerine randevu alınarak gidilmesi uygulamasının getirilmesi sayesinde MHRS ile hedeflendiği gibi sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinde artış olduğunu ifade etmektedirler (Akdağ, 2011a: 161).

“Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sunulan sağlık hizmetlerinin düzeyi yeterlidir ve sağlık personelinin niteliklerinde artış sağlanmıştır” ifadeleri de 3,8 ortalama puanı ile katılımcılar tarafından olumlu olarak değerlendirilen ifadeler arasında yer almaktadır. Katılımcılar Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başlayan süreçte kendilerine sunulan sağlık hizmetlerini yeterli bulduklarını ve sağlık personelinin niteliklerinde artış gözlemlediklerini ifade etmişlerdir. Ancak Çelikay ve Gümüş (2011: 75) tarafından Eskişehir'de gerçekleştirilen araştırmaya göre sağlık sisteminin sağlık risklerini kapsamada yeterli olduğu değerlendirmesine genel olarak katılımcıların olumsuz yaklaştıkları görülmektedir. Bu durumun nedeninin katılımcıların eğitim ve gelir durumlarının farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Nitekim Şavran (2010: 369)' a göre eğitim ve gelir düzeyi arttıkça sağlık hizmetlerinin yeterli olduğunu düşünme

oranının azaldığı görülmektedir. İlkokul mezunlarının sağlık sisteminde yapılan değişiklikler ile kalite açısından daha nitelikli bir hizmet sunumu sağlandığı görüşüne yüksekokul ve üniversite mezunlarına göre daha olumlu değerlendirmeler yaptıkları görülmektedir (Çelikay, 2009: 171). “Daha önce sağlık hizmetlerine ulaşamayan kesimlerin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri sağlanmıştır” ifadesi 3,7 ortalama puanı ile katılımcılar tarafından olumlu olarak değerlendirilmiştir. Katılımcılar Sağlıkta Dönüşüm Programı ile daha önce sağlık hizmetlerine ulaşamayan kesimlerin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmelerinin sağlandığını belirtmektedirler. Bu durum Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın temel hedefleri arasında yer alan tüm vatandaşların sağlık güvencesi kapsamı altına alınması hedefine ulaşılmakta olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde Çelikay (2009: 134)’a göre de, sağlık sisteminde yaşanan dönüşüm sürecinin temel amaçlarından olan vatandaş odaklı hizmet sunumu hedefine ulaşılmaya başlandığı ve bu sonucun vatandaşlar tarafından da olumlu şekilde değerlendirildiği görülmektedir.

“Temel sağlık hizmetleri tüm vatandaşlara eşit olarak sunulmaktadır” ifadesi 3,6 ortalama puanı ve “eczanelerden ilaçların alınması sırasında hastalardan ilaçlar için alınan katkı payının miktarı yüksektir ile eczanelerden ilaçların alınması sırasında hastalardan tedavi ücreti olarak alınan katılım payının miktarı yüksektir” ifadelerinin 3,5 ortalama puanı ile Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın etkinliğini ölçmeye yönelik ifadelerin tümüne ait değerlerin ortalamasının altında kaldığı görülmektedir. Bu durum sağlık hizmetlerinin sunumundaki eşitsizliklerin önceki sisteme göre azalmakla birlikte halen tümüyle ortadan kaldırılamadığı şeklinde yorumlanabilir. Genel sağlık sigortasından prim ödemeksizin yararlanan kesimlerin özel sağlık kurumlarından yararlanamaması bu duruma örnek gösterilebilir. “Eczanelerden ilaçların alınması sırasında hastalardan ilaçlar için alınan katkı payının miktarı yüksektir ve eczanelerden ilaçların alınması sırasında hastalardan tedavi ücreti olarak alınan katılım payının miktarı yüksektir” ifadelerinin katılımcılar tarafından 3,5 ortalama puanı ile değerlendirilmesi katılımcıların bu uygulamalardan memnun olmakla birlikte gelirleri düşük olduğu için kendilerinden alınan düşük bir bedelin dahi bütçeleri için önemli bir yük oluşturmasından kaynaklanmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın etkinliğine yönelik ifadeler arasında katılımcıların olumlu bulmadıkları ifadeler de yer almaktadır. Örneğin; “özel sağlık kurumlarına

ücretsiz olarak erişim kolaylaşmıştır” ifadesi 2,3 ortalama puanı ile katılımcıların en olumsuz buldukları ifade olmuştur. Bu durumun sebebinin genel sağlık sigortası kapsamında kişilerin özel sağlık kurumlarından da yararlanabilme olanağına kavuşmaları ile birlikte özel sağlık kurumlarında genellikle kişilerden farklı adlar altında katkı ve katılım paylarının alınması olduğu düşünülebilir. Katılımcılar özel sağlık kurumlarından ücretsiz olarak hizmet alamadıklarını ifade etmişlerdir. Gelirleri düşük olduğu için özel sağlık kurumlarında alınan ücretin kendileri için yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Benzer şekilde, Eskişehir’de 2009 yılında yapılan bir çalışmanın bulgularına göre de, özellikle gelir düzeyi düşük olan kişiler açısından katılım payı uygulamasının daha yoğun bir şekilde mali yük olarak görüldüğü belirtilmektedir (Çelikay, 2009: 137).

Katılımcıların 2,9 ortalama puanı ile olumsuz olarak değerlendirdikleri ikinci ifade ise “tedavi ücreti olarak alınan katılım payının hastane yerine eczanelerde ilaç alırken tahsil edilmesi olumlu bir uygulamadır” ifadesi olmuştur. Katılımcılar tedavi ücretinin hastanede alınması gerektiğini düşünmektedirler. Katılımcılar eczaneye gittiklerinde yaptıkları ödemenin ne kadarının ilaç ücreti ne kadarının ise tedavi ücreti olarak alındığının ayrımını yapamadıklarını ifade etmişlerdir (*Tablo 6*).

Tablo 6. Sağlıkta Dönüşüm Programı'na Yönelik İfadeler

	$\bar{X}$	Ss
Tüm vatandaşların eczanelerden ilaçlarını alabilmeleri sayesinde ilaçlara erişim kolaylaşmıştır.	4,5	0,80
Hastanelerin birleşmesi ile sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabiliyorum.	4,4	0,79
Aile hekimliği sistemi ile önceki sağlık sisteminde aldığımdan daha iyi sağlık hizmeti almaktayım.	4,2	0,99
İhtiyaç duyduğum tüm ilaçları genel sağlık sigortası kapsamında eczanelerden alabiliyorum.	4,2	1,038 91
Devlet hastanelerine randevu alınarak gidilmesi ile sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşılmaktadır.	4,1	0,95
Devlet hastanelerine randevu alınarak gidilmesi ile hasta memnuniyetinin artırılması sağlanmıştır.	4,1	1,03
Devlet hastanelerine randevu alınarak gidilmesi ile sağlık hizmetlerinin daha verimli olarak sunulması sağlanmıştır.	4,0	0,94
Hastalığının gerektirdiği tedavi hizmetlerine kısa sürede ulaşabiliyorum.	4,0	1,04
Doktorlar sağlık sorunlarımla önceki sisteme göre daha fazla ilgilenmekte ve çözüm önerileri sunmaktadır.	4,0	1,06
Aile hekimliği sistemi ile diğer sağlık kurumlarına sevk işlemi kolaylaşmıştır.	3,9	1,02
Devlet hastanelerine randevu alınarak gidilmesi ile sağlık hizmetlerinin kalitesi artırılmıştır.	3,9	1,02
Her türlü sağlık hizmetini alabilmekteyim.	3,9	1,09
Bana tedavi süreci konusunda yeterince bilgi verilmektedir.	3,9	1,19
Sunulan sağlık hizmetlerinin düzeyi yeterlidir.	3,8	1,11
Sağlık personelinin niteliklerinde artış sağlanmıştır.	3,8	1,12
Daha önce sağlık hizmetlerine ulaşamayan kesimlerin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri sağlanmıştır.	3,7	0,91
Temel sağlık hizmetleri tüm vatandaşlara eşit olarak sunulmaktadır.	3,6	1,17
Eczanelerden ilaçların alınması sırasında hastalardan tedavi ücreti olarak alınan katılım payının miktarı yüksektir.	3,5	1,31
Eczanelerden ilaçların alınması sırasında hastalardan ilaçlar için alınan katkı payının miktarı yüksektir.	3,5	1,32
Tedavi ücreti olarak alınan katılım payının hastane yerine eczanelerde ilaç alırken tahsil edilmesi olumlu bir uygulamadır.	2,9	1,25
Özel sağlık kurumlarına ücretsiz olarak erişim kolaylaşmıştır.	2,3	1,33

4.7.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen uygulamalara yönelik değerlendirmeler

Bu bölümde Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen uygulamalara yönelik katılımcıların değerlendirmeleri üzerinde durulmuştur. Bu uygulamalar; hasta hakları uygulamaları, gelir testi uygulaması, hizmet alınan sağlık kurumu ve sağlık durumları başlıkları altında sınıflandırılabilir.

4.7.3.1. Hasta hakları uygulamaları ile ilgili değerlendirmeler

Hasta hakları ile ilgili ilk uluslararası belge 1981 yılında Lizbon’da Dünya Tabipler Birliği tarafından açıklanan bildirgedir. Lizbon Bildirgesi, temel hasta haklarını tanımlayan altı madde ve bu maddeleri uygulama konusunda doktorlara görev veren bir paragraftan oluşmaktadır. Bu haklar; doktorunu özgürce seçme, hiçbir etki altında kalmadan özgürce çalışabilen bir doktor tarafından bakılabilmek, yeterli bilgilendirmeden sonra önerilen tedaviyi kabul veya reddedebilme, tüm tıbbi ve özel hayatına ilişkin bilgilerin gizliliğine gereken saygının gösterilmesini doktorundan bekleme, onurlu bir şekilde ölme, dini temsilci de dâhil olmak üzere, ruhsal ve manevi yönden teselli edilmeyi isteme ya da reddetme hakkı şeklinde ifade edilmektedir (Lizbon Bildirgesi, 1981; Aydemir ve Işıksan, 2012: 69).

1998 yılında uluslararası bildirimlerde yer alan hasta hakları, Türkiye koşullarına uyarlanarak, Hasta Hakları Yönetmeliği kabul edilmiştir. Bu yönetmeliğe göre hasta hakları; sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan kişilerin, sırf insan olmaları sebebiyle sahip bulundukları ve T.C. Anayasası, milletlerarası antlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile güvence altına alınmış bulunan haklarını ifade etmektedir (md: 4).

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde 1998 yılında yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliği’nin uygulanmasını sağlamak amacıyla 2003 yılında Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge yayınlanarak yürürlüğe konulmuştur. İlk aşamada 60 hastanede başlatılan hasta hakları uygulamaları, yaygınlaştırılarak günümüzde Sağlık Bakanlığı’na bağlı tüm hastane ve diğer ayaktan tedavi hizmeti sunan kurumlarda uygulanmaktadır. Uygulamanın başladığı hastanelerde uygulamalar sırasında karşılaşılan sorunların çözülmesi ve uygulamayı yapan kişi ve birimler tarafından yapılan öneriler ekseninde yönergenin yeniden düzenlenmesi ihtiyacı doğmuştur. Bu nedenle yönerge, revize edilerek ve günün koşullarına uyarlanarak 2005 yılında yeniden yürürlüğe girmiştir. Yönergeyle sağlık kurumlarında Hasta Hakları Birimleri ve Kurullarının oluşturulması öngörülmektedir (Aydemir, 2010: 12; Ulutaş, 2011: 194; Aydemir ve Işıksan, 2012: 69-70).

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen hasta hakları uygulamaları tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında 26.04.2005 tarih ve 3077 sayılı Hasta Hakları Uygulama Yönergesi dâhilinde yürütülmektedir. Bu yönergenin amacı; sağlık kurum ve kuruluşlarında yaşanan hasta hakları ihlalleri ile bu nedenle ortaya çıkan sorunların önlenmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesinin arttırılması, sağlık hizmetlerinin insan onuruna yakışır şekilde sunulması ile hastaların hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair esas ve usulleri belirlemek ve tüm toplumu ve sağlık çalışanlarını hasta hakları konusunda bilgilendirmek ve eğitmek olarak ifade edilmiştir (md: 1).

Hasta hakları birimi; hastanelerde, hasta hakları ihlallerinin önlenmesi amacıyla başvuruları kabul eden, acil sorunlara yönelik çözümü sağlayan ve bir üst birimi bilgilendiren, sağlık çalışanlarının ve hastaların hasta hakları ile ilgili eğitimlerinden sorumlu birim şeklinde tanımlanmaktadır (md: 4). Bu bağlamda öncelikle katılımcılara devlet hastanelerindeki hasta hakları birimi hakkında bilgi sahibi olup olmadıkları sorulmuştur. Tablo 7’de görüldüğü gibi katılımcıların %60’dan fazlası hasta hakları biriminden habersizdir. Hasta hakları biriminden haberdar olan katılımcılardan yaklaşık %78’inin herhangi bir sorunla ilgili olarak hasta hakları birimine gitmedikleri görülmektedir. Hasta hakları biriminden haberdar olup da, hasta hakları birimine gitmeyen katılımcıların oranının yüksek olmasında hastaneye sağlık sorunları ile ilgili olarak müracaat etmelerinden dolayı bu birimin tıbbi hizmet vermemesi nedeniyle hasta hakları birimine başvurmaya gerek görmemelerinin etkisi bulunmaktadır. Katılımcılar hasta hakları birimini hastanede bir sorunla karşılaştıklarında başvurulacak bir birim olarak algılamaktadırlar. Ayrıca hastanede karşılaştıkları bir sorunla ilgili olarak hasta hakları birimine başvuruda bulunmanın doktoru ya da hastaneyi şikâyet etmek anlamına geleceği ve bu durumun kendilerine olumsuz şekilde yansıtacağından çekinen katılımcılar da bulunmaktadır. Örneğin; ameliyat için kendisinden doktor tarafından bıçak parası istenen bir katılımcı bu durum karşısında hasta hakları birimine başvurmak istediğini ancak yakınları tarafından başvuru yapmaması yönünde telkinler alınca başvurudan vazgeçtiğini ve istenilen bıçak parasını da ödemediğini ifade etmiştir. Hasta hakları biriminden faydalanan katılımcıların 27’si ise hasta hakları biriminde sorunlarına

çözüm bulabildiklerini belirtmektedir. Hasta hakları birimine müracaat eden katılımcılardan sadece 4'ü sorunlarına çözüm bulamadıklarını belirtmektedir (Tablo 7).

Tablo 7. Hasta Hakları Birimi

Hasta Hakları Birimi ile İlgili Sorular		Sıklık (N)	Yüzde (%)
Devlet hastanelerindeki hasta hakları birimi hakkında bilginiz var mı?	Evet	141	36,4
	Hayır	246	63,6
	Toplam	387	100,0
Hastanede yaşadığınız herhangi bir sorunla ilgili olarak hasta hakları birimine gittiniz mi?	Evet	31	22,1
	Hayır	109	77,9
	Toplam	140	100,0
Hasta hakları biriminde sorununuza çözüm bulabildiniz mi?	Evet	27	87,1
	Hayır	4	12,9
	Toplam	31	100,0

4.7.3.2. Gelir testi uygulaması ile ilgili değerlendirmeler

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel hedeflerinden biri de tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamı altına alınmasıdır. Genel sağlık sigortası tüm Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarını, Türkiye'de bir yıldan fazla ikamet eden yabancıları, sığınmacı ve vatansızları kapsamına almaktadır. 18 yaş altı çocuklar koşulsuz olarak genel sağlık sigortasının kapsamına alınmışlardır. Sadece er ve erbaşlar, tutuklu ve hükümlüler ile yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olanlar kapsam dışında bırakılmaktadır. Kapsama giren kişilerin genel sağlık sigortasına katılımı zorunludur.

01.01.2012 tarihinden itibaren herhangi bir sosyal güvencesi bulunmayan ve 5510 sayılı Kanunun 60. maddesinin (g) bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılan kişiler, 01.01.2012 tarihinden itibaren bu bent kapsamında tescil edilmektedir. Bu kişilerin gerçek gelir durumlarının belirlenmesine yönelik Kanunda belirtilen gelir testi işlemlerinin yapılması, 03.06.2011 tarihli ve 633 sayılı KHK ile Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın görev alanına girmesi nedeniyle bu kişilere, genel sağlık sigortası uygulaması hakkında bilgi verilerek, gelir testi yaptırmak isteyenlerin 28.12.2011 tarihli ve 28156 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Gelir

Tespiti, Tescil ve İzleme Sürecine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik doğrultusunda bir ay içinde Adres Kayıt Sisteminde (AKS) kayıtlı bulunan ikamet adresinin bulunduğu yerdeki Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı'na başvurmaları gerektiği bildirilmiştir. Ayrıca, uygulamanın yeni olması ve vatandaşların bildirimde bulunmaması nedeniyle idari para cezasına uğramamaları için 6111 sayılı Kanunla 5510 sayılı Kanunun 61. maddesinde yapılan değişiklik uyarınca, 60. maddenin birinci fıkrasının (g) bendinde sayılanların belirlenmesi Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yapılmaktadır. Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı'na başvurarak gelir testi yaptıran kişilerden gelir testi sonucunda aile içindeki gelirin kişi başına düşen aylık tutarı asgari ücretin üçte birinden az olduğu belirlenenler, Kanunun 60. maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendi kapsamında tescil edilerek prim ödemeksizin sağlık yardımlarından faydalandırılmaktadır. Aile içindeki gelirin kişi başına düşen aylık tutarı asgari ücretin üçte birinden fazla olduğu belirlenenler ise, Kanunun 60. maddesinin birinci fıkrasının (g) bendi kapsamında tescil edilmektedir.

Genel sağlık sigortası kapsamında yer alan gelir testi uygulamasına göre aile içindeki kişi başına düşen aylık geliri brüt asgari ücretin üçte birinin altında olan kişiler G0 gelir grubu olarak adlandırılmakta ve genel sağlık sigortasından prim ödemeksizin yararlanabilmektedirler. Aile içindeki kişi başına düşen aylık geliri brüt asgari ücretin üçte biri ile asgari ücret arasında olan kişiler G1 gelir grubu olarak adlandırılmaktadır. Aile içindeki kişi başına düşen aylık geliri brüt asgari ücret ile asgari ücretin iki katı arasında olan kişiler G2 gelir grubu olarak adlandırılmaktadır. Aile içindeki kişi başına düşen aylık geliri brüt asgari ücretin iki katından fazla olan kişiler ise G3 gelir grubu olarak adlandırılmaktadır. Kişilerin gelir testi yaptırmak istememeleri ve beyanda bulunmamaları halinde ise, aile içindeki gelirin kişi başına düşen aylık tutarının brüt asgari ücretin iki katından fazla olduğu kabul edilerek ödeyecekleri prim tutarı G3 gelir grubu üzerinden hesaplanarak kendilerine bildirilmekte, primlerini ödemeleri halinde bakmakla yükümlü oldukları kişilerle birlikte sağlık hizmetlerinden faydalandırılmaktadır.

Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı'na gelir tespiti yaptırmak ya da diğer sosyal yardımlardan yararlanmak için başvuruda bulunan kişilere doldurmaları için bir başvuru

formu ve hane ile ilgili ayrıntılı bilgileri içeren bir sosyal inceleme formu verilerek, bu formları doldurmaları istenmektedir. Gelir testi başvuru formu eksiksiz bir şekilde doldurularak başvuru yapan kişi ve hanedeki 18 yaşın üzerindeki kişiler tarafından imzalandıktan sonra vakıf görevlileri tarafından işleme konulmakta ve başvuran kişiye başvurusunun alındığına dair bir belge verilerek, genel sağlık sigortası primi ödeyip ödemeyeceği ile ilgili bilgiyi 15 gün sonra Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan öğrenebileceği belirtilmektedir. Böylece gelir testi ile ilgili süreç başlamaktadır. Gelir testi sonucunda belirlenen prim miktarına başvuran kişi itiraz edebilmektedir. Bu durumda kişinin geliri tekrar incelenmekte ve vakıf müteveli heyetinde alınan karar kişiye yazılı olarak bildirilmektedir. Genellikle kişinin gelir durumunda bir değişiklik olmadan yapılan itirazlar kabul edilmemektedir. Gelir testinde hanede yaşayan kişilerin tamamının geliri toplamı hanenin geliri olarak değerlendirilmektedir (Alper, 2012: 58-60; Karadeniz, 2012: 105-106).

Araştırma bulgularına göre Tablo 8'de görüldüğü gibi katılımcıların çoğunluğu (%76) genel sağlık sigortası prim miktarının belirlenmesi için uygulanan gelir testinin gerekli olduğunu düşünürken, sadece %11'i bu testin gerekli olmadığını belirtmektedir. Katılımcıların genelinin (%85) gelir testinde rahatsız olduğu herhangi bir soru olmadığı görülmektedir. Bu katılımcılar gelirlerinin belirlenebilmesi için bu tür soruların sorulmasının gerekli olduğunu düşünmektedirler. Katılımcılara göre, geliri bulunan kişiler gelirlerine göre genel sağlık sigortası primi ödemelidir. Geliri bulunmayan kişiler ise devlet tarafından primleri ödenerek genel sağlık sigortasından yararlandırılmalıdır. Katılımcıların cevaplamaktan en çok rahatsızlık duydukları sorular ise harcama bilgilerini içeren sorulardır. 34 katılımcı harcama bilgilerini içeren soruların sorulmasından rahatsız olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların en çok harcama bilgilerini içeren soruların sorulmasından rahatsızlık duymalarının nedeni; ne kadar harcama yaptıklarını tam olarak bilmemeleri ve gelirlerini bu harcama miktarına göre belirtmeleri gerekeceğinden bu durumun daha fazla genel sağlık sigortası primi ödemeleri sonucunu doğuracağını düşünmeleridir. Bu nedenle katılımcıların çoğunluğunun gelir testi sırasında gelirlerini olduğundan daha düşük gösterme çabası içinde bulundukları görülmüştür. Böyle durumlarda gelir testinde bulunan soruları yöneltten vakıf görevlileri devreye girerek kişilerin gerçek gelirlerini beyan etmelerine yönelik yönlendirmelerde bulunmaktadır.

Bunu maddi durumları (26 katılımcı) ve sahip oldukları eşyalar ile ilgili sorular (21 katılımcı) izlemektedir. Konut bilgilerinin sorulmasından 11 katılımcı rahatsızlık duyduğunu belirtirken, kronik hastalık ve özür durumu ile ilgili sorulardan sadece 8 katılımcı rahatsızlığını belirtmektedir. Tablo 8’de verilen gruplar dışında 5 katılımcının rahatsız olduklarını belirttikleri diğer hususlar ise haftalık ya da aylık ne kadar tüketim yapıyorsunuz gibi sorular sorulması, gelir testi formundaki soruların genel olarak rencide edici olması, özellikle geçici işlerde çalışanlar ve iş buldukça çalışanlar için belirli bir gelirleri olmadığından dolayı aylık gelirin ne kadardır sorusuna cevap vermenin zor olması ve genel olarak bu soruların herkesin yanında sorulması olarak sıralanabilir. Bu hususlar dikkate alındığında bu katılımcıların gelir testinde yer alan soruları rencide edici buldukları ve düzenli bir gelirleri olmadığı için gelirleri ile ilgili sorulara net bir yanıt veremedikleri ortaya çıkmaktadır. Katılımcıların yarıdan fazlası gelir testinin adil bir şekilde gerçekleştirilebildiğini düşünürken, %29’unun bu konuda herhangi bir fikri yoktur. Katılımcıların sadece %16’sı gelir testinin adil bir şekilde gerçekleştirilmediğini düşünmektedir (Tablo 8).

Gelir testi sonucunda genel sağlık sigortasından prim ödeyerek yararlanabileceğini öğrenen bir kişinin Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı’na yaptığı itiraz konuya ilişkin ilginç bir örnek oluşturmaktadır. Kişi itiraz için geldiğinde kendisine aynı hanede onunla birlikte yaşayan oğlunun 1800 TL brüt maaşı olduğu bu nedenle prim ödemekle yükümlü olduğu belirtilmiştir. Ancak kişi, oğlunun 800 TL maaş aldığını ve Arçelik’te çalıştığını söylemiştir. Kişiyle yapılan görüşme sonucunda, oğlunun Arçelik’te taşeron işçisi olarak çalıştığı ve Taşeron işverenin Arçelik firmasına işçilerine 1800 TL brüt maaş ödediğini bildirmekte olduğu ve bu durumda işçinin eline 1360 TL geçmesi gerekirken, işverenin işçiye 800 TL ödemekte olduğu anlaşılmıştır. Bu kişi babası ile aynı hanede yaşadığı için, kişinin elde etmediği gelir yüzünden babası genel sağlık sigortasından prim ödeyerek yararlanmak zorunda kalacaktır. Bu kişiye oğlunun aldığı maaşın banka hesabını gösteren belgeyi itiraz dilekçesine ekleyerek vakıf mütevelli heyetine vermesi gerektiği söylenmiştir. Ancak kişi, oğlunu işten atabilecekleri korkusu ile itiraz dilekçesine oğlunun eline geçen geliri gösteren banka hesabı bilgisini ekleyememiştir.

Gelir testinde aynı hanede yaşayan aynı aileden olan kişilerin tüm gelirlerinin toplanması nedeniyle daha düşük prim ödemek için ikametgâh adresini yaşamadığı bir yere aldırıp orada yaşadığını iddia eden kişiler de görülmektedir. Örneğin babasının gelirinin yüksek olması sebebiyle G2 gelir grubunda prim ödemesi gereken bir kişi, G1 gelir grubundan prim ödemek için anneannesinin yanına nüfus kaydını aldırması ve burada yaşadığını iddia etmiştir. Kişinin beyanından şüphelenen vakıf görevlileri, sabah saat 09.30 civarında kişinin yaşadığını iddia ettiği anneannesinin evine gitmişlerdir. Kapıyı açan anneanneye torununun evde olup olmadığı sorulmuş anneanne ise dışarı çıktığını söylemiştir. Bunun üzerine eve giren vakıf görevlisi evde iki kişinin yaşadığına dair hiçbir belirti göremeyince, anneanne torununun burada yaşamadığını itiraf etmek zorunda kalmıştır. Bu incelemeden sonra kişinin G2 gelir grubu üzerinden prim ödemesine karar verilmiştir.

Prim borcu bulunan kişiler genel sağlık sigortasından yararlanamamaktadır. Bağ-Kur borcu bulunan bir kişinin genel sağlık sigortasından yararlanabilmesi için bu borcunu ödemesi gerekmektedir. Ancak Bağ-Kur borcu bulunan kişinin bakmakla yükümlü olduğu kişiler genel sağlık sigortasından yararlanabilmektedir. Araştırmanın verilerinin toplandığı sırada Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı'na gelen bir kişinin durumu ilginç bir örnek niteliğindedir. Bu kişi eşinin üzerine kayıtlı bir çay ocağı açmıştır. Bu çay ocağından dolayı eşi Bağ-Kur sigortalısı olmuştur. Daha sonra Bağ-Kur sigortası prim borcunu ödemediği için eşi Bağ-Kur borçlusu durumuna düşmüş ve doğum yaptığı sırada sağlık hizmeti alamamıştır. Bağ-Kur borcu nedeniyle genel sağlık sigortasından yararlanamamıştır.

Tablo 8. Gelir Testi

Gelir Testi ile İlgili Sorular		Sıklık (N)	Yüzde (%)
Genel sağlık sigortası prim miktarlarının belirlenmesi için uygulanan gelir testi sizce gerekli midir?	Evet	293	75,7
	Hayır	41	10,6
	Fikrim yok	53	13,7
	Toplam	387	100,0
Gelir testinde sizi rahatsız eden sorular var mı?	Evet	40	10,4
	Hayır	325	84,6
	Fikrim yok	19	4,9
	Toplam	384	100,0
Gelir testi adil bir şekilde gerçekleştirilebilmekte midir?	Evet	214	55,4
	Hayır	60	15,5
	Fikrim yok	112	29,0
	Toplam	386	100,0

4.7.3.3. Hizmet alınan sağlık kurumu ve katılımcıların sağlık durumları ile ilgili değerlendirmeler

Katılımcılara hizmet aldıkları sağlık kurumu ve sağlık durumları ile ilgili sorular da yöneltilmiştir. Tablo 9’da belirtildiği gibi katılımcıların çoğunluğu (%59) çok hasta olduğunda doktora gittiğini belirtirken %26’sı biraz hasta olduğunda da doktora gitmektedir. Katılımcıların %4’ü doktora hiç gitmezken %11’i hasta olmasalar bile kontrol için doktora gittiklerini belirtmektedir. Katılımcıların en sık gittikleri sağlık kurumu devlet hastanesidir. Bunu sırasıyla aile hekimi, sağlık ocağı, özel hastane ve üniversite hastaneleri izlemektedir. Aile hekimliği sistemine geçilmesi ile birlikte kurulması düşünülen sevk sisteminin aile hekimi sayısının yetersiz olması sebebiyle uygulanamaması halen en çok gidilen sağlık kurumunun devlet hastanesi olmasını açıklamaktadır. Aile hekiminin tercih edilme sebebi ise zorunlu sevk sisteminden öte hasta açısından ulaşımın kolay olmasıdır. Özellikle evlerine yakın olması sebebiyle hastanelere gitmek için harcadıkları zaman ve ulaşım maliyetinden kurtulduklarını ifade etmektedirler. Bu bulgu TÜİK’in 2010 yılı Sağlık Araştırması çalışmasının %75,6 olan aile hekimlerinden memnuniyet oranı ile uyumludur (TÜİK, 2010: 44). Ayrıca Koçak ve Tiryaki (2011: 77) tarafından Yalova’da gerçekleştirilen çalışmanın aile hekimliği

uygulamasının katılımcılar tarafından %70 oranında iyi ve çok iyi olarak değerlendirildiği bulgusu ile de uyumluluk göstermektedir. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011 rakamlarına göre, 2002 yılında 6,076 olan Aile Sağlığı Merkezi Muayene Oda Sayısı, 2011 yılında 20,216 olmuştur. Yine aynı çalışmaya göre, Türkiye’de Aktif Çalışan Aile Hekimi Başına Düşen Nüfus 3,696 olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2012b: 76-77). Genel sağlık sigortasından prim ödeyerek yararlanan katılımcıların Sosyal Güvenlik Kurumu üyeleri ile aynı şartlarda katkı payı ödeyerek özel sağlık kurumlarından yararlanabilme olanağının getirilmesine karşılık özel sağlık kurumlarını tercih eden kişilerin oranının çok düşük olması, bu kişilerin düşük gelir gruplarında bulunmaları ve sağlık hizmetlerini öncelikli olarak kamu sağlık kurumlarından almak istemeleri ile açıklanabilmektedir. Bu bulgu Turanlı ve diğerleri (2011: 100) tarafından İstanbul’da gerçekleştirilen çalışmanın sağlık kurumu tercihini etkileyen en önemli unsurun ücret olarak görüldüğü bulgusu ile uyumludur.

Sağlık kurumu tercihlerinden sonra, katılımcılara genel olarak sağlık durumları sorulmuş ve katılımcılar genel sağlık durumlarını genelde iyi olarak değerlendirmişlerdir (*Tablo 9*). Bu bulgu TÜİK’in 2010 yılı Sağlık Araştırması sonuçlarına göre; Türkiye’de yaşayan erkeklerin %73,5’i kadınların ise %56,7’si genel sağlık durumunu çok iyi ya da iyi olarak belirtmişlerdir bulgusu ile uyumluluk göstermektedir (TÜİK, 2010: 6). Katılımcılar sağlık kurumlarında karşılaştıkları en önemli sorunu uzun bekleme süreleri olarak belirtmektedirler. 159 kişi bekleme sürelerinden şikâyet ederken, 162 kişi hiçbir sorunla karşılaşmadığını belirtmektedir. Uzun bekleme sürelerini, sırasıyla hastalıkla ilgili yeterli bilgi alamama (87 katılımcı), sağlık personeli ile yaşanan iletişim sorunları (85 katılımcı), sosyal güvence ile ilgili sorunlar (73 katılımcı) ve ücret ve katılım payı ile ilgili sorunlar (56 katılımcı) izlemektedir. 14 katılımcı ise sağlık kurumlarında karşılaştıkları en önemli sorunları kendi ifadeleri ile şöyle sıralamaktadır:

- “Gerekli ilgi gösterilmedi”.
- “Personelin çalışma saatlerine özen göstermeyerek hastaları bekletmesi”.
- “Sosyal güvencesi olmadığı için bakılamamak”.
- “Hastanelerin kapasitelerinin üzerinde hastaya bakmak zorunda olması”.
- “Aile hekiminin yerinde bulunamaması”.

- “Yoğun bakım ünitelerinde ameliyat sonrasında erkek hastalar ile kadın hastaların aynı yere konulmaları”.

Katılımcılar tarafından sağlık kurumlarında karşılaşılan diğer sorunlar olarak belirtilen yukarıdaki ifadeler irdelendiğinde bu sorunların sağlık hizmetlerinin sunumundaki ilgisizlik, özensizlik ve yoğunluk gibi sorunlardan kaynaklandığı ve çok az sayıda katılımcı tarafından dile getirildiği görülmektedir. Çelikay (2009: 134)’ a göre, sağlık kurumlarında yaşanan yoğunluk, hizmet sunumunda etkinliğin ve kalitenin düşmesine, maliyetlerin ise artmasına neden olmaktadır. Bununla birlikte sağlık hizmeti almak isteyen kişilerin sağlık kuruluşlarında uzun süre beklemleri, sağlık hizmetlerinden yararlanma isteklerini azaltan bir durum olarak görülmektedir.

Tablo 9. Hizmet Alınan Sağlık Kurumu ve Katılımcıların Sağlık Durumları ile İlgili Bilgiler

		Sıklık (N)	Yüzde (%)
Doktora ya da sağlık kurumuna hangi sıklıkta gitmektesiniz?	Hiç gitmem	16	4,1
	Biraz hasta olunca	101	26,2
	Çok hasta olunca	228	59,1
	Hasta olmasam bile kontrol için	41	10,6
	Toplam	386	100,0
En sık hangi sağlık kurumuna gitmektesiniz?	Devlet hastanesi	175	45,2
	Aile hekimi	108	27,9
	Sağlık ocağı	80	20,7
	Özel hastane	13	3,4
	Üniversite hastanesi	11	2,8
	Toplam	387	100,0
Genel olarak sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?	Çok iyi	40	10,3
	İyi	172	44,4
	Orta	142	36,7
	Kötü	32	8,3
	Çok kötü	1	0,3
	Toplam	387	100,0

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmaya başladığı yıl olan 2003 yılından itibaren katılımcıların hizmet aldıkları sağlık kurumlarında yaşanan en önemli olumlu değişiklerin sorgulandığı soruda katılımcılar en olumlu değişiklik olarak temizlik koşullarını belirtmektedirler. 306 katılımcı temizlik koşullarında en önemli olumlu değişikliğin yaşandığını belirtirken bunu benzer şekilde kurumların fiziki koşullarında yaşanan olumlu değişikliklerin (300 katılımcı) izlediği görülmektedir. Sırasıyla hizmetin kalitesi (297 katılımcı), personelin davranışı (250 katılımcı) ve bürokratik işlemler (214 katılımcı) gelmektedir. Katılımcıların 2003 yılından itibaren özellikle sağlık kurumlarının hizmet sunumu anlayışlarında yaşanan değişimi olumlu karşıladıkları söylenebilir. Buna karşın 25 katılımcı 2003 yılından bu yana sağlık kurumlarında hiçbir olumlu değişiklik algılamadıklarını belirtmektedirler. 15 katılımcı ise aşağıda kendi ifadeleri ile verilen çeşitli konularda olumlu değişiklikler olduğunu düşünmektedir:

- “Bekleme sürelerinin kısalması”.
- “Herkesin özel hastanelerden sağlık hizmeti alabilmesi”.
- “İnsana değer veriliyor”.
- “Doktorlar çok iyi ilgileniyorlar”.
- “Telefon ile randevu, nüfus cüzdanı ile müracaat”.
- “Hizmete daha kolay ulaşılabililiyor”.
- “Muayenehanelerin kalkması”.
- “Her şey çok iyi oldu”.

Katılımcılar tarafından sağlık kurumlarında yaşanan diğer olumlu değişiklikler olarak belirtilen yukarıdaki ifadeler incelendiğinde bunların bekleme sürelerinin kısalması, tüm kesimlerin özel hastanelerden sağlık hizmeti alabilmesi, doktorların hastaları ile daha fazla ilgilenmesi ve sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması şeklindeki olumlu gelişmeler olduğu görülmektedir.

4.7.3.4. Tedavi hizmetleri ile ilgili değerlendirmeler

Bu başlık altında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın getirdiği yeni uygulamaların sağlık hizmeti yararlanıcılarına nasıl yansıdığı ele alınacaktır. Bu bölümde ayakta tedavi hizmetleri, yatarak tedavi hizmetleri, laboratuvar hizmetlerinin özel sektör tarafından verilmesi, acil servis hizmetleri ve doktor seçimi gibi hizmetlerin katılımcılar tarafından değerlendirilmesi istenmiştir. Tablo 10'da görüldüğü gibi katılımcıların %86'sı 2003 yılından itibaren herhangi bir sağlık kurumundan poliklinik ve muayene gibi ayakta tedavi hizmetlerinden yararlandığını ve %91'i bu hizmetlerden memnun olduğunu belirtmektedir. Katılımcıların %42'si 2003 yılından itibaren herhangi bir sağlık kurumunda yatarak tedavi olduğunu ve %87'si bu hizmetlerden memnun olduğunu belirtmektedir. Yatarak tedavi hizmeti alan katılımcıların sadece %18'i bu hizmet için ek ücret ödediğini belirtmektedir. Katılımcıların %31'i 2003 yılından sonra sağlık sorunları sebebiyle ameliyat geçirmiş ve bu katılımcıların %16'sından bıçak parası adı altında ödeme talep edildiği görülmektedir (Tablo 10). Bu katılımcılar nasıl bıçak parası istendiğine dair şu şekilde açıklamalar yapmaktadırlar:

- “Özel hastanede bu ödemenin muhasebeye yapılması istendi”.
- “Doktor daha iyi ilgileysin diye verdik”.
- “Doktor tarafından muayenehanesine getirilmesi istendi”.
- “Hastanenin kadın doğum bölümünde istendi ancak ödeme yapılmadı”.
- “Hastanede doktor tarafından 250 TL istendi ve verildi”.
- “Muayenehanede 300 TL istendi, 150 TL verildi”.

Bu bulgulara dayanarak, yatarak tedavi ücretlerinin ve bıçak parası adı altında alınan ödemelerin oldukça düşük düzeyde kaldığı söylenebilir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile eski sağlık sistemindeki sorunların asgari düzeye indirildiği görülmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğu ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine ücret ödemeksizin ulaşabilmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı'ndan önceki sistemde ameliyat olabilmek için ameliyatı gerçekleştirecek olan doktora bıçak parası adı altında bir ödemenin yapılması bir gereklilik haline gelmiş iken Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmaya başlanması ile katılımcıların sadece %16'sının kendilerinden bıçak parası adı altında bir ödemenin talep edildiğini ifade etmesi bu gerekliliğin ortadan kalkmaya başladığını

göstermektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen sistem tüm vatandaşlara asgari bir sağlık güvencesi sağlamayı hedeflemekte, bıçak parası ve zorunlu bağış adı altında yapılan enformel ödemeleri katkı payı ve prim adı altında formel ödemeler haline getirmeye çalışmakta, farklı sigorta kurumlarının vatandaşlar arasında yarattığı hiyerarşik ilişkiyi kaldırmayı amaçlamakta ve herkesi asgari bir eşitlik sisteminde bir araya getirmeyi hedeflemektedir. Bu nedenle bu program toplumun alt gelir gruplarında yer alan kesimlerinden büyük destek görmektedir (Elbek ve Adaş, 2009: 42-43).

Benzer şekilde Üstündağ ve Yoltar (2011: 72) tarafından gerçekleştirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı'ndan önceki sistemin yol açtığı sorunlarında yer aldığı çalışmanın bulgularına göre, katılımcıların birçoğu devlet hastanelerinde çalışan doktorların hastaları özel muayenehanelerine yönlendirdiklerini ve ancak buralara gittiklerinde ödedikleri ücret karşılığında kapsamlı bir hizmet alabildiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca katılımcılar, ameliyat olmaları durumunda doktorlara bıçak parası olarak adlandırılan bir ücret ödemek zorunda bırakıldıklarını ifade etmektedirler. Bunların dışında, ameliyatlarda sırasında ameliyat malzemelerinin hasta yakınlarına aldırılması, devlet hastanelerinde yataklı tedavinin gerektirdiği bakım hizmetlerinden yararlanabilmek için hastabakıcılara bahşiş verilmesi, muayene sırası için hastane görevlilerinin para talep etmesi gibi sorunlar dile getirilmektedir.

Prime dayalı bir sağlık sistemi olması, katkı ve katılım payları gibi mali yükleri ortadan kaldırmaması açılarından eleştirilebilecek olan Sağlıkta Dönüşüm Programı, hastanelerin birleştirilmesiyle önceden mağdur olan geniş bir kesimin sağlık hizmetlerinden daha kolay yararlanmasını sağlamakta, isteyenlerin istediği sağlık kurumunda tedavi görmesine izin vermekte ve bu durumda en çok Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde istediği sağlık kurumundan hizmet alamayanları memnun etmektedir (Şavran, 2010: 313).

Tablo 10'da belirtildiği gibi katılımcıların %32'si ücretsiz hale getirilen 112 ambulans hizmeti ve acil servis hizmetlerinden yararlandığını ve bu katılımcıların çoğunluğu (%85) bu hizmetten memnun kaldığını belirtmektedir. 112 ambulans hizmeti ve acil servis hizmetlerinden memnuniyet oranının yüksek çıkmasında köylerde de 112 ambulans hizmeti sunulmaya başlanmasının ve 112 acil yardım istasyonu sayısının artırılmasının

etkisi bulunmaktadır. Bu gelişmelerin sonucunda Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011 çalışmasına göre 112 acil yardım istasyonu başına düşen vaka sayısı 2002 yılında 796 iken, 2011 yılında 1568 olmuştur. Yine aynı çalışmaya göre 112 acil yardım ambulansı başına düşen toplam vaka sayısı 2002 yılında 620 iken, 2011 yılında 969 olmuştur. 112 acil yardım istasyonu başına düşen nüfus 2002 yılında 137,231 iken, 2011 yılında 43,698'e düşmüştür. 112 acil yardım ambulansı başına düşen nüfus 2002 yılında 106,809 iken, 2011 yılında 27,015'e düşmüştür. 112 acil sağlık hizmetleri 2012 yılında toplam 3.230.371 hastaya hizmet vermiştir (Sağlık Bakanlığı, 2012a: 89-90; Sağlık Bakanlığı, 2012b: 110-111). Bu bölümde ayrıca katılımcıların, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte uygulanmaya başlayan doktor seçme hakkından yararlanıp yararlanmadıkları belirlenmeye çalışılmıştır. Tablo 10'da görüldüğü gibi katılımcıların geneli (%84) doktorunu kendi seçebildiğini belirtmektedir. Yani katılımcıların bu uygulama hakkında bilgi sahibi oldukları ve doktor seçme hakkının sağlık kurumlarında uygulandığı anlaşılmaktadır. Katılımcılar özellikle Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS) üzerinden istedikleri doktoru seçerek muayene olabildiklerini ifade etmekte, ayrıca uygulamanın başladığı ilk dönemlerde devlet hastanelerinde doktor seçme hakkına ilişkin duyuruların bulunması bu uygulamanın bilinirliğini arttırmıştır. MHRS'nin hedefleri; hastanelerde daha iyi bir kaynak planlaması yapılarak hasta memnuniyetinin artırılması, hastanelerde kuyrukların azaltılması, hastanelerde kaynak kullanımının ve dağıtımının ölçülmesi yöntemiyle sağlık hizmetleri sunumunun, verim ve kalitesinin artırılması olarak ifade edilmektedir (Akdağ, 2010: 125-126). Ancak katılımcıların devlet hastanelerindeki kan tahlili ve MR gibi laboratuvar hizmetlerinin özel sektör tarafından verilmesi hakkında kafalarının karışık olduğu söylenebilir. Katılımcıların %40'ı bu uygulamayı olumlu karşılarken, %28'inin bu konuda bir fikri yoktur. Katılımcıların %25'i ise bu uygulamanın olumsuz olduğunu düşünmektedir (*Tablo 10*). Bu konuda fikri bulunmayanların ve uygulamanın olumsuz olduğunu düşünenlerin oranının yüksek olması, kişilerin bu hizmetler için başka bir kuruma gönderileceklerini düşünmeleri ve özel sektörden hizmet almaları durumunda ücret ödemeleri gerekeceğine inanmalarından kaynaklanmaktadır. Ayrıca tahlil ve MR gibi hizmetlerin gittikleri sağlık kurumu tarafından verilmesinin daha iyi olduğunu, farklı kurumlara gitmenin süreci zorlaştırdığını belirten katılımcılar da bulunmaktadır.

Tablo 10. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Katılımcılara Yansımaları

		Sıklık (N)	Yüzde (%)
2003 yılından itibaren herhangi bir sağlık kurumundan poliklinik ve muayene gibi ayakta tedavi hizmeti aldınız mı?	Evet	333	86,0
	Hayır	54	14,0
	Toplam	387	100,0
Hastanelerde sunulan ayakta tedavi hizmetlerinden memnun musunuz?	Evet	302	90,4
	Hayır	25	7,5
	Fikrim yok	7	2,1
	Toplam	334	100,0
2003 yılından itibaren herhangi bir sağlık kurumunda yatarak tedavi oldunuz mu?	Evet	161	41,7
	Hayır	225	58,3
	Toplam	386	100,0
Hastanelerde sunulan yatarak tedavi hizmetlerinden memnun musunuz?	Evet	138	86,3
	Hayır	20	12,5
	Fikrim yok	2	1,3
	Toplam	160	100,0
Yatarak tedavi sırasında ek bir ücret ödemeniz gerekti mi?	Evet	28	18,1
	Hayır	127	81,9
	Toplam	155	100,0
2003 yılından itibaren hiç ameliyat geçirdiniz mi?	Evet	121	31,3
	Hayır	265	68,7
	Toplam	386	100,0
Ameliyatınız için sizden bıçak parası adı altında bir ödeme yapmanız istendi mi?	Evet	19	15,6
	Hayır	103	84,4
	Toplam	122	100,0
Ücretsiz hale getirilen 112 ambulans hizmeti ve acil servis hizmetleri gibi acil sağlık hizmetlerinden yararlandınız mı?	Evet	123	31,8
	Hayır	264	68,2
	Toplam	387	100,0

		Sıklık (N)	Yüzde (%)
Ücretsiz hale getirilen acil sağlık hizmetlerinden memnun kaldınız mı?	Evet	107	84,9
	Hayır	14	11,1
	Fikrim yok	5	4
	Toplam	126	100,0
Başvurduğunuz sağlık kuruluşunda doktorunuzu kendiniz seçebildiniz mi?	Evet	321	83,4
	Hayır	64	16,6
	Toplam	385	100,0
Devlet hastanelerindeki kan tahlili ve MR gibi laboratuvar hizmetlerinin özel sektör tarafından verilmesi hakkında ne düşünüyorsunuz?	Çok iyi	32	8,3
	İyi	154	39,8
	Fikrim yok	108	27,9
	İyi değil	66	17,1
	Hiç iyi değil	27	7
	Toplam	387	100,0
Sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşümü nasıl değerlendirmektesiniz?	Çok iyi	113	29,6
	İyi	237	62,0
	Fikrim yok	22	5,8
	İyi değil	9	2,4
	Hiç iyi değil	1	0,3
	Toplam	382	100,0

Son olarak, katılımcıların sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşümü nasıl değerlendirdikleri belirlenmeye çalışılmıştır. Buna göre katılımcılar sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşümü genel olarak olumlu değerlendirmektedirler. Tablo 10’da görüldüğü gibi katılımcıların çoğunluğu (%62) sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşümü iyi olarak değerlendirmekte, yaklaşık %30’u ise bu dönüşümün çok iyi olduğunu belirtmektedir. Buna karşın katılımcıların sadece %2,7’si bu dönüşümü olumsuz olarak algılamaktadır. Fikri olmayanlar ise azınlıkta kalmaktadır. Bu bulgular Sağlık Bakanlığı’nın “2003 yılında %39 olan sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı, 2011 yılında %76’ya ulaşmıştır” verisini de doğrulamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2012b: 113). Ayrıca Koçak ve Tiryaki (2011: 78) tarafından yapılan çalışmada sağlık hizmetlerindeki değişikliklerinin her birini katılımcıların değerlendirmesi istendiğinde ortalama %70 oranı ile katılımcıların değişikliklerden memnun olduğu bulgusunu da desteklemektedir. Çelikay ve Gümüş (2011: 82-83) tarafından Eskişehir’de gerçekleştirilen çalışmanın sonuçlarına

göre katılımcılar sağlık sisteminde yaşanan dönüşümü olumlu ancak yetersiz bulmaktadırlar. Ancak Turanlı ve diğerleri (2011: 103-104) tarafından İstanbul’da yapılan çalışmada 1199 katılımcıya “genel olarak hükümetin uyguladığı sağlıkta dönüşüm projesini nasıl değerlendiriyorsunuz?” sorusu yöneltilmiş ve bu soruya katılımcıların %37’si olumlu yaklaşırken, %37,70’i olumsuz yaklaşmıştır. Katılımcıların %25,30’u ise fikri olmadığını belirtmiştir. Bu çalışmaya göre; araştırma bulguları ve yapılan diğer çalışmaların bulgularının aksine Sağlıkta Dönüşüm Programı’nı olumsuz olarak değerlendirenlerin oranının, olumlu olarak değerlendirenlerin oranından fazla olması bu araştırmanın örnekleminin Sosyal Güvenlik Kurumu kapsamında bulunan kişilerden kamu hastaneleri ile Sağlık Bakanlığı ile anlaşması bulunan özel hastanelerden hizmet alanlardan seçilmiş olmasının etkisi bulunmaktadır. Araştırma bulgularına göre Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın getirdiği yeni uygulamaların sağlık hizmetleri yararlanıcıları tarafından olumlu karşılandığı, bu uygulama öncesi yaşanan olumsuz deneyimlerin ise azaldığının belirtildiği görülmektedir. Aile hekimliği sistemi, hasta hakları birimi, hastanelerin birleşmesi, tüm vatandaşların eczanelerden ilaçlarını alabilmeleri, devlet hastanelerine randevu alınarak gidilmesi, ücretsiz hale getirilen acil sağlık hizmetleri gibi uygulamalar bu olumlu gelişmelerden bazılarıdır.

Anket kapsamında katılımcılara eklemek istedikleri görüşler sorulmuş, 56 katılımcı yorum yapmıştır. Katılımcıların bildirdikleri görüşler olumlu görüşler, olumsuz görüşler ve diğer görüşler şeklinde gruplandırılabilir:

Tablo 11. Olumlu Görüşler

- “Tamamından çok memnunuz”.
- “Sağlık hizmetleri çok güzel oldu”.
- “Sağlık reformu çok iyi oldu”.
- “Şikâyeti yok”.
- “İyi olarak görülüyor”.
- “Daha iyi oldu”.
- “Genel olarak olumlu”.
- “Gelişmeler iyi oldu”.
- “Sağlık hizmetlerinden daha rahat bir şekilde yararlanılıyor”.
- “Hiçbir sorun yok”.
- “Memnunuz. İlaçların eczanelerden alınması iyi oldu. Emekli olduğumuz için katılım payının ne kadar kesildiğini öğrenemiyoruz (maaş bordrosu olmadığı için)”.
- “Öğrenciler açısından iyi buluyoruz”.
- “Eskisine göre çok iyi oldu”.
- “2012 yılında Tıp Fakültesinde aldığı yatarak tedavi hizmetinden çok memnun kaldı”

Tablo 12. Olumsuz Görüşler

- “Diş hastanesinin uzaklaşması”.
- “Çalışan personel daha anlayışlı olabilir”.
- “Eczanelerde doktorun yazdığı ilacın verilmiyor olması”.
- “Özel hastanelerde ücret alınmaması daha iyi olur”.
- “Özel hastanelerde ücretlerin yüksek olması gelir az olunca sorun oluyor”.
- “Genel olarak memnuniyetsizlik var”.
- “Hastanelerin birleşmesi mantıklı değil”.
- “Devlet hastanelerinin daha fazla denetlenmesi gerekiyor”.
- “Sağlık ocağında malzeme bulunamaması nedeniyle kan tahlili yaptırılmadı”.
- “İletişim sorunları halen devam ediyor”.
- “Genel sağlık sigortası ile ilgili bildirim yapılması gerekiyor. Başvurmamız gerektiğinden haberimiz olmadı”.
- “Uygulamadan kaynaklanan ve bilgisayar sisteminden kaynaklı sorunlar yaşanmakta”.
- “Emekli maaşından kesilen katılım ve katkı payları çok zorluyor”.
- “Genel sağlık sigortası primi ödemeyenlerin özel hastanelerden yararlanamaması”.
- “Muayene ücreti ve ilaç katkı payı olmamalı”.
- “Primlerin daha düşük olması gerekir, zorlanıyoruz”.
- “Gelir tespiti yapılırken öğrencilerden çalışıyormuş gibi gelir beyanı istenmesi olumsuz bir uygulamadır”.
- “Sistem yerine oturmadığı için bu durumdan çok sayıda kişi mağdur olmaktadır. İnsanlar gelirlerini saklama yoluna gidiyor”.
- “Part-time çalışan öğrencilerden prim alınmaması gerekir”.
- “Prim ödemeksizin sağlık hizmetlerinden yararlanan kişilerden tedavi ücreti alınmaması gerekir”.
- “Katkı payları düşürülebilir. İlaç ambalaj miktarları azaltılabilir”.

Tablo 13. Diğer Görüşler

- “Sigortası yok”.
- “Engelli çocuklar ile normal çocukları bir tutmalarını istiyorum”.
- “Şikâyetler daha ileri yaşlarda belli olacak”.
- “Genel sağlık sigortası ile birlikte daha iyi hizmet alabilmek bekleniyor”.
- “Bu ilacı kullanması gerekli olduğuna dair raporu olmasına rağmen uzun süre kullanılan ilaçlardan ücret alınması. Önceden raporlu ilaçlardan ücret alınmıyordu”.
- “Devlet hastanelerinde hastanın daha uzun süre kalmış gibi gösterilerek usulsüz gelir elde edilmesi”.
- “Randevu zamanında muayene olunabilmeli. Tahlil gibi hizmetlerin aynı yerde verilmesi daha iyi olur. Farklı kurumlara gitmek süreci zorlaştırıyor. (Röntgen, tahlil aynı yerde yapılmalı)”.
- “Hizmetlerin yaygınlaştırılması ve artırılması daha iyi olur. Eskiye göre daha iyi ama eksiklikler de var”.

4.7.4. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın etkinliği ile demografik bilgilerin karşılaştırılması

Bu bölümde katılımcıların Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın etkinliğine yönelik değerlendirmelerinin bütünü ile katılımcı demografik özellikleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Yapılan tek yönlü varyans analizine göre katılımcıların cinsiyetleri, aylık hane geliri ve aylık hane gideri açısından Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın etkinliğini değerlendirmeleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Yapılan tek yönlü varyans analizine göre katılımcıların yaş grupları bakımından Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın etkinliğini değerlendirmeleri arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. Tablo 14’de görüldüğü gibi farklılığın hangi yaş gruplarından kaynaklandığı incelenirse, 40 ve üstü yaş grubunda yer alan katılımcıların ($\bar{x} = 3,9$) Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın etkinliği hakkında 18-25 ($\bar{x} = 3,6$) ile 26-39 ($\bar{x} = 3,7$) yaş grupları arasındaki katılımcılardan daha olumlu görüş bildirdikleri görülmektedir. Bu yaş grubundaki katılımcılar Sağlıkta Dönüşüm Programı’ndan önceki dönemdeki

olumsuzlukları daha uzun süre yaşamış oldukları için Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın etkinliği hakkında daha olumlu görüş bildirmektedirler (Koçak ve Tiryaki, 2011: 59-60). 18-25 yaş grubundaki katılımcıların Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın etkinliği hakkındaki değerlendirmelerinin diğer yaş gruplarına göre daha olumsuz olmasının sebebi bu kişilerin Sağlıkta Dönüşüm Programı'ndan önceki uygulamalar hakkında bilgi sahibi olmamalarından kaynaklanmaktadır. Bu nedenle bu yaş grubundaki katılımcılar geçmiş uygulamalar ile şu anki uygulamaları karşılaştırabilecek bilgi düzeyinden yoksun bulunmakta ve sağlık hizmetlerinden beklentileri daha yüksek olmaktadır (Tablo 14).

Tablo 14. Yaş Grupları Açısından Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Etkinliği

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Gruplararası	6,921	2	3,461	13,692	0,000
Gruplariçi	97,050	384	0,253		
Toplam	103,971	386			

*p< 0.05

Doğum yerleri açısından ise katılımcıların Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın etkinliğini değerlendirmeleri arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın etkinliği hakkında Eskişehir doğumlu katılımcıların ($\bar{x} = 3,8$) ve komşu illerde doğan katılımcıların ($\bar{x} = 3,9$), diğer illerdeki katılımcılardan ($\bar{x} = 3,5$), daha olumlu görüş bildirdikleri Tablo 15'de görülmektedir. Eskişehir ve komşu illerde doğan katılımcıların Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın etkinliği hakkında diğer illerde doğan katılımcılardan daha olumlu görüş bildirmeleri aile hekimliği sistemi, doktor seçme hakkı, hasta hakları ve MHRS gibi Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel uygulamalarından bazılarının Eskişehir ve komşu illerde, Türkiye genelinden daha önce ve daha etkin bir şekilde uygulamaya konulmasından kaynaklanmaktadır (Çelikay ve Gümüş, 2011: 62).

Tablo 15. Doğum Yerlerine Göre Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Etkinliği

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Gruplararası	3,682	2	1,841	7,055	0,001
Gruplariçi	99,940	383	0,261		
Toplam	103,622	385			

*p< 0.05

Eskişehir’de ikamet süreleri açısından da katılımcılar arasında Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın etkinliğine yönelik değerlendirmeleri bakımından anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Buna göre, 5 yıldan az süredir Eskişehir’de ikamet eden katılımcılar ($\bar{x}$ = 3,5), 11-20 yıl arasında burada ikamet edenlere ($\bar{x}$ = 3,8) ve 20 yıldan fazla süredir burada ikamete edenlere ($\bar{x}$ = 3,9) göre Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın etkinliği hakkında daha olumsuz düşünmektedirler. Benzer şekilde, 5-10 yıl arasında Eskişehir’de ikamet edenler de ($\bar{x}$ = 3,4) 11-20 yıl arasında ikamet edenlerden ($\bar{x}$ = 3,8) ve 20 yıldan fazla süredir ikamet edenlerden ($\bar{x}$ = 3,9) daha olumsuz görüşlere sahiptirler. Tablo 16’da görüldüğü gibi Eskişehir’de ikamet süresi arttıkça Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın etkinliği hakkında daha olumlu düşünülmektedir.

Tablo 16. İkamet Süreleri Bakımından Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Etkinliği

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Gruplararası	11,093	3	3,698	15,242	0,000
Gruplariçi	92,431	381	0,243		
Toplam	103,524	384			

*p< 0.05

Tablo 17’ye göre katılımcıların medeni durumları açısından da Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın etkinliğini değerlendirmelerinde anlamlı farklılıklar olduğu görülmektedir. Sonuçlara göre evli katılımcılar ($\bar{x}$ = 3,8) Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın etkinliğini bekârlara göre ($\bar{x}$ = 3,6) daha olumlu değerlendirmektedir. Evli katılımcıların eşleri ve

çocukları içinde sağlık hizmetlerine ihtiyaç duymaları sebebiyle sağlık kurumlarına daha fazla başvurma eğiliminde oldukları bilinmektedir. Evli katılımcıların Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın etkinliğini bekârlara göre daha olumlu değerlendirmeleri bu açıdan ayrı bir önem taşımaktadır. Araştırmanın verilerinin toplanması sürecinde evli ve çocuğu olan katılımcıların sağlık hizmetlerinden bekârlara göre daha fazla yararlandıkları ve Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın etkinliği hakkında olumlu değerlendirmelerde bulundukları gözlemlenmiştir.

Tablo 17. Katılımcıların Medeni Durumları Bakımından Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Etkinliği

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Gruplararası	5,124	3	1,708	6,617	0,000
Gruplariçi	98,848	383	0,258		
Toplam	103,971	386			

*p< 0.05

Tablo 18'de görüldüğü gibi yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre katılımcıların öğrenim durumları açısından da Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın etkinliğini değerlendirmeleri arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıklar ilkokul ve öncesi eğitim almış olanların ($\bar{x}=3,8$), Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın etkinliği konusunda ortaokul ve lise mezunlarından ($\bar{x}=3,6$) ve ön lisans ve üzeri bir eğitim almış olanlardan ($\bar{x}=3,5$) daha olumlu düşüncelerinden kaynaklanmaktadır. Eğitim düzeyi düşük olan katılımcılar Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın etkinliğini daha olumlu değerlendirmektedirler. Bu durumun nedeninin, eğitim düzeyi düşük olan kişilerin sağlık hizmetlerinden beklentilerinin de düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu bulgu Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti 2011 yılı araştırmasının “eğitim düzeyi arttıkça sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet azalmaktadır” bulgusuyla da uyumludur (Akdağ, 2011b: 304). Eğitim düzeyi yüksek olan kişilerin sağlık hizmetlerinden beklentileri daha fazla olmaktadır. Bu nedenle de memnuniyet düzeyleri eğitim düzeyi daha düşük olan gruplara göre daha olumsuz olmaktadır. Ayrıca Çelikay ve Gümüş (2011: 67-69) tarafından

Eskişehir’de gerçekleştirilen çalışmanın “ilkokul mezunlarının sağlık sisteminde yapılan düzenlemeler ile kalite bakımından daha nitelikli bir hizmet sunumu sağlandığı görüşüne, yüksekokul ve üniversite mezunlarına göre daha olumlu yaklaşmaktadırlar” bulgusuyla da uyumludur.

Tablo 18. Katılımcıların Eğitim Durumları Bakımından Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Etkinliği

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Gruplararası	6,218	2	3,109	12,212	0,000
Gruplariçi	97,754	384	0,255		
Toplam	103,971	386			

*p< 0.05

Bu tez kapsamında işsiz, öğrenci, emekli, ev hanımı, ücretli çalışma, serbest meslek ve kayıt dışı olmak üzere 7 grupta incelenen meslekler açısından katılımcıların Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın etkinliğini değerlendirmeleri açısından anlamlı farklılıklar olduğu Tablo 19’da görülmektedir. Buna göre emekliler ($\bar{x} = 3,9$) ve ev hanımları ($\bar{x} = 3,8$), öğrencilere ($\bar{x} = 3,5$) göre Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın etkinliğini daha olumlu değerlendirmektedir. Emekliler ve ev hanımlarının sağlık hizmetlerinden öğrencilere göre daha fazla yararlandıkları düşünüldüğünde, bu bulgu sağlık hizmetlerini daha fazla kullanan grupların Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın etkinliğini daha olumlu değerlendirdikleri anlamına gelmektedir ve araştırmanın diğer bulguları ile de uyumluluk taşımaktadır.

Tablo 19. Katılımcıların Meslek Grupları Açısından Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Etkinliği

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Gruplararası	5,672	6	0,945	3,645	0,002
Gruplarıçi	98,299	380	0,259		
Toplam	103,971	386			

*p< 0.05

4.7.5. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın etkinliği ile getirilen uygulamalara yönelik karşılaştırmalar

Bu bölümde katılımcıların Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın etkinliği ile Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen uygulamalara yönelik değerlendirmeleri arasındaki ilişki incelenmektedir.

Yapılan t-testi analizi sonuçlarına göre Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın etkinliği ile devlet hastanelerindeki hasta hakları birimi hakkında bilgi sahibi olmak, devlet hastanelerindeki hasta hakları biriminde soruna çözüm bulunabilmesi, 2003 yılından itibaren herhangi bir sağlık kurumundan poliklinik ve muayene gibi ayakta tedavi hizmeti alma, 2003 yılından itibaren herhangi bir sağlık kurumunda yatarak tedavi olunması, yatarak tedavi sırasında ek bir ücret ödenmesi ve 2003 yılından itibaren ameliyat geçirilmesi, ameliyat için bıçak parası adı altında bir ödeme yapılıp yapılmaması, ücretsiz hale getirilen 112 ambulans hizmeti ve acil servis hizmetleri gibi acil sağlık hizmetlerinden yararlanıp yararlanılmaması ve başvuru yapılan sağlık kuruluşunda doktoru hastanın kendisinin seçebilmesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın etkinliği ile hastaneye ya da doktora gitme sıklığı, en sık gidilen sağlık kurumu, kişinin genel sağlık durumu arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre ise Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın etkinliği ile devlet hastanelerindeki kan tahlili ve MR gibi laboratuvar hizmetlerinin özel sektör tarafından verilmesine ilişkin görüşler arasında Tablo 20'de görüldüğü gibi anlamlı bir

farklılık vardır. Buna göre bu uygulamanın hiç iyi olmadığını düşünenler ($\bar{x} = 3,4$), Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın etkinliğini diğer tüm gruplara göre çok daha olumsuz değerlendirmektedir. Başka bir ifadeyle devlet hastanelerindeki kan tahlili ve MR gibi laboratuvar hizmetlerinin özel sektör tarafından verilmesi hakkında olumsuz düşünceleri bulunan katılımcılar, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın etkinliğini de olumsuz şekilde değerlendirmektedirler.

Tablo 20. Devlet Hastanelerindeki Kan Tahlili ve MR gibi Laboratuvar Hizmetlerinin Özel Sektör Tarafından Verilmesine İlişkin Görüşler Açısından Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Etkinliği

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Gruplararası	4,057	4	1,014	3,878	0,004
Gruplarıçi	99,914	382	0,262		
Toplam	103,971	386			

*p< 0.05

Tablo 21'de görüldüğü gibi tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre ise Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın etkinliği ile ayakta tedavi hizmetlerinden memnun kalma arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Bu farklılık beklenir bir şekilde ayakta tedavi hizmetlerinden memnun kalanların ($\bar{x} = 3,7$), kalmayanlara ($\bar{x} = 3,3$) göre Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın etkinliğini daha olumlu değerlendirmelerinden kaynaklanmaktadır. Ayakta tedavi hizmetlerinden memnun kalan katılımcılar, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın etkinliğini de olumlu olarak değerlendirmektedirler. Sağlık hizmetlerinin sunumundaki olumlu gelişmeler ayakta tedavi hizmetlerine de yansımaktadır.

Tablo 21. Ayakta Tedavi Hizmetinden Memnun Kalıp Kalmama Açısından Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Etkinliği

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Gruplararası	6,147	2	3,074	12,408	0,000
Gruplariçi	81,995	331	0,248		
Toplam	88,143	333			

*p< 0.05

Tablo 22’de görülen tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre ise Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın etkinliği ile yatarak tedavi hizmetlerinden memnun kalma arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Bu farklılık beklenir bir şekilde yatarak tedavi hizmetlerinden memnun kalanların ($\bar{x} = 3,8$), kalmayanlara ($\bar{x} = 3,4$) göre Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın etkinliğini daha olumlu değerlendirmelerinden kaynaklanmaktadır.

Tablo 22. Yatarak Tedavi Hizmetinden Memnun Kalıp Kalmama Açısından Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Etkinliği

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Gruplararası	4,933	2	2,467	9,523	0,000
Gruplariçi	40,666	157	0,259		
Toplam	45,599	159			

*p< 0.05

Önceki sonuçlara benzer şekilde Tablo 23’de görülen tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre ise Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın etkinliği ile ücretsiz hale getirilen acil sağlık hizmetlerinden memnun kalma arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Bu farklılık beklenir bir şekilde ücretsiz hale getirilen acil sağlık hizmetlerinden memnun kalanların ($\bar{x} = 3,8$), kalmayanlara ($\bar{x} = 3,2$) göre Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın etkinliğini daha olumlu değerlendirmelerinden kaynaklanmaktadır.

Tablo 23. Ücretsiz Hale Getirilen Acil Sağlık Hizmetlerinden Memnun Kalıp Kalmama Açısından Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Etkinliği

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Gruplararası	3,781	2	1,891	6,892	0,001
Gruplariçi	33,714	123	0,274		
Toplam	37,523	125			

*p< 0.05

4.7.6. Katılımcıların demografik özellikleri ile Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen uygulamalara yönelik değerlendirmeleri arasındaki ilişki

Bu bölümde katılımcıların yaşları, cinsiyetleri, doğum yerleri, medeni durumları, aylık hane geliri ve aylık hane giderine göre Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen uygulamalara yönelik değerlendirmeleri arasında ilişki olup olmadığının belirlenebilmesi için ki-kare bağımsızlık testinden yararlanılmıştır. İzleyen kısımda tespit edilen ilişkilerden bahsedilecektir.

Analiz sonuçlarına göre katılımcı medeni durumları, katılımcıların doğum yerleri, aylık hane gelir ve aylık hane giderleri ile Sağlıkta Dönüşüm Programıyla getirilen uygulamalara yönelik değerlendirmeler arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

4.7.6.1. Katılımcı cinsiyetine göre Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen uygulamalara yönelik değerlendirmeler

Çapraz tablo ve ki-kare testi sonuçlarına göre katılımcı cinsiyeti ile doktora gitme sıklığı arasında bir ilişki bulunamamıştır. Ancak katılımcı cinsiyeti ile devlet hastanelerindeki kan tahlili ve MR gibi laboratuvar hizmetlerinin özel sektör tarafından verilmesi hakkındaki görüşler arasında ilişki bulunmaktadır. Analiz sonuçlarına göre Tablo 24 ve Tablo 25’de görüldüğü gibi kadın ve erkek katılımcıların devlet hastanelerindeki kan tahlili ve MR gibi laboratuvar hizmetlerinin özel sektör tarafından verilmesi hakkındaki çok iyi ve iyi değerlendirmelerinin oranının birbirine yakın (%48,4, %47,82) olduğu

görülmektedir. Erkekler arasında iyi değil ve hiç iyi değil değerlendirmesi yapanların oranı aynı değerlendirmede bulunan kadınların oranının iki katıdır (%30, %15). Sonuç olarak devlet hastanelerindeki kan tahlili ve MR gibi laboratuvar hizmetlerinin özel sektör tarafından verilmesi hakkında kadınların değerlendirmelerinin erkeklere göre daha olumlu olduğu söylenebilir.

Tablo 24. Katılımcı Cinsiyeti-Devlet Hastanelerindeki Kan Tahlili ve MR Gibi Laboratuvar Hizmetlerinin Özel Sektör Tarafından Verilmesi Hakkında Görüşler Çapraz Tablosu

		Devlet Hastanelerindeki Kan Tahlili ve MR Gibi Laboratuvar Hizmetleri					Toplam
		Çok iyi	İyi	Fikrim yok	İyi değil	Hiç iyi değil	
Katılımcı cinsiyeti	Kadın	11	65	58	17	6	157
		%7	%41,4	%37	%11	%3,8	%100
	Erkek	21	89	50	49	21	230
		%9,1	%39	%21,7	%21,3	%9,1	%100
Toplam		32	154	108	66	27	387

Tablo 25. Ki-Kare Testi: Katılımcı Cinsiyeti-Devlet Hastanelerindeki Kan Tahlili ve MR Gibi Laboratuvar Hizmetlerinin Özel Sektör Tarafından Verilmesi Hakkındaki Görüşler

	Değerler	sd	p anlamlılık değeri
Pearson Ki-Kare	18,183 ^a	4	0,001
Olabilirlik Oranı	18,688	4	0,001
Linear-by-Linear Association	3,193	1	0,074
Geçerli Durum Sayısı	387		

a. Tahmini değeri 5'den küçük olan hücre sayısı (0)'dır. Minimum tahmini değer 10,95'dir.

Tablo 26 ve Tablo 27'ye göre katılımcıların genel sağlık durumları ile cinsiyetleri arasında ise bir ilişki vardır. Erkek katılımcıların %65'i genel sağlık durumlarını çok iyi ve iyi olarak değerlendirmekte iken, kadınların ise %42'si genel sağlık durumlarını çok iyi ve iyi olarak değerlendirmektedir. Bu bulgular TÜİK'in 2010 yılı Sağlık Araştırması sonuçlarına göre; Türkiye'de yaşayan erkeklerin %73,5'i kadınların ise %56,7'si genel sağlık durumunu çok iyi ya da iyi olarak değerlendirmektedirler bulgusunun biraz altında

kalmaktadır (TÜİK, 2010: 6). Analiz sonuçlarına göre erkeklerin genel sağlık durumlarını kadınlara göre daha iyi olarak değerlendirdikleri görülmektedir.

Tablo 26. Katılımcı Cinsiyeti-Genel Sağlık Durumları Çapraz Tablosu

		Genel sağlık durumu					Toplam
		Çok iyi	İyi	Orta	Kötü	Çok kötü	
Katılımcı cinsiyeti	Kadın	5	58	78	16	0	157
		%3,2	%36,9	%49,7	%10,2		%100
	Erkek	35	114	64	16	1	230
		%15,2	%49,6	%27,8	%6,9	%0,4	%100
Toplam		40	172	142	32	1	387

Tablo 27. Ki-Kare Testi: Katılımcı Cinsiyeti-Genel Sağlık Durumları

	Değerler	sd	p anlamlılık değeri
Pearson Ki-Kare	30,425 ^a	4	0,000
Olabilirlik Oranı	32,795	4	0,000
Linear-by-Linear Association	22,402	1	0,000
Geçerli Durum Sayısı	387		

a. Tahmini değeri 5’den küçük olan iki hücre vardır. Beklenen tahmini değer 0,41’dir.

4.7.6.2. Katılımcı yaş gruplarına göre Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen uygulamalara yönelik değerlendirmeler

Katılımcıların yaş gruplarına göre de Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın getirdiği uygulamalardan bazılarını değerlendirmeleri açısından ilişkiler olduğu görülmektedir.

Sonuçlara göre katılımcıların hasta hakları birimi hakkında bilgileri olup olmaması ile yaş grupları arasında bir ilişki yoktur. Yaş grupları ile devlet hastanelerindeki kan tahlili ve MR gibi laboratuvar hizmetlerinin özel sektör tarafından verilmesi ile ilgili görüşleri arasında bir ilişki bulunamamıştır. Ayrıca, katılımcıların 2003 yılından itibaren ameliyat geçirip geçirmemeleri ile yaş grupları arasında ilişki bulunmamaktadır.

Ancak Tablo 28 ve Tablo 29’da yer alan analiz sonuçlarına göre katılımcıların genel sağlık durumları ile yaş grupları arasında ilişki olduğu görülmektedir. 18-25 yaş grupları

arasındaki katılımcıların %71'i genel sağlık durumlarını çok iyi ve iyi olarak değerlendirmekte iken, 26-39 yaş grupları arasındaki katılımcılarda bu oran %47 olmaktadır. 40 ve üstü yaş grupları arasındaki katılımcılarda ise genel sağlık durumlarını çok iyi ve iyi olarak değerlendirmekte olanların oranı %43'e düşmektedir. 18-25 yaş gruplarında yer alan genç olarak nitelendirilebilecek olan katılımcılar daha az sağlık sorunları ile karşılaştıkları için genel sağlık durumlarını diğer yaş gruplarına göre daha iyi olarak görmektedirler. Beklenildiği gibi yaş ilerledikçe genel sağlık durumunu çok iyi ve iyi olarak değerlendirenlerin oranı azalmaktadır.

Tablo 28. Yaş Grupları- Genel Sağlık Durumu Çapraz Tablosu

		Genel sağlık durumu					Toplam
		Çok iyi	İyi	Orta	Kötü	Çok kötü	
Yaş grupları	18-25	27	79	37	7	0	150
		%18	%52,6	%24,6	%4,6		%100
	26-39	8	40	45	10	0	103
		%7,8	%38,8	%43,7	%9,7		%100
	40 ve üstü	5	53	60	15	1	134
		%3,7	%39,5	%44,8	%11,2	%0,75	%100
Toplam		40	172	142	32	1	387

Tablo 29. Ki-Kare Testi: Yaş Grupları- Genel Sağlık Durumu

	Değerler	sd	p anlamlılık değeri
Pearson Ki-Kare	34,129 ^a	8	0,000
Olabilirlik Oranı	35,484	8	0,000
Linear-by-Linear Association	27,998	1	0,000
Geçerli Durum Sayısı	387		

a. Tahmini değeri 5'den küçük olan hücre sayısı (3)'dür. Minimum tahmini değer 0, 27'dir.

Tablo 30 ve Tablo 31'e göre katılımcıların yaş grupları ile sağlıkta yaşanan dönüşümü değerlendirmeleri arasında ilişki bulunmaktadır. 40 ve üstü yaş gruplarında yer alan katılımcıların %93'ü sağlıkta yaşanan dönüşümü çok iyi ve iyi olarak değerlendirmektedir. 18-25 yaş gruplarında yer alan katılımcıların %92'si sağlıkta yaşanan dönüşümü çok iyi ve iyi olarak değerlendirmektedir. 26-39 yaş grupları arasında yer alan katılımcıların ise %89'u sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşümü çok iyi ve iyi olarak değerlendirmektedir. Yaş gruplarına göre sağlıkta yaşanan dönüşümün

değerlendirilmesi istendiğinde tüm yaş gruplarının çok iyi ve iyi değerlendirmelerinin oranının birbirine yakın olduğu görülmektedir. Ancak en olumlu değerlendirmenin 40 ve üstü yaş gruplarında yer alan katılımcılardan geldiği görülmektedir.

Tablo 30. Yaş Grupları- Sağlıkta Yaşanan Dönüşümü Değerlendirmeleri Çapraz Tablosu

		Dönüşüm değerlendirme					Toplam
		Çok iyi	İyi	Fikrim yok	İyi değil	Hiç iyi değil	
Yaş grupları	18-25	31	105	7	5	0	148
		%20,9	%70,9	%4,7	%3,3		%100
	26-39	29	62	8	2	1	102
		%28,4	%60,8	%7,8	%1,9	%0,9	%100
	40 ve üstü	53	70	7	2	0	132
		%40,1	%53	%5,3	%1,5		%100
Toplam		113	237	22	9	1	382

Tablo 31. Ki-Kare Testi: Yaş Grupları- Sağlıkta Yaşanan Dönüşümü Değerlendirmeleri

	Değerler	sd	p anlamlılık değeri
Pearson Ki-Kare	17,362 ^a	8	0,027
Olabilirlik Oranı	17,109	8	0,029
Linear-by-Linear Association	7,806	1	0,005
Geçerli Durum Sayısı	382		

a. Tahmini değeri 5'den küçük olan hücre sayısı (6)'dır. Minimum tahmini değer 0,27'dir.

5. Sonuç, Tartışma ve Öneriler

Bu bölümde, araştırma kapsamında ulaşılan sonuçlar, sonuçlara yönelik tartışmalar ve gelecekte yapılacak araştırmalara yönelik önerilere yer verilecektir.

5.1. Sonuç ve Tartışma

Sağlık politikaları karşılaştırmalı olarak incelenirken sağlık hizmetlerinin kurumsal yapısının yansıtılmasına yardımcı olmak ve farklı ülkelerin sağlık politikalarının açıklanmasına katkı sağlamak için genellikle sağlık sistemleri tipolojileri kullanılmaktadır. Sağlık sistemleri tipolojisi, sağlık sistemini sağlık hizmetlerinin finansmanındaki değişikliklere dayanan ve sağlık hizmetleri sunumunun düzenlenmesindeki farklılıklara ilişkin ideal makro-kurumsal özelliklerin düzenlenmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin kamu kesimi tarafından finanse edilmesi sağlık hizmetlerine kamu kesiminin katılım derecesinin belirleyici özelliği olarak görülmektedir. Sağlık sistemlerini sınıflandırma çalışmalarından ilki OECD (1987) tarafından geliştirilmiştir ve sistemler arasında üç boyutlu bir ayrım yapmıştır: (i) Evrensel (Beveridge) modeli; (ii) Sosyal Sigorta (Bismark) modeli ve (iii) Özel Sigorta (Liberal Sağlık) modeli. Sağlık sistemlerini sınıflandırma çalışmalarından ikincisi Moran (1999, 2000) tarafından sağlık hizmeti devletleri tipolojisi ile yapılmıştır. Moran'ın sağlık hizmeti devletleri kavramı üç yönetim alanından oluşmaktadır. Bunlar; tüketim, hizmet sunumu ve teknoloji alanlarıdır. Sağlık sistemi tipolojilerinden sonuncusu Bamba (2005a) tarafından Esping-Andersen'in (1990) dekomüdifikasyon kavramının sağlık hizmetleri alanına uygulanması yoluyla geliştirilmiştir. Dekomüdifikasyon kavramı bireylerin ve ailelerin işgücü piyasasındaki performanslarına bakılmaksızın normal ve sosyal olarak kabul edilebilir bir yaşam standardını sürdürebilmelerini sağlayacak kadar genişletilmiştir. Dekomüdifikasyon kavramı sağlık hizmetlerinin sunumunu da kapsayacak şekilde genişletilebilir. Sağlığın dekomüdifikasyonu bireylerin sağlık hizmetlerine erişimlerinin işgücü piyasasındaki konumlarına bağlı olması ve bir ülkenin sağlık hizmeti sunumunun piyasadan bağımsız olması anlamına gelmektedir

Sağlık hizmetleri en basit şekilde bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığının korunması ve iyileştirilmesine yönelik hizmetler olarak tanımlanabilir. Sağlık hizmetleri genel olarak;

“kişilerin ve toplumların sağlığını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşemeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümü” şeklinde tanımlanmaktadır. Türkiye’de ise sağlık hizmetleri tanımlanırken genel olarak 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunun 2. maddesindeki tanım kullanılmaktadır. Bu tanıma göre; “sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetlerdir”. Bu tanımlardan da anlaşıldığı gibi, sağlık hizmetlerinin amaçları; kişilerin hasta olmamalarını sağlamak, korumaya rağmen hasta olanların tedavisini yapmak ve sakatların kendi kendilerine yeter şekilde yaşamalarını sağlamaktır.

Türkiye’de 1980’lerden beri iktidara gelen tüm hükümetler sağlık sisteminde reform gerçekleştirmeyi hedeflemişlerdir. AKP hükümetinin 2003 yılında açıkladığı Sağlıkta Dönüşüm Programı da bu çabaların en son ve sağlık sistemi üzerinde en fazla etkisi olan halkasıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programı, bir yandan tüm nüfusu kapsayarak, farklı sosyal güvenlik kurumları arasındaki eşitsizlikleri ortadan kaldırmayı diğer taraftan özel sektörün sağlık hizmeti sunumundaki rolünü arttırmayı amaçlamaktadır. Özellikle genel sağlık sigortası ile birlikte temel sağlık hizmetlerini kapsayan tek bir temel teminat paketinin tüm nüfusa eşit olarak sunulmaya başlanması ve sosyal güvenlik sisteminin kapsamını genişletme çabaları Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlanan önemli gelişmelerdir. Türkiye’deki sağlık sisteminde özel sektörün hizmet sunumundaki payı artmakla birlikte sağlık hizmetlerinin finansmanı bir kamu kuruluşu olan Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından sağlanmakta ve hizmet sunumunda devlet halen en önemli aktör olmayı sürdürmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Sağlık Bakanlığı’nın planlama ile birlikte denetim yapması; genel sağlık sigortasının ise herkesi kapsaması öngörülmüştür.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen bu uygulamalar sayesinde sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli değişiklikler gerçekleştirilmiştir. SSK sağlık kurumları, Sağlık Bakanlığı’na devredilerek, sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanı birbirinden

ayrılmıştır. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi uygulamasına geçilmiş ve Sağlık Bakanlığı hastanelerine döner sermaye gelirlerini kullanma, satın alma ve yatırım ile ilgili kararlarda daha fazla özerklik tanınmıştır. Sağlık bilgi sistemleri geliştirilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile özel sektörün sağlık hizmetlerinin sunumundaki rolü artmıştır. Kamu hastaneleri, verimliliklerini arttırmak, tıbbi hizmetler üzerine yoğunlaşabilmek için altyapı hizmetlerini (bilgi teknolojileri, güvenlik, temizlik, lojistik, yemek gibi), özel sektörden hizmet alarak sağlama yolunu seçmişlerdir. Kamu hastanelerinin, teknolojiye en son yeniliklerden yararlanmak, kaliteli sağlık hizmeti üretmek ve sunmak için özel sağlık kurumlarından teşhis-tanı hizmetleri satın alması da yaygınlık kazanmıştır. Sosyal Güvenlik Kurumu, ayakta ve yatan hasta hizmetleri sunumu için özel kurumlarla sözleşmeler yapmıştır. Bu teşvikler sayesinde özel hastane sayısı büyük artış göstermiş ve sağlık sektörünün dinamikleri değişmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmaya başlaması ile 2003 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı 10 hastanede pilot uygulama olarak Performansa Dayalı Ödeme Sistemine geçilmiş ve ES üyelerine, sevsiz olarak özel hastanelere başvuru olanağı getirilmiştir. 2004 yılında devlet hastanelerinde sağlık çalışanlarına performansa göre ödeme sistemi yaygınlaştırılmış ve Sağlık Bakanlığı ile SSK Sağlık Tesislerinin ortak kullanımı protokolü yürürlüğe girmiştir. 2005 yılında, SSK'lılara tüm devlet hastanelerine ve eczanelere erişim olanağı tanınmıştır. Türkiye genelinde Yeşil Kartlıların ayakta tedavi masrafları kapsam altına alınmıştır. 2007 yılında alınan yasal önlemler ile her Türk vatandaşının sosyal güvenlik sistemi içerisinde yer alması bile birinci basamak sağlık hizmetlerine erişim hakkına sahip olması resmileştirilmiştir. 2007 yılında yayınlanan SUT kapsamında; SSK, Bağ-Kur ve ES sağlık sigorta sistemleri içerisinde yer alan haklar daha uyumlu hale getirilmiştir. SUT yayınlanmadan önce SSK ve Bağ-Kur mensuplarının Sağlık Bakanlığı hastanelerine gitmeleri için herhangi bir sevk zorunluluğu bulunmamakta iken üniversite hastanelerine erişim için bir sevk zorunluluğu bulunmaktaydı bu sevk zorunluluğu kaldırılmıştır. Sevk zorunluluğunun kaldırılması olumlu bir gelişme olarak değerlendirilebilir. Özel sağlık kurumlarına erişim önceki sistemle aynı kalmıştır. Başka bir ifade ile SSK ve Bağ-Kur mensupları sağlık sigorta sistemlerinin sözleşmeli olduğu özel sağlık kuruluşlarından ayakta tedavi ve yatarak

tedavi hizmeti almayı sürdürmüşlerdir. Böylece SSK ve Bağ-Kur mensuplarının hakları ES seviyesine gelecek şekilde yeniden düzenlenmiştir.

2006 yılının Mayıs ayında 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kabul edilmiş, fakat Kanunun uygulamaya geçirilmesi aynı yılın Aralık ayında yapılan itirazlar yüzünden ertelenmiştir. Bunun sonucunda, 2008 yılının Nisan ayında 5754 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun kabul edilerek, 2008 yılının Mayıs ayında 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu yürürlüğe girmiştir. Genel sağlık sigortası uygulamasına ise 2008 yılının Ekim ayında başlanmıştır. 2006 yılında yürürlüğe giren 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile sağlık hizmetlerinin finansmanında önemli roller üstlenen SSK, Bağ-Kur ve ES'nin Sosyal Güvenlik Kurumu bünyesinde tek bir kurum haline gelmeleri sağlanmıştır. Böylece önceden farklı norm ve statüde olan üç kurumun üyeleri artık genel sağlık sigortası ile sağlık sisteminin sunmakta olduğu her türlü olanağa eşit şekilde erişebilmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu mensubu haline gelen üyeler istedikleri eczanelerden ilaçlarını alabilmekte ve istedikleri hastanelere gidebilmektedirler. Genel sağlık sigortasının amacı, tüm vatandaşların eşit kapsam ve kalitedeki sağlık hizmetlerine erişimini, risk paylaşımı ilkesine ve hakkaniyete dayalı olarak üst düzeye çıkarmak; çağdaş kontrol ve takip sistemlerine dayalı, ülke kaynaklarının kötüye kullanılmasını engelleyen etkin bir yapının kurulması ile sağlık alanında finansal koruma sistemini gerçekleştirmek olarak ifade edilmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile tüm kamu kuruluşlarının hastaneleri (üniversite hastaneleri ile MSB'ye ait olan sağlık kuruluşları hariç olmak üzere) Sağlık Bakanlığı bünyesinde toplanmıştır. 2005 yılında gerçekleştirilen bu uygulama ile SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na bağlandığı için SSK'nin hizmet sunumu işlevinden kurtulmasına ve sadece satın almaya odaklanmasına yardımcı olmuştur. Bununla birlikte bu dönemde hastane, hasta yatağı sayıları, yoğun bakım ünitesi sayıları artırılmış, hastanelerin altyapı ve kapasiteleri geliştirilmiş, acil hizmetleri teknik altyapısı geliştirilmiş, bekleme süreleri kısaltılmış, her hekime ayrı poliklinik odası verilmiş ve aşılama oranı yükseltilmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık birimlerini tek çatı altında toplayarak sağlık hizmetlerine erişimdeki hiyerarşik yapılanmayı çözen, eşitsizliği ortadan kaldıran, doktorların tam zamanlı çalışmasını zorlayan ve cepten harcama miktarını azaltan olumlu yansımalarına bakıldığında, toplumun geniş kesimlerinin tıbbi bakım ihtiyaçlarını karşıladığı görülmektedir. SSK güvencesine sahip kişilerin ES üyeleri gibi özel sağlık kurumlarına ve eczanelere başvurabilme hakkının tanınması, Yeşil Kartın ayakta tedavi harcamalarını da karşılamaya başlaması ve 18 yaş altı nüfusun hiçbir ayırım gözetilmeksizin devlet güvencesinde sigorta kapsamına alınması gibi uygulamalar Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın sağlık hizmetlerine erişimde kolaylaşmaya neden olduğunu açıkça göstermektedir. Tüm vatandaşlarına, özellikle formel sektörün dışında kalan ve kırsal bölgelerde yaşayan kesimlere, asgari bir güvence sağlamayı hedefleyen, sistem bünyesinde bıçak parası ve zorunlu bağış adları altında yapılmakta olan enformel ödemeleri katkı payı ve prim adı altında formel ödemeler şekline getirmeye çalışan, farklı sigorta sistemlerinin kişiler arasında yarattığı hiyerarşik ilişkiyi kaldırmayı ve herkesi asgari bir eşitlik sisteminde kapsamayı hedefleyen bir program alt gelir gruplarından büyük bir destek görmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı'na yönelik eleştirilerin önemli bir bölümünün daha önce hastanelerde rehin alma olaylarına maruz kalan kesimlerden değil de, toplumun orta-üst kesimlerinden ve beyaz yakalı sağlık profesyonellerinden gelmesi de bu durumu kanıtlamaktadır.

Bu tez kapsamında Türkiye'de sağlık hizmetlerinin kamusal niteliğinde yaşanan dönüşümün alt gelir gruplarında yer alan kişiler tarafından nasıl algılandığı ele alınmaktadır. 2003 yılında uygulanmaya başlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetlerinin sunumunda köklü değişiklikler meydana getirilmiştir. Bu tez kapsamında 2003 yılından itibaren sağlık hizmetlerinin sunumundaki değişikliklerden alt gelir gruplarında yer alan kişilerin nasıl etkilendiklerinin irdelenmesine yönelik bir araştırmaya da yer verilmiştir. Araştırma kapsamında yararlanılan anket kişisel bilgiler, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın etkinliğine yönelik ifadeler ve sağlıkta dönüşüm programı ile getirilen uygulamalara yönelik soruların yer aldığı üç bölümden oluşmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen uygulamalara yönelik olarak katılımcıların değerlendirmeleri; hasta hakları uygulamaları, gelir testi uygulaması, hizmet alınan sağlık

kurumu ve sağlık durumları, tedavi hizmetleri başlıkları altında sınıflandırılmıştır. Katılımcıların hasta hakları uygulamaları ile ilgili değerlendirmelerine göre katılımcılar hasta hakları birimini hastanede bir sorunla karşılaştıklarında başvurulacak bir birim olarak algılamaktadırlar. Ayrıca hastanede karşılaştıkları bir sorunla ilgili olarak hasta hakları birimine başvuruda bulunmanın doktoru ya da hastaneyi şikâyet etmek anlamına geleceğinden çekinen katılımcıların da bulunduğu görülmektedir. Bu algının değiştirilmesinde sağlık hizmetleri yararlanıcılarına hasta hakları biriminin faaliyetleri hakkında bilgi verilmesinin ve bu birimde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının sayısının artırılmasının etkisi bulunabilir.

Gelir testi uygulaması ile ilgili araştırma bulgularına göre katılımcıların çoğunluğu (%76) genel sağlık sigortası prim miktarının belirlenmesi için uygulanan gelir testinin gerekli olduğunu düşünürken, sadece %11'i bu testin gerekli olmadığını belirtmektedir. Katılımcıların genelinin (%85) gelir testinde rahatsız olduğu herhangi bir soru olmadığı görülmektedir. Bu katılımcılar gelirlerinin belirlenebilmesi için bu tür soruların sorulmasının gerekli olduğunu düşünmektedirler. Katılımcıların cevaplamaktan en çok rahatsızlık duydukları sorular ise harcama bilgilerini içeren sorulardır. Katılımcıların büyük çoğunluğu gelir testi uygulamasının yapıldığı sosyal inceleme formunda çok fazla sorunun yer aldığı ve bu soruların çoğunluğunun gereksiz olduğu görüşünü paylaşmaktadır. Katılımcıların en çok harcama bilgilerini içeren soruların sorulmasından rahatsızlık duymalarının nedeni; ne kadar harcama yaptıklarını tam olarak bilmemeleri ve gelirlerini bu harcama miktarına göre belirtmeleri gerekeceğinden bu durumun daha fazla genel sağlık sigortası primi ödemeleri sonucunu doğuracağını düşünmeleridir. Bu nedenle katılımcıların çoğunluğunun gelir testi sırasında gelirlerini olduğundan daha düşük gösterme çabası içinde bulundukları görülmüştür. Katılımcıların yarıdan fazlası gelir testinin adil bir şekilde gerçekleştirilebildiğini düşünürken, %29'unun bu konuda herhangi bir fikri yoktur. Katılımcıların sadece %16'sı gelir testinin adil bir şekilde gerçekleştirilmediğini düşünmektedir.

Katılımcıların hizmet aldıkları sağlık kurumu ve sağlık durumları ile ilgili bulgulara göre katılımcıların çoğunluğu (%59)  ok hasta olduğunda doktora gittiğini belirtirken %26'sı biraz hasta olduğunda da doktora gitmektedir. Katılımcıların %4'  doktora hiç gitmezken

%11'i hasta olmasalar bile kontrol için doktora gittiklerini belirtmektedir. Katılımcıların en sık gittikleri sağlık kurumu devlet hastanesidir. Bunu sırasıyla aile hekimi, sağlık ocağı, özel hastane ve üniversite hastaneleri izlemektedir. Aile hekimliği sistemine geçilmesi ile birlikte kurulması planlanan zorunlu sevk sisteminin uygulanamaması en sık gidilen sağlık kurumunun devlet hastanesi olmasını açıklamaktadır. Araştırma kapsamında görüşülen katılımcıların genel olarak aile hekimliği sisteminden memnun oldukları görülmüştür. Bu memnuniyetin en önemli sebebi ise evlerine yakın olması sebebiyle ulaşımın kolay olmasıdır. Bu bulgu TÜİK'in 2010 yılı Sağlık Araştırması çalışmasının %75,6 olan aile hekimlerinden memnuniyet oranı ile de uyumludur. Sağlık kurumu tercihlerinden sonra, katılımcılara genel olarak sağlık durumları sorulmuş ve katılımcılar genel sağlık durumlarını genelde iyi olarak değerlendirmişlerdir. Bu bulgu ise TÜİK'in 2010 yılı Sağlık Araştırması Sonuçlarına göre Türkiye'de yaşayan erkeklerin %73,5'i kadınların ise %56,7'si genel sağlık durumunu çok iyi ya da iyi olarak ifade etmişlerdir bulgusu ile uyumluluk taşımaktadır.

Tedavi hizmetleri ile ilgili bulgulara göre katılımcıların %86'sı 2003 yılından itibaren herhangi bir sağlık kurumundan poliklinik ve muayene gibi ayakta tedavi hizmetlerinden yararlandığını ve %91'i bu hizmetlerden memnun olduğunu belirtmektedir. Katılımcıların %42'si 2003 yılından itibaren herhangi bir sağlık kurumunda yatarak tedavi olduğunu ve %87'si bu hizmetlerden memnun olduğunu belirtmektedir. Yatarak tedavi hizmeti alan katılımcıların sadece %18'i bu hizmet için ek ücret ödediğini belirtmektedir. Katılımcıların %31'i 2003 yılından sonra sağlık sorunları sebebiyle ameliyat geçirmiş ve bu katılımcıların %16'sından bıçak parası adı altında ödeme talep edildiği görülmektedir. Bu bulgulara dayanarak, yatarak tedavi ücretlerinin ve bıçak parası adı altında alınan ödemelerin oldukça düşük düzeyde kaldığı söylenebilir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile eski sağlık sistemindeki sorunların asgari düzeye indirildiği görülmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğu ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine ücret ödemeksizin ulaşabilmektedir. Katılımcıların %32'si ücretsiz hale getirilen 112 ambulans hizmeti ve acil servis hizmetlerinden yararlandığını ve bu katılımcıların çoğunluğu (%85) bu hizmetten memnun kaldığını belirtmektedir. 112 ambulans hizmeti ve acil servis hizmetlerinden memnuniyet oranının yüksek çıkmasında köylerde de 112 ambulans hizmeti sunulmaya başlanmasının ve 112 acil yardım istasyonu sayısının

arttırılmasının etkisi bulunmaktadır. Araştırma kapsamında ayrıca katılımcıların, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte uygulanmaya başlayan doktor seçme hakkından yararlanıp yararlanmadıkları belirlenmeye çalışılmıştır. Buna göre katılımcıların geneli (%84) doktorunu kendi seçebildiğini belirtmektedir. Yani katılımcıların bu uygulama hakkında bilgi sahibi oldukları söylenebilir.

Araştırma kapsamında, katılımcıların sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşümü nasıl değerlendirdikleri belirlenmeye çalışılmıştır. Araştırma bulgularına göre katılımcılar sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşümü genel olarak olumlu değerlendirmektedirler. Katılımcıların çoğunluğu (%62) sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşümü iyi olarak değerlendirmekte, yaklaşık %30'u ise bu dönüşümün çok iyi olduğunu belirtmektedir. Buna karşın katılımcıların sadece %2,7'si bu dönüşümü olumsuz olarak algılamaktadır. Fikri olmayanlar ise azınlıkta kalmaktadır. Bu bulgular Sağlık Bakanlığı'nın "2003 yılında %39 olan sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı, 2011 yılında %76'ya ulaşmıştır" verisini de doğrulamaktadır. Ayrıca Koçak ve Tiryaki (2011) tarafından yapılan çalışmada sağlık hizmetlerindeki değişikliklerinin her birini katılımcıların değerlendirmesi istendiğinde ortalama %70 oranı ile halkın değişikliklerden memnun olduğu bulgusunu da desteklemektedir. Çelikay ve Gümüş (2011) tarafından Eskişehir'de gerçekleştirilen bir çalışmanın sonuçlarına göre katılımcılar sağlık sisteminde yaşanan dönüşümü olumlu ancak yetersiz bulmaktadırlar. Ancak Turanlı ve diğerleri (2011) tarafından İstanbul'da yapılan bir çalışmada 1199 katılımcıya genel olarak hükümetin uyguladığı sağlıkta dönüşüm projesini nasıl değerlendiriyorsunuz sorusu yöneltilmiş ve bu soruya katılımcıların %37'si olumlu yaklaşırken, %37,70'i olumsuz yaklaşmıştır. Katılımcıların %25,30'u ise fikri olmadığını belirtmiştir. Bu çalışmaya göre; araştırma bulguları ve yapılan diğer çalışmalarının bulgularının aksine Sağlıkta Dönüşüm Programını olumsuz olarak değerlendirenlerin oranının, olumlu olarak değerlendirenlerin oranından fazla olması bu araştırmanın örnekleminin Sosyal Güvenlik Kurumu kapsamında bulunan kişilerden kamu hastaneleri ve Sosyal Güvenlik Kurumu ile anlaşması bulunan özel hastanelerden hizmet alanlardan seçilmiş olmasının etkisi bulunmaktadır. Araştırma bulgularına göre Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın getirdiği yeni uygulamaların sağlık hizmetleri yararlanıcıları tarafından olumlu karşılandığı, bu uygulama öncesi yaşanan olumsuz deneyimlerin ise azaldığının belirtildiği

görülmektedir. Aile hekimliği sistemi, hasta hakları birimi, hastanelerin birleşmesi, tüm vatandaşların eczanelerden ilaçlarını alabilmeleri, devlet hastanelerine randevu alınarak gidilmesi, ücretsiz hale getirilen acil sağlık hizmetleri gibi uygulamalar bu olumlu gelişmelerden bazılarıdır.

Sonuç olarak Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen uygulamaların uzun yıllardan beri sağlık hizmetlerinin sunumunda var olan aksaklıkları ortadan kaldırdığını, ödeme gücü olmadığı için sağlık hizmetlerinden yararlanamayan kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmelerini sağladığını ve sağlık hizmetlerinin sunumunda var olan eşitsizlikleri ortadan kaldırarak tüm vatandaşların sağlık hizmetlerinden yararlanabilmelerini sağladığını ifade edebiliriz. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte daha önce yaşamakta olan hastanede rehin kalma gibi durumların önlenmiş olduğu görülmektedir. Hastanelerin birleşmesi ile istihdam durumuna göre kişiler arasında sağlık hizmetlerinin sunumunda yapılan ayrımcılık ortadan kaldırılmıştır. Tüm vatandaşların tüm kamu hastanelerinden ve Sosyal Güvelik Kurumu ile sözleşme yapmış olan özel sağlık kurumlarından eşit şekilde yararlanabilmeleri sağlanmıştır. Bu uygulama özellikle toplumun alt gelir gruplarında bulunan kişiler tarafından memnuniyetle karşılanmıştır. Özellikle diğer toplum kesimleri ile aynı düzeyde sağlık hizmetlerine ulaşabilmeleri, kendileri ile yakından ilgilenilmesi kendilerine değer verildiğini hissetmelerini sağlamıştır.

Aile hekimliği uygulaması ile birlikte ulaşım maliyetine katlanmaksızın evlerine yakın bir bölgede kendilerini tanıyan ve hastalıklarını izleyen bir doktorlarının olması ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine kolay bir şekilde ulaşmalarına, diğer sağlık kurumlarına sevk konusunda yönlendirilmeleri katılımcıların aile hekimliği sistemi ile daha iyi sağlık hizmeti almakta olduklarını düşünmelerinde etkili olmaktadır. Katılımcıların Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen tüm vatandaşların eczanelerden ilaçlarını alabilmesi uygulaması sayesinde ilaçlara daha kolay olarak erişebildiklerini düşünmeleri ile birlikte eczanelerde ilaçlar için alınan katkı payının miktarının yüksek olduğunu düşünen katılımcılar da bulunmaktadır.

Araştırma bulgularına göre Sağlıkta Dönüşüm Programı ile devlet hastanelerine randevu alınarak gidilmesi uygulamasının getirilmesinden katılımcılar memnuniyet duyduklarını ifade etmişlerdir. Devlet hastanelerine randevu alarak gidebilmek ve istedikleri doktoru seçebilmek sadece kamu sağlık kurumlarından hizmet alabilen alt gelir gruplarında yer alan kesimler bakımından daha önceki uygulamalar düşünüldüğünde büyük bir gelişme olarak görülmektedir. Ayakta tedavi, yatarak tedavi ve ameliyat için devlet hastanelerine gelen hastaları doktorların kendi özel muayenahanelerine yönlendirerek muayene ücreti ya da bıçak parası adı altında ödeme yapmak zorunda bıraktıkları uygulamaların sona ermesi katılımcıların bu tür tedavi hizmetlerinden duydukları memnuniyetin sebebini açıklayabilmektedir. Araştırmanın bulgularına göre, yatarak tedavi ücretlerinin ve bıçak parası adı altında alınan ödemelerin oldukça düşük düzeyde kaldığı görülmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile eski sağlık sistemindeki sorunlar en alt düzeye indirilmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine ücret ödemeksizin ulaşabilmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen uygulamaların uzun yıllardan beri sağlık hizmetlerinin sunumunda var olan aksaklıkları ortadan kaldırdığını, ödeme gücü olmadığı için sağlık hizmetlerinden yararlanamayan kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmelerini sağladığını ve sağlık hizmetlerinin sunumunda var olan eşitsizlikleri ortadan kaldırarak tüm vatandaşların sağlık hizmetlerinden yararlanabilmelerini sağladığını ifade edebiliriz.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile elde edilen bu gelişmeler sağlık harcamalarının artmasına neden olmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın en önemli amaçlarından birinin sağlık harcamalarının kontrol altına alınması olduğu düşünüldüğünde, sağlık hizmetlerinin sunumunda yaşanan olumlu gelişmelerin sürdürülebilir olması için ekonomik büyüme rakamlarındaki artışın sağlık harcamalarındaki artıştan daha büyük olması gerekmektedir. Aksi halde sağlık harcamalarındaki artış katkı paylarının arttırılması ve temel teminat paketinde yer alan sağlık hizmetlerinin kapsamının daraltılması ile sınırlandırılmaya çalışılacaktır. Bu durumda sağlık hizmetlerinden yararlanan alt gelir gruplarında yer alan kesimlerin sağlık hizmetlerinden duydukları memnuniyetin azalması anlamına gelecektir.

5.2. Öneriler

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetleri sunumunda gerçekleştirilen değişikliklerin toplumun alt gelir gruplarında yer alan kesimleri üzerindeki etkilerinin irdelendiği bu çalışmada sağlık hizmetleri yararlanıcılarının genel olarak sağlık hizmetlerinde yaşanan gelişmelerden memnun oldukları sonucu ortaya çıkmıştır. Bununla birlikte; “özel sağlık kurumlarına ücretsiz olarak erişim kolaylaşmıştır” ifadesi araştırma bulgularına göre katılımcılar tarafından olumsuz olarak değerlendirilmiştir. Bu durumun nedenleri irdelendiğinde katılımcıların özel sağlık kurumlarından yararlanmak istediklerinde karşılarına çıkan katkı ve katılım payları olduğu görülmektedir. Özel sağlık kurumlarından hizmet alınması durumunda ödenmesi gereken katkı ve katılım paylarının tamamen kaldırılması bu hizmetlerin maliyetleri de göz önünde bulundurulduğunda mümkün görünmemekle birlikte en azından katkı ve katılım paylarının belirli bir miktarı geçemeyeceği ve artış miktarlarının sınırlandırılması gibi uygulamalar alt gelir gruplarında yer alan kesimlerin özel sağlık kurumlarından yararlanabilmelerini sağlayabilir.

Araştırma bulgularına göre Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen hasta hakları uygulamalarından olan hasta hakları birimi konusunda katılımcıların çoğunluğunun bilgi sahibi olmadıkları görülmektedir. Bilgi sahibi olan katılımcıların da büyük çoğunluğu hasta hakları birimine başvuruda bulunmamaktadır. Sağlık hizmetleri yararlanıcılarına hasta hakları biriminin faaliyetleri hakkında bilgi verilmesinin ve bu birimde görev yapan sosyal hizmet uzmanlarının sayısının arttırılmasının katılımcıların hasta hakları birimine başvuru yapma konusundaki çekingenliklerinin önüne geçilmesini sağlayabileceği düşünülmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın temel hedeflerinden olan genel sağlık sigortasından yararlanmanın bir gereği olan gelir testi uygulaması konusunda da araştırma bulgularına göre sorunlar olduğu görülmektedir. Öncelikle katılımcılar gelir testi ile ilgili sosyal inceleme formunda çok fazla sayıda sorunun yer aldığını ve bu soruların çoğunluğunun gereksiz olduğunu düşünmektedir. Genel sağlık sigortası başvurusunda bulunan kişilerin gelir ve mal varlıkları konusunda farklı kurum kayıtları incelenerek detaylı bir araştırma yapıldığına ve Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı görevlilerince yapılan hane

ziyaretlerinde kişilerin durumları incelendiğine göre Sosyal İnceleme Formunda yer alan soruların sayısının azaltılabileceği düşünülmektedir. Gelir testi ile ilgili bir diğer sorun alanı ise aynı hanede yaşayan ve aynı aileden olan kişilerin tüm gelirlerinin toplanarak genel sağlık sigortası priminin belirlenmesidir. Bu nedenle daha düşük genel sağlık sigortası primi ödemek için ikametgâh adresini yaşamadığı bir yere aldırarak hanedeki tek gelir elde eden kişinin kendisi olduğunu ileri süren ya da çocuğunun yanında yaşayıp da düzenli bir geliri olmamasına rağmen, çocuğunun geliri nedeniyle genel sağlık sigortasından prim ödeyerek yararlanmak zorunda kalan kişilerin bulunduğu görülmektedir. Bu sorunun çözülebilmesi için aynı hanede yaşayan bir ailede birden fazla gelir elde eden kişinin bulunması durumunda yüksek olan gelirin genel sağlık sigortası priminin hesabında dikkate alınması bir çözüm yolu olarak görülmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen uygulamaların daha yüksek eğitim düzeyinde bulunan ve gelir düzeyi daha yüksek olan kesimler üzerindeki etkilerinin değişip değişmediği daha kapsamlı araştırmaların konusunu oluşturabilir. Bu konuda yapılacak bir araştırmayla Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın tam olarak değerlendirilebileceği ifade edilebilir.

Ekler Listesi

	<u>Sayfa</u>
Ek 1. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Sonu�larınnın Kronolojik Olarak Değerlendirilmesi	179
Ek 2. Anket Formu	182
Ek 3. Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı Başvuru Kayıt Formu	186
Ek 4. Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı Sosyal İnceleme Formu	188

Ek 1. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Sonuçlarının Kronolojik Olarak Değerlendirilmesi

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında gerçekleştirilen uygulamalar ve önemli gelişmeler şu şekilde özetlenebilir: (OECD ve Dünya Bankası, 2008: 37; Akdağ, 2010: 21-23; Sülkü, 2011: 7-11; Acar, 2012: 41; Karadeniz, 2012: 117).

2003

Ambulans hizmetleri ücretsiz hale getirildi.

Ödeme gücü olmayan hastaların hastanede rehin tutulmalarının önlenmesine yönelik uygulamalar başlatıldı.

10 Sağlık Bakanlığı hastanesinde Performansa Dayalı Ödeme Sisteminin pilot olarak uygulanmasına başlandı.

Emekli Sandığı üyelerine, sevsiz özel hastanelere başvuru olanağı getirildi.

2004

Performansa Dayalı Ödeme Sisteminin diğer Sağlık Bakanlığı kuruluşlarında uygulanmasına başlandı.

Yeşil Kart sahipleri ayakta tedavi kapsamına alındı.

Hekim seçme hakkı Sağlık Bakanlığı hastanelerinde uygulanmaya başlandı.

Sosyal güvenlik kuruluşlarının farklı geri ödeme sistemlerini ortadan kaldıracak referans fiyat sistemi getirildi.

Reçeteli ilaçlarda KDV %18'den %8'e indirildi.

2005

Yeşil Kart sahiplerinin ayakta tedavide verilen reçeteli ilaçları kapsama altına alındı.

SSK eczaneleri kapatıldı ve üyelere tüm eczanelere erişim hakkı tanındı.

SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na devredildi.

İlaçlar için Yeşil Kart sahiplerine yönelik katkı payı koşulu getirildi.

İlk aile hekimliği uygulamasına Düzce'de başlandı.

2006

Tüm geri ödeme kurumlarının, ilaç ödemelerinde uygulayacağı tek pozitif liste uygulaması başlatıldı.

5502 sayılı Kanun yürürlüğe girerek Sosyal Güvenlik Kurumu kuruldu; böylece SSK, Bağ-Kur ve ES aynı çatı altında toplandı.

Aile hekimliği uygulamalarına 5 il (Eskişehir, Edirne, Denizli, Adıyaman ve Gümüşhane) dâhil edildi.

Sosyal Güvenlik Kurumunda ilaç harcaması takip sistemi kuruldu ve Sosyal Güvenlik Kurumu için MEDULA uygulaması başlatıldı.

2007

Aile hekimliği uygulamasına 4 il (Elazığ, Isparta, Samsun ve İzmir) dâhil edildi.

Birinci basamak sağlık hizmetleri tüm vatandaşlara (sosyal güvence kapsamında olmasalar bile) ücretsiz hale getirildi.

Sosyal Güvenlik Kurumu'nun yayınladığı yeni SUT uygulamaya konuldu. Buna göre: i) SSK ve Bağ-Kur üyeleri için Sağlık Bakanlığı hastanelerinden üniversite hastanelerine sevk zorunluluğu kaldırıldı. ii) Kronik rahatsızlığı olan hastaların önce doktor onayı olmaksızın eczanede tekrar reçete yaptırabilmesi uygulaması getirildi. iii) Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmeli hastanelerin yatan hastaların ilaç ve tıbbi malzemelerini (sigorta kapsamında) ücretsiz sağlaması ve hastalardan ücret almaları halinde cezalandırılmaları uygulaması getirildi. iv) Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmeli tüm Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel hastanelerin taleplerini MEDULA üzerinden bildirmeleri zorunluluğu getirildi.

2008

5754 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun kabul edildi.

Sosyal Güvenlik Kurumu ile anlaşılan özel hastanelere, SUT fiyatı üzerine en fazla %30 fark alabilme sınırı getirildi; kanser tedavisi, acil ve yoğun bakım ücretsiz hale getirildi.

Genel sağlık sigortası sistemi yürürlüğe girdi.

2009

Sağlık Bakanlığı hastaneleri için global bütçe uygulamasına başlandı.

Kamu personelinin genel sağlık sigortası kapsamına alınması hakkında Tebliğ 27436 sayılı Resmi Gazete 'de açıklandı. 15.01.2010 tarihinden itibaren ilgili kayıt ve işlemlerin Sosyal Güvenlik Kurumu'na devir alınması kararı alındı.

2010

Kamu personeli genel sağlık sigortası kapsamına alındı.

5947 sayılı Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun kabul edildi.

Sosyal Güvenlik Kurumu, hastalardan aldıkları fark ücretini belirlemek için anlaşmalı olduğu özel hastaneleri sınıflandırdı.

5997 sayılı Kanunla Yeşil Kart uygulamasının 01.01.2012 tarihine kadar yürürlükte kalması düzenlendi.

13.12.2010 tarihinden itibaren tüm illerde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir.

2011

Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Gelir Tespiti, Tescil ve İzleme Sürecine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik 28.12.2011 tarihli 28156 sayılı Resmi Gazetede yayınlandı.

2012

01.01.2012 tarihinden itibaren tüm nüfus genel sağlık sigortasının kapsamına alınmış ve Yeşil Kart uygulaması yürürlükten kaldırılmıştır.

Ek 2. Anket Formu

ALT GELİR GRUPLARINDA YER ALAN KİŞİLERİN SAĞLIK HİZMETLERİNDE YAŞANAN DÖNÜŞÜME YÖNELİK ALGILARINI DEĞERLENDİRME ANKETİ

2003 yılında sağlık alanında köklü bir değişimi öngören Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaya konulmuştur. Bu programın en önemli hedeflerinden biri ise tüm vatandaşların sosyal güvenlik sisteminin kapsamına alınarak ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine ücretsiz ve eşit olarak ulaşabilmelerinin sağlanması olarak ifade edilmektedir.

Bu araştırmanın amacı ise sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşümün alt gelir gruplarında yer alan kişiler bakımından nasıl algılandığının ortaya konulmasıdır. Bu amaçla anket formunda Sağlıkta Dönüşüm Programının hedeflerine yönelik sorular yer almaktadır. Anket formunda katılımcıların kimlik bilgileri *istenmemektedir*. Anket sorularına verilecek cevaplardan, sadece Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı Doktora Programında hazırlanmakta olan “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Dönüşüm: Eskişehir’de Alt Gelir Grupları Üzerine Bir İnceleme” başlıklı doktora tezinde yararlanılacaktır. Araştırmaya katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Doç. Dr. Banu UÇKAN

Anadolu Üniversitesi, İ.İ.B.F.

Arş. Gör. Emre KOL

Anadolu Üniversitesi, İ.İ.B.F.

BİRİNCİ BÖLÜM

Bu bölümde kişisel bilgiler yer almaktadır. Lütfen size uygun olan seçeneği (x) işareti ile doldurunuz.

- Yaşınız ☐ 18-25 ☐ 26-39 ☐ 40-59 ☐ 60 ve daha büyük
- Cinsiyetiniz: ☐ Kadın ☐ Erkek
- Doğum Yeriniz (İl olarak belirtiniz).....
- Kaç yıldır Eskişehir’de ikamet etmektesiniz?
☐ 5 yıldan az ☐ 5-10 yıl ☐ 11-20 yıl ☐ 20 yıldan fazla
- Hangi mahallede ikamet etmektesiniz?
- Medeni durumunuz nedir? ☐ Evli ☐ Bekâr ☐ Dul ☐ Boşanmış
- Öğrenim durumunuz nedir? (En son bitirilen okula göre)
☐ Okuryazar değil ☐ Diplomasız okuryazar ☐ İlkokul mezunu
☐ Ortaokul mezunu ☐ Lise mezunu ☐ Yüksekokul/Fakülte mezunu
- Mesleğiniz nedir?.....
- Aylık hane geliriniz ne kadardır?.....
- Hanenizin aylık gideri ne kadardır?.....
- Hanedeki kişi sayısı? Tek ☐ ☐ 2 ☐ 3-4 ☐ 5-7 ☐ 8-10 ☐ 11 ve daha fazla

İKİNCİ BÖLÜM

Bu bölümde Sağlıkta Dönüşüm Programının etkinliğini ölçmeye yönelik ifadelere yer verilmektedir. Bu amaçla beş dereceli seçenekten oluşan sorulara yer verilmiştir. Lütfen tercihlerinizi belirtirken her bir soruyu en olumludan (kesinlikle katılıyorum), en olumsuz (kesinlikle katılmıyorum) doğru size en uygun olan seçeneği (x) işareti ile doldurunuz.

Sağlıkta Dönüşüm Programının Etkinliğine Yönelik İfadeler		Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1.	Her türlü sağlık hizmetini alabilmekteyim.					
2.	Temel sağlık hizmetleri tüm vatandaşlara eşit olarak sunulmaktadır.					
3.	Daha önce sağlık hizmetlerine ulaşamayan kesimlerin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri sağlanmıştır.					
4.	Sunulan sağlık hizmetlerinin düzeyi yeterlidir.					
5.	Aile hekimliği sistemi ile diğer sağlık kurumlarına sevk işlemi kolaylaşmıştır.					
6.	Aile hekimliği sistemi ile önceki sağlık sisteminde aldığımdan daha iyi sağlık hizmeti almaktayım.					
7.	Hastanelerin birleşmesi ile sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabiliyorum.					
8.	Özel sağlık kurumlarına ücretsiz olarak erişim kolaylaşmıştır.					
9.	Sağlık personelinin niteliklerinde artış sağlanmıştır.					
10.	Doktorlar sağlık sorunlarımla önceki sisteme göre daha fazla ilgilenmekte ve çözüm önerileri sunmaktadır.					
11.	Hastalığımın gerektirdiği tedavi hizmetlerine kısa sürede ulaşabiliyorum					
12.	Bana tedavi süreci konusunda yeterince bilgi verilmektedir.					
13.	Tüm vatandaşların eczanelerden ilaçlarını alabilmeleri sayesinde ilaçlara erişim kolaylaşmıştır.					
14.	Eczanelerden ilaçların alınması sırasında hastalardan ilaçlar için alınan katkı payının miktarı yüksektir.					
15.	Eczanelerden ilaçların alınması sırasında hastalardan tedavi ücreti olarak alınan katılım payının miktarı yüksektir.					
16.	Tedavi ücreti olarak alınan katılım payının hastane yerine eczanelerde ilaç alırken tahsil edilmesi olumlu bir uygulamadır.					
17.	İhtiyaç duyduğum tüm ilaçları genel sağlık sigortası kapsamında eczanelerden alabiliyorum.					
18.	Devlet hastanelerine randevu alınarak gidilmesi ile hasta memnuniyetinin artırılması sağlanmıştır.					
19.	Devlet hastanelerine randevu alınarak gidilmesi ile sağlık hizmetlerinin kalitesi artırılmıştır.					
20.	Devlet hastanelerine randevu alınarak gidilmesi ile sağlık hizmetlerinin daha verimli olarak sunulması sağlanmıştır.					
21.	Devlet hastanelerine randevu alınarak gidilmesi ile sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşılmaktadır.					

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Bu bölümde Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen uygulamalara yönelik sorulara yer verilmektedir. Sorularda size uygun olan seçeneği (x) işareti ile doldurunuz.

1. Devlet hastanelerindeki hasta hakları birimi hakkında bilginiz var mı?
(Cevabınız hayır ise 4. soruya geçiniz)
☐ Evet ☐ Hayır
2. Hastanede yaşadığınız herhangi bir sorunla ilgili olarak hasta hakları birimine gittiniz mi?
(Cevabınız hayır ise 4. soruya geçiniz)
☐ Evet ☐ Hayır
3. Hasta hakları biriminde sorununuza çözüm bulabildiniz mi?
☐ Evet ☐ Hayır
4. Devlet hastanelerindeki kan tahlili ve MR gibi laboratuvar hizmetlerinin özel sektör tarafından verilmesi hakkında ne düşünüyorsunuz?
☐ Çok iyi ☐ İyi ☐ Fikrim yok ☐ İyi değil ☐ Hiç iyi değil
5. Genel sağlık sigortası prim miktarlarının belirlenmesi için uygulanan gelir testi sizce gerekli midir?
☐ Evet ☐ Hayır ☐ Fikrim yok
6. Gelir testinde sizi rahatsız eden sorular var mı?
(Cevabınız hayır ise 8. soruya geçiniz)
☐ Evet ☐ Hayır ☐ Fikrim yok
7. Gelir testinde yer alan hangi sorular sizi rahatsız etmektedir?
☐ Konut bilgileri ile ilgili sorular ☐ Maddi durumunuz ile ilgili sorular
☐ Sahip olduğunuz eşyalar ile ilgili sorular ☐ Harcama bilgilerinizi içeren sorular
☐ Kronik hastalık ve özür durumu bilgilerinizi içeren sorular
☐ Diğer (Lütfen belirtiniz.....)
8. Gelir testi adil bir şekilde gerçekleştirilebilmekte midir?
☐ Evet ☐ Hayır ☐ Fikrim yok
9. Doktora ya da sağlık kurumuna hangi sıklıkta gitmektesiniz?
☐ Hiç gitmem ☐ Biraz hasta olduğumda giderim ☐ Çok hasta olduğumda giderim
☐ Hasta olmasam bile kontrol için giderim ☐ Fikrim yok
10. En sık hangi sağlık kurumuna gitmektedirsiniz?
☐ Aile hekimi ☐ Sağlık ocağı ☐ Devlet hastanesi ☐ Özel hastane
☐ Özel poliklinik ☐ Özel doktor muayenehanesi ☐ Üniversite hastanesi
11. Genel olarak sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
☐ Çok iyi ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü ☐ Çok kötü
12. Sağlık kurumlarında karşılaştığınız en önemli sorunlar nelerdir?
(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)
☐ Ücret ve katılım payı ile ilgili sorunlar ☐ Sosyal güvence ile ilgili sorunlar
☐ Sağlık personeli ile yaşanan iletişim sorunları ☐ Uzun bekleme süreleri
☐ Hastalıkla ilgili yeterli bilgi alamama ☐ Hiçbir sorun ile karşılaşmadım
☐ Diğer (Lütfen belirtiniz.....)

13. 2003 yılından itibaren hizmet aldığınız sağlık kurumlarında yaşanan en önemli olumlu değişiklikler nelerdir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Personelin davranışı ☐ Kurumların fiziki koşulları
☐ Bürokratik işlemler (Sevk işlemleri gibi) ☐ Temizlik koşulları ☐ Hizmetin kalitesi
☐ Hiçbir olumlu değişiklik olmadı
☐ Diğer (Lütfen belirtiniz.....)

14. 2003 yılından itibaren herhangi bir sağlık kurumundan poliklinik ve muayene gibi ayakta tedavi hizmeti aldınız mı?

(Cevabınız hayır ise 16. soruya geçiniz)

- ☐ Evet ☐ Hayır

15. Hastanelerde sunulan ayakta tedavi hizmetlerinden memnun musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Fikrim yok

16. 2003 yılından itibaren herhangi bir sağlık kurumunda yatarak tedavi oldunuz mu?

(Cevabınız hayır ise 19. soruya geçiniz)

- ☐ Evet ☐ Hayır

17. Hastanelerde sunulan yatarak tedavi hizmetlerinden memnun musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Fikrim yok

18. Yatarak tedavi sırasında ek bir ücret ödemeniz gerekti mi?

- ☐ Evet ☐ Hayır

19. 2003 yılından itibaren hiç ameliyat geçirdiniz mi? (Cevabınız hayır ise 21. soruya geçiniz)

- ☐ Evet ☐ Hayır

20. Ameliyatınız için sizden bıçak parası adı altında bir ödeme yapmanız istendi mi?

- ☐ Evet ☐ Hayır

(Cevabınız evet ise açıklar mısınız?.....)

21. Ücretsiz hale getirilen 112 ambulans hizmeti ve acil servis hizmetleri gibi acil sağlık hizmetlerinden yararlandınız mı? (Cevabınız hayır ise 23. soruya geçiniz)

- ☐ Evet ☐ Hayır

22. Ücretsiz hale getirilen acil sağlık hizmetlerinden memnun kaldınız mı?

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Fikrim yok

23. Başvurduğunuz sağlık kuruluşunda doktorunuzu kendiniz seçebildiniz mi?

- ☐ Evet ☐ Hayır

24. Sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşümü nasıl değerlendirmektesiniz?

- ☐ Çok iyi ☐ İyi ☐ Fikrim yok ☐ İyi değil ☐ Hiç iyi değil

25. Eklemek istediğiniz başka bir konu var mı?.....

Ek 3. Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı Başvuru Kayıt Formu



TEPEBAŞI SOSYAL YARDIMLAŞMA VE DAYANIŞMA VAKFI BAŞKANLIĞINA

Vakfınıza;

- Sosyal yardım ve proje destek programlarından faydalanmak,
- Genel Sağlık Sigortası uygulaması kapsamında gelir testi yaptırmak,

için başvurmuş olup kişisel bilgilerimin ve muhtaçlığımın/ gelir durumumun tespiti için aşağıda maddeler halinde sayılan sorgulamaların ikamet ettiğim bölgede 3294 sayılı kanun hükümleri doğrultusunda kurulan Vakıflar ile Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğüne yapılmasına; ikamet ettiğim hanede ve çevrede ilgili Vakıf tarafından inceleme yapılmasına; elde edilen bilgilerin başvurumun değerlendirilmesi sürecinde kullanılmasına; çalışabilir durumda olduğumun tespiti halinde İŞKUR kaydının yapılmasına ve mevzuatta belirtilen zamanlarda hakkındaki sorgulama ve incelemelerin yenilenmesine;

T.C. Kimlik No	Ad / Soyad	İzin Veriyorum (İMZA)	İmza Tarihi	Yakınlığı

A. İçişleri Bakanlığı Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü

1. Nüfus Aile Kayıt Örneği,
2. Aile Kayıt Örneği,
3. Kişi Kayıt Örneği,
4. Olay Bilgileri,
5. Adres Bilgileri,

B. İŞKUR Genel Müdürlüğü

6. İŞKUR Kaydı,
7. İşsizlik Sigortası Ödeneği,
8. Kısa Çalışma Ödeneği,
9. İş Kaybı Tazminatı,

C. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü

10. Evde Bakım Aylığı,
11. Ayni/Nakdi Yardım,

D. Vakıflar Genel Müdürlüğü

12. Muhtaç Aylığı,
13. Kuru gıda yardımı,

E. Gelir İdaresi Başkanlığı

14. Vergi Mükellefiyeti,
15. Araç Sahipliği,

F. Tapu Kadastro Genel Müdürlüğü

16. Gayrimenkul sahipliği,

G. Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü,

17. Şartlı Eğitim ve Sağlık Yardımı Bilgileri,
18. Gelir Getirici Proje Bilgileri,
19. Sosyal Yardım Bilgileri (YBB)

H. Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı,

20. Çiftçi Kayıt Sistemi Sorgulamaları

I. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı

21. Sosyal Güvenlik Bilgileri,
22. Sağlık Müstahaklık Bilgileri,
23. 2022 Maaşı Bilgileri,

J. Sağlık Bakanlığı

24. Yeşil Kart Bilgisi,

K. Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu Genel Müdürlüğü

25. Burs ve Kredi Bilgisi

NOT : 1-Sayfa 1'e Hanede bulunan 18 Yaşından büyük herkes bilgilerini yazıp imzalarını atacaktır.
2-Sayfa 2'ye başvuran kişi bilgilerini eksiksiz dolduracak. (Eksik Formlar Kabul edilmeyecektir.)



SOSYAL YARDIMLAŞMA VE DAYANIŞMA VAKFI
BAŞVURU KAYIT FORMU



Sayı No : _____ Kayıt Tarihi : _____

1) BAŞVURANIN ADI-SOYADI : _____ BAŞVURU NO : _____
REFERANS NO : _____

2) BAŞVURU SAHİBİNİN KİMLİK BİLGİLERİ

T.C Nüfus Cüzdanı Seri : _____ No : _____ Nüfusa Kayıtlı Olduğu
T.C Kimlik No : _____ İl / İlçe : _____
Baba Adı : _____ Mahalle / Köy : _____
Ana Adı : _____ Cilt No : _____
Doğum Yeri / Tarihi : _____ Aile Sıra No : _____
Medeni Durumu : _____ Sıra No : _____
Uyruğu : _____ Adresi : _____

BAŞVURU SAHİBİNİN EŞİNİN KİMLİK BİLGİLERİ

T.C Kimlik No : _____ Adı-Soyadı : _____
Baba Adı : _____ Anne Adı : _____ Doğum Yeri : _____ Doğum Tarihi : _____

3) BAŞVURU SAHİBİNİN AİLE VE DİĞER BİLGİLERİ

Cep Tel No : _____

1) Yaşı : _____ 2) Cinsiyeti: ☐ 1) K ☐ 2) E

3) Eğitim Durumu

1) Kendisinin : _____

2) Eşinin : _____

4) Eğitim Gören Kişi Sayısı : _____

5) Mesleği:

1) Kendisinin : _____

2) Eşinin : _____

6) Geçim Kaynağı

Gelir(Aylık) : _____ TL

7) Mesken Durumu

☐ Ev sahibi
☐ Kira _____ TL
☐ Diğer

8) Hanede Yaşayanlar: (Rakamla)

Kendisi ve Eşi: _____

Çocuk Sayısı : _____

Anne - Baba : _____

Diğer Kişiler : _____

Toplam : _____

9) Özürlü Durumu / Derecesi

_____ %

10) Kronik Hastalığı

11) Sosyal Güvenlik Durumu

(SSK, Bağkur, Emekli Sandığı)

☐ Var ☐ Yok

12) Sağlık Güvence Durumu

_____ üzerinden

☐ SSK ☐ Bağkur

☐ Kira

☐ Yeşil Kart Var ☐ Yeşil Kart Yok

13) Başvuru Nedeni

☐ Herhangi bir geliri yok

☐ Gelir var ama yeterli değil

☐ Diğer _____

4) Yukarıda bilgilerin doğruluğunu beyan ederim. Hakkımda gerekli inceleme ve araştırmaların yapılmasını kabul ediyorum.

Başvuru Sahibinin;

İmzası : _____

Adı Soyadı : _____

Tarih : _____

5) BAŞVURUYU ALAN VAKIF PERSONELİNİN:

İmzası : _____

Adı Soyadı : _____

Tarih : _____



T.C.
BAŞBAKANLIK
SOSYAL YARDIMLAŞMA VE DAYANIŞMA GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
TEPEBAŞI
SOSYAL YARDIMLAŞMA VE DAYANIŞMA VAKFI
SOSYAL İNCELEME FORMU



Sayı :

Hane No :

Referans No :

HANE SAHİBİNE AIT BİLGİLER

T.C. Kimlik No	:	
Adı Soyadı	:	
Doğum Tarihi / Yeri	:	Yaşı :
Cep Telefon No	:	
Telefon No	:	
İkametgah Adresi	:	
Cinsiyet	:	
Medeni Durum	:	

GENEL BİLGİLER

İncelemeyi Yapan Kişi	Görüşülen Kişi
Adı Soyadı :	Adı Soyadı :
Görevi :	Yakınlığı :
İnceleme Tarihi :	

KONUT BİLGİLERİ

Oturduğunuz konutun türü nedir? (*)	☐ Konut Yok ☐ Müstakil Ev ☐ Apartman Dairesi(Zemin) ☐ Apartman Dairesi(Normal) ☐ Çadır/Baraka ☐ Gecekondu(Sağlıksız, oturulamayacak durumda) ☐ Diğer
Oturduğunuz evin mülkiyet durumu nedir? (*)	☐ Kendi evimiz ☐ Kira ☐ Kira ödemedenden kullanılıyor ☐ Lojman ☐ Diğer
Oturduğunuz ev kime aittir?	☐ Akraba ☐ Anne/Baba/Kardeş ☐ Diğer
Aylık ne kadar kira ödüyorsunuz? (*)	TL
Kira kontratınız var mı?	☐ Evet ☐ Hayır
Bulunduğunuz semtte böyle bir evin yaklaşık kira bedeli ne kadardır? (*)	TL
Mutfak, tuvalet ve banyo hariç, oturduğunuz evde (salon dahil) kaç tane oda vardır? (*)	adet oda
Hanede kullanılan suyu nasıl tedarik ediyorsunuz?	☐ Dışında çeşme ☐ Kuyu ☐ Ev dışında musluk suyu ☐ Ev içinde musluk suyu ☐ Diğer
Ev içerisinde banyo veya duşunuz var mı?	☐ Evet ☐ Hayır
Hanede kullandığınız tuvalet için hangisi doğrudur?	☐ Umumi tuvalet ☐ Evin dışında ☐ Evin içinde ☐ Evin içinde ve dışında ☐ Diğer
Evde ısınmada hangi kaynağı kullanıyorsunuz?	☐ Tüp gaz ☐ Elektrik ☐ Doğalgaz ☐ Tezek ☐ Odun-kömür ☐ Diğer
Oturduğunuz konutu nasıl ısıtıyorsunuz? (*)	☐ Soba ☐ Kombi/Kat kaloriferi ☐ Müşterek/Merkezi ısıtma kaloriferi ☐ Elektrikli ısıtıcı ☐ Diğer
Evde yemek pişirmede hangi kaynağı kullanılıyorsunuz?	☐ Tüp gaz ☐ Elektrik ☐ Doğalgaz ☐ Tezek ☐ Odun-kömür ☐ Diğer
Son bir yıl içinde parasızlık nedeniyle ödeyemediğiniz faturanız/dolduramadığınız kartınız oldu mu?	☐ Evet ☐ Hayır
Ödeyemediğiniz faturalarınız/dolduramadığınız kartlarınız hangileridir?	☐ Su ☐ Elektrik ☐ Ev Telefonu ☐ Cep Telefonu ☐ Doğalgaz



T.C.
BAŞBAKANLIK
SOSYAL YARDIMLAŞMA VE DAYANIŞMA GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
TEPEBAŞI
SOSYAL YARDIMLAŞMA VE DAYANIŞMA VAKFI
SOSYAL İNCELEME FORMU



DURUM DEĞERLENDİRME	
Hanenin aylık ortalama geliri ne kadardır? (*)	TL
Sağlık hizmetlerine erişimle ilgili problem yaşıyor musunuz? (*)	☐ Evet ☐ Hayır
Sağlık hizmetlerine erişimle ilgili problem yaşıyorsanız, bunun en önemli nedeni nedir? (*)	☐ Mali gücüm yok ☐ Tedavi yeri uzakta ☐ Zamanım yoktu ☐ İlaç ve diğer tıbbi malzemelere ulaşamadım ☐ Doktora ulaşamadım ☐ Bulunduğum yerde/mahallede sağlık ocağı yok ☐ Diğer
Hane halkı içerisinde son bir yılda parasızlık nedeniyle tedavisini ertelediğiniz hastalık/ rahatsızlık durumu oldu mu? (*)	☐ Evet ☐ Hayır
Hane halkı içerisinde özürlülük haricinde bakıma muhtaç biri var mı? (*)	☐ Evet ☐ Hayır
Şu anda yaşadığınız yerleşim yerine göç ile mi geldiniz? (*)	☐ Evet ☐ Hayır
Yaşadığınız yerleşim yerine göç ile geldiyseniz, ne zaman göç ettiniz? (*)	 yılında
Yaşadığınız yerleşim yerine göç ile geldiyseniz, nereden göç ettiniz? (*)	İlçe İl Yurt dışı
Yaşadığınız yerleşim yerine göç ile geldiyseniz, neden göç ettiniz? (*)	☐ İş ☐ Eğitim ☐ Geçim sıkıntısı ☐ Evlilik ☐ Sağlık ☐ Güvenlik ☐ Diğer
Kaç yıldır bu yerleşim yerinde yaşıyorsunuz? (*)	 yıl
Et ve ürünlerini tüketme sıklığınız nedir? (*)	☐ Hiç ☐ Ayda bir kez ☐ Haftada bir kez ☐ Haftada birkaç kez ☐ Hemen hemen hergün
Süt ve ürünlerini tüketme sıklığınız nedir? (*)	☐ Hiç ☐ Ayda bir kez ☐ Haftada bir kez ☐ Haftada birkaç kez ☐ Hemen hemen hergün
Sebze tüketme sıklığınız nedir? (*)	☐ Hiç ☐ Ayda bir kez ☐ Haftada bir kez ☐ Haftada birkaç kez ☐ Hemen hemen hergün
Meyve tüketme sıklığınız nedir? (*)	☐ Hiç ☐ Ayda bir kez ☐ Haftada bir kez ☐ Haftada birkaç kez ☐ Hemen hemen hergün



T.C.
BAŞBAKANLIK
SOSYAL YARDIMLAŞMA VE DAYANIŞMA GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
TEPEBAŞI
SOSYAL YARDIMLAŞMA VE DAYANIŞMA VAKFI
SOSYAL İNCELEME FORMU



HANE KONTROL KOLAYLIKLARI

Aşağıdaki konut kolaylıklarından hangilerine ne kadar sahipsiniz?

	Sayı	Yaşı	Nasıl Temin Edildi?
Televizyon			☐ Taksit ☐ Peşin ☐ İkinci El ☐ Hediye ☐ Yardım/Bağış ☐ Diğer
LCD Televizyon			☐ Taksit ☐ Peşin ☐ İkinci El ☐ Hediye ☐ Yardım/Bağış ☐ Diğer
Buzdolabı			☐ Taksit ☐ Peşin ☐ İkinci El ☐ Hediye ☐ Yardım/Bağış ☐ Diğer
Çamaşır Makinası			☐ Taksit ☐ Peşin ☐ İkinci El ☐ Hediye ☐ Yardım/Bağış ☐ Diğer
Bulaşık Makinası			☐ Taksit ☐ Peşin ☐ İkinci El ☐ Hediye ☐ Yardım/Bağış ☐ Diğer
Derin Dondurucu			☐ Taksit ☐ Peşin ☐ İkinci El ☐ Hediye ☐ Yardım/Bağış ☐ Diğer
Telefon			☐ Taksit ☐ Peşin ☐ İkinci El ☐ Hediye ☐ Yardım/Bağış ☐ Diğer
Cep Telefonu(1)			☐ Taksit ☐ Peşin ☐ İkinci El ☐ Hediye ☐ Yardım/Bağış ☐ Diğer
Cep Telefonu(2)			☐ Taksit ☐ Peşin ☐ İkinci El ☐ Hediye ☐ Yardım/Bağış ☐ Diğer
Cep Telefonu(3)			☐ Taksit ☐ Peşin ☐ İkinci El ☐ Hediye ☐ Yardım/Bağış ☐ Diğer
Uydu Anteni			☐ Taksit ☐ Peşin ☐ İkinci El ☐ Hediye ☐ Yardım/Bağış ☐ Diğer
Bilgisayar			☐ Taksit ☐ Peşin ☐ İkinci El ☐ Hediye ☐ Yardım/Bağış ☐ Diğer
Video/VCD/CD Çalar			☐ Taksit ☐ Peşin ☐ İkinci El ☐ Hediye ☐ Yardım/Bağış ☐ Diğer
Fırın			☐ Taksit ☐ Peşin ☐ İkinci El ☐ Hediye ☐ Yardım/Bağış ☐ Diğer
Elektrik Süpürgesi			☐ Taksit ☐ Peşin ☐ İkinci El ☐ Hediye ☐ Yardım/Bağış ☐ Diğer
Halı Yıkama Makinası			☐ Taksit ☐ Peşin ☐ İkinci El ☐ Hediye ☐ Yardım/Bağış ☐ Diğer
Kombi, Şofben, Su Isıtıcı			☐ Taksit ☐ Peşin ☐ İkinci El ☐ Hediye ☐ Yardım/Bağış ☐ Diğer
Küçük Tüp			☐ Taksit ☐ Peşin ☐ İkinci El ☐ Hediye ☐ Yardım/Bağış ☐ Diğer
İnternet			☐ Taksit ☐ Peşin ☐ İkinci El ☐ Hediye ☐ Yardım/Bağış ☐ Diğer
Güneş Enerji Sistemi			☐ Taksit ☐ Peşin ☐ İkinci El ☐ Hediye ☐ Yardım/Bağış ☐ Diğer



T.C.
BAŞBAKANLIK
SOSYAL YARDIMLAŞMA VE DAYANIŞMA GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
TEPEBAŞI
SOSYAL YARDIMLAŞMA VE DAYANIŞMA VAKFI
SOSYAL İNCELEME FORMU



HARCAMA BİLGİLERİ

Aşağıdaki harcama türleri için aldığınız yardımlar dışında yıllık ne kadar harcıyorsunuz? Ödemenizi nasıl yapıyorsunuz?

	Yıllık	Aylık	Ödeme Şekli
Gıda			☐ Veresiye ☐ Taksit ☐ Peşin ☐ Kredi Kartı ☐ Yardım ☐ Borçla ☐ Diğer
Giyim			☐ Veresiye ☐ Taksit ☐ Peşin ☐ Kredi Kartı ☐ Yardım ☐ Borçla ☐ Diğer
Kira			☐ Veresiye ☐ Taksit ☐ Peşin ☐ Kredi Kartı ☐ Yardım ☐ Borçla ☐ Diğer
Yakacak			☐ Veresiye ☐ Taksit ☐ Peşin ☐ Kredi Kartı ☐ Yardım ☐ Borçla ☐ Diğer
Eğitim			☐ Veresiye ☐ Taksit ☐ Peşin ☐ Kredi Kartı ☐ Yardım ☐ Borçla ☐ Diğer
Sağlık			☐ Veresiye ☐ Taksit ☐ Peşin ☐ Kredi Kartı ☐ Yardım ☐ Borçla ☐ Diğer
Haberleşme			☐ Veresiye ☐ Taksit ☐ Peşin ☐ Kredi Kartı ☐ Yardım ☐ Borçla ☐ Diğer
Temizlik Malzemeleri			☐ Veresiye ☐ Taksit ☐ Peşin ☐ Kredi Kartı ☐ Yardım ☐ Borçla ☐ Diğer
Ulaşım			☐ Veresiye ☐ Taksit ☐ Peşin ☐ Kredi Kartı ☐ Yardım ☐ Borçla ☐ Diğer
Sigara			☐ Veresiye ☐ Taksit ☐ Peşin ☐ Kredi Kartı ☐ Yardım ☐ Borçla ☐ Diğer
Su-Elektrik-Gaz			☐ Veresiye ☐ Taksit ☐ Peşin ☐ Kredi Kartı ☐ Yardım ☐ Borçla ☐ Diğer
Eğlence/Kültür/ Sanat			☐ Veresiye ☐ Taksit ☐ Peşin ☐ Kredi Kartı ☐ Yardım ☐ Borçla ☐ Diğer
Düğün, Sünnet vb.			☐ Veresiye ☐ Taksit ☐ Peşin ☐ Kredi Kartı ☐ Yardım ☐ Borçla ☐ Diğer
Lokanta/Otel			☐ Veresiye ☐ Taksit ☐ Peşin ☐ Kredi Kartı ☐ Yardım ☐ Borçla ☐ Diğer
Alkollü İçecek			☐ Veresiye ☐ Taksit ☐ Peşin ☐ Kredi Kartı ☐ Yardım ☐ Borçla ☐ Diğer
Konut(arsa, kooperatif)			☐ Veresiye ☐ Taksit ☐ Peşin ☐ Kredi Kartı ☐ Yardım ☐ Borçla ☐ Diğer
Mobilya, ev aletleri, ve bakım hizmetleri			☐ Veresiye ☐ Taksit ☐ Peşin ☐ Kredi Kartı ☐ Yardım ☐ Borçla ☐ Diğer
Diğer			☐ Veresiye ☐ Taksit ☐ Peşin ☐ Kredi Kartı ☐ Yardım ☐ Borçla ☐ Diğer



T.C.
BAŞBAKANLIK
SOSYAL YARDIMLAŞMA VE DAYANIŞMA GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
TEPEBAŞI
SOSYAL YARDIMLAŞMA VE DAYANIŞMA VAKFI
SOSYAL İNCELEME FORMU



BORÇ BİLGİLERİ

Borcunuz / taksidiniz var mı? (*) ☐ Evet ☐ Hayır

Borç detayları :

Nereye	Ne Kadar	Ne için

KRONİK HASTALIK VE ÖZÜR DURUMU BİLGİLERİ

Hanede kronik hastalığı veya özür durumu olan kişiler var mı? (*) ☐ Evet ☐ Hayır

Kimlerdir :

Ad	Soyad	Açıklama

ÇALIŞAN KİŞİ BİLGİLERİ

Hanede çalışan kişiler var mı? (*) ☐ Evet ☐ Hayır

Kimlerdir :

Ad	Soyad	Açıklama



T.C.
BAŞBAKANLIK
SOSYAL YARDIMLAŞMA VE DAYANIŞMA GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
TEPEBAŞI
SOSYAL YARDIMLAŞMA VE DAYANIŞMA VAKFI
SOSYAL İNCELEME FORMU



GÖRÜŞLER

Vakıf Çalışanı Görüşü(*) :

Açıklama(*) :

Kaynakça

- Abrahamson, P. (1999). The welfare modelling business. *Social Policy and Administration*, 33(4), 394-415.
- Acar, F. (2012). Genel sağlık sigortası uygulaması. *Türk-İş Dergisi*, 2 (397), 40-42.
- Acar, F. (2013). Sosyal Güvenlik Kurumu'nun 2013 vizyonu. *Mercek Dergisi*, (69), 33-41.
- Acartürk, E. ve Keskin, S. (2012). Türkiye'de sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı modeli. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17 (3), 25-51.
- Ağartan, T. (2008). *Turkish health system in transition: Historical background and reform experience*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. New York: Binghamton University.
- Ağartan, T. (2011a). Sağlıkta reform salgını. *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları*. (Der: Ç. Keyder, N. Üstündağ, T. Ağartan, Ç. Yoltar). İstanbul: İletişim Yayınları, ss. 37-54.
- Ağartan, T. (2011b). Metalaşma ve sağlıkta dönüşümün sınırları: Türkiye Örneği. *Neoliberalizm ve Mahremiyet*. (Haz: C. Özbay, A. Terzioğlu, Y. Yasin). İstanbul: Metis Yayınları, ss. 31-44.
- Akdağ, R. (2007). *Nereden nereye Türkiye sağlıkta dönüşüm programı Kasım 2002 – Haziran 2007*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Akdağ, R. (2008a). *İlerleme raporu Türkiye sağlıkta dönüşüm programı*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 749.
- Akdağ, R. (2008b). *Türkiye sağlıkta dönüşüm programı ve temel sağlık hizmetleri*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 770.
- Akdağ, R. (2010). *Türkiye sağlıkta dönüşüm programı. (İlerleme raporu: Eylül 2010)*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 807.
- Akdağ, R. (2011a). *Türkiye sağlıkta dönüşüm programı. (Değerlendirme raporu: 2003-2010)*. Ankara: T. C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 839.
- Akdağ, R. (2011b). *Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti 2011*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 849
- Akdağ, R. (2011c). *Kamu hastanelerinin genel verimliliğinin değerlendirilmesi*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 848.

- Akdağ, R. (2011d). *Toplumun akılcı ilaç kullanımına bakışı*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 856.
- Akdağ, R. (2011e). *Hekimlerin akılcı ilaç kullanımına bakışı*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 857.
- Akdur, R. (1999). *Türkiye’de sağlık hizmetleri ve Avrupa Topluluğu ülkeleri ile kıyaslanması*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Akdur, R. (2006). *Sağlık sektörü temel kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği’nde durum ve Türkiye’nin birliğe uyumu*. (3. baskı). Ankara: ATAUM Yayınları.
- Aksakoğlu, G. (1994). İngiltere sağlık sistemi. *Toplum ve Hekim*, 64 (5), 96-100.
- Aksakoğlu, G. ve Giray, H. (2006). Birleşik Krallık’ta ulusal sağlık hizmetinin öyküsü. *Toplum ve Hekim*, 21 (5-6), 335-343.
- Aksoy, B. (2007). *Bir meslek örgütünün kurumsal değişimdeki yeri: Türkiye sağlık alanı örneği*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara: Başkent Üniversitesi.
- Aktan, C. ve Işık, K. (2007). Sağlık hizmetlerinin sunumu ve alternatif yöntemler. *Sağlık hizmetlerinin sunumunda alternatif yöntemler*. (Ed: C. Aktan ve Saran). Ankara: T. C. Sağlık Bakanlığı ve Aura Yayınları.
- Alcock, C.; Payne, S.; Sullivan, M. (2000). *Introducing social policy*. Harlow: Prentice Hall.
- Alcock, P.; May, M.; Rowlingson, K. (2011). *Sosyal politika kuramlar ve uygulamalar*. (Çevirenler: B. Yıldırım, B. Mercan, O. C. Taştan, O. Tezgel, Ş. Gökbayrak), Ankara: Siyasal Kitapevi.
- Alper, Y. (2012). Genel sağlık sigortası ve gelir testi uygulaması. *Türk-İş Dergisi*, 2 (397), 56-60.
- Altan, Ö. Z. (2006). *Sosyal politika dersleri*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Altay, A. (2007). Sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni açılımlar ve Türkiye açısından değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, (64), 33-58.
- Altunışık, R.; Coşkun, R.; Bayraktaroğlu, S. ve Yıldırım, E. (2010). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri: SPSS uygulamalı* (6. baskı). Sakarya: Sakarya Yayıncılık.
- Arts, W. ve Gelissen, J. (2002). Three worlds of welfare capitalism or more? A state-of-the-art report. *Journal of European Social Policy*, 12 (2), 137-158.
- Ataay, F. (2007). *Kamu hastane birlikleri tasarısı üzerine değerlendirme*. (1. baskı). Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

- Aydemir, İ. (2010). Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde hasta hakları uygulamalarının değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
- Aydemir, İ. ve Işıkhani, V. (2012). Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde hasta hakları uygulamalarının değerlendirilmesi. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13 (2), 67-86.
- Aydın, U. (1998). Sosyal güvencilikte özelleştirme sebepler ve uygulamalar. *Çimento İşveren Dergisi*, 12 (5), 4-15.
- Aydın, U. (1999). *Sosyal güvenlik sorunlarının çözümünde özel sigortalar*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Aydın, U. (2011). Social security reform process in Turkey and two years after. *İş dünyası ve hukuk*, (Prof. Dr. Tankut Centel'e armağan). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Yayını, No: 720, ss. 71-97.
- Azap, A. (2007). İspanya sağlık sistemi: Yerinden yönetmek merkezden yönetime göre daha mı iyi? *Toplum ve Hekim*, 22 (4), 242-246.
- Bakar, A. ve Akgün, S. (2005). Türkiye'de sağlık reformları; sonu gelmeyen hikâye. *Toplum ve Hekim*, 20 (5), 339-352.
- Bambra, C. (2005a). Worlds of welfare and the health care discrepancy. *Social Policy & Society*, 4 (1), 31-41.
- Bambra, C. (2005b). Cash versus services: 'Worlds of welfare' and the decommmodification of cash benefits and health care services. *Journal of Social Policy*, 34 (2), 195-213.
- Bambra, C. (2007). "Sifting the wheat from the Chaff": A two-dimensional discriminant analysis of welfare state regime theory. *Social Policy and Administration*, 41 (1), 1-28.
- Baş, T. (2010). *Anket nasıl hazırlanır? Anket nasıl değerlendirilir? Anket nasıl uygulanır?* (6. baskı). Ankara: Seçkin Yayınları.
- Belek, İ. (2000). *Sosyal devletin çöküşü ve sağlığın ekonomi politiğı*. İstanbul: Sorun Yayınları.
- Belek, İ. (2009). *Küba'da sağlık. Sosyalizmin başarısı*. (2. baskı). İstanbul: Yazılama Yayınevi.
- Blomqvist, A. ve Jonsson, E. (2008). Introduction. *Financing health care*. (Ed: M. Lu ve E. Jonsson). KGaA, Weinheim: WILEY-VCH Verlag GmbH&Co, ss. 1-15.

- Bonoli, G. (1997). Classifying welfare states: a two-dimension approach. *Journal of Social Policy*, 26 (3), 351-372.
- Boyle, S. (2008). The health system in England. *Eurohealth*, 14 (1), 1-2.
- Boyle, S. (2011). United Kingdom (England): Health system review. *Health Systems in Transition*, 13 (1), 1-486.
- Brouwer, S. (2012). *Devrimci doktorlar*. (Çev: L. Aydeniz). Ankara: NotaBene Yayınları.
- Buğra, A. (2010). *Kapitalizm, yoksulluk ve Türkiye’de sosyal politika* (4. baskı). İstanbul: İletişim Yayınları.
- Buğra, A. ve Keyder, Ç. (2006). Önsöz. *Sosyal politika yazıları*. (Der: A. Buğra ve Ç. Keyder). İstanbul: İletişim Yayınları, ss. 7-17.
- Bulut, A. (2011). Türkiye’de sağlık reformunun tarihçesi. *Avrupa’da ve Türkiye’de sağlık politikaları*. (Der: Ç. Keyder, N. Üstündağ, T. Ağartan, Ç. Yoltar), İstanbul: İletişim Yayınları, ss. 111-124.
- Bulut, N. (2009). *Sanayi devriminden küreselleşmeye sosyal haklar*. İstanbul: On İki Levha Yayıncılık.
- Bureau, V. ve Blank, R. H. (2006). Comparing health policy: An assessment of typologies of health systems. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 8 (1), 63-76.
- Busse, R. (2008). The health system in Germany. *Eurohealth*, 14 (1), 5-6.
- Busse, R. ve Riesberg A. (2004). *Health care systems in transition: Germany*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Cerami, A. (2006). The reform challenges to the Central and Eastern European welfare regime. *Paper presented at the international conference: Transformation of Social Policy in Europe: Patterns, Issues and Challenges for the EU-25 and Candidate Countries*. Ankara: METU.
- Çelik, A. (30.10.2005). Marx bu sınavdan çıkardı. *Radikal*.
- Çelik, Y. (2011). *Sağlık ekonomisi*. Ankara: Siyasal Kitapevi.
- Çelikay, F. (2009). *Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından sağlık sigortası sisteminin etkinliği ve geleceği*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi.

- Çelikay, F. ve Gümüş, E. (2011). Sağlıkta dönüşümün ampirik analizi. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 66 (3), 55-92.
- Çerkezoğlu, A. (2012). Sağlıkta hizmet satın alma, mücadele, örgütlenme, deneyimler... *Sağlığın siyasal ekonomisi hekim/sağlıkçı emek tartışmaları*. (Der: A. Soyer). İstanbul: Sorun Yayınları, ss. 102-110.
- Çolak, E. (2012). Genel sağlık sigortası hakkında. *Türk-İş Dergisi*, 2 (397), 44-46.
- Çubuk, A. (1983). Sosyal politika ve sosyal güvenlik. Ankara: Gazi Üniversitesi Yayınları.
- Deacon, B. (2000). Eastern European welfare states: the impact of the politics of globalization. *Journal of European Social Policy*, 10, 146-161.
- Demirbilek, S. (2009). *Sosyal politika bağlamında sosyal hizmet*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları.
- Dinler, V. ve İçli, T. (2009). Suç ve yoksulluk etkiselliği (Isparta cezaevi örneği). *Uluslararası Davraz Kongresi*. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi, ss. 2469-2486.
- Durmuş, M. (2011). Obama sağlık reformu: Kanseri Aspirinle tedavi etmek! *Çalışma ve Toplum*, 4 (31), 59-72.
- Ekuklu, G. (2006). Norveç sağlık sistemi. *Toplum ve Hekim*, 21 (5-6), 372-378.
- Elbek, O. ve Adaş, E. B. (2009). Sağlıkta dönüşüm: Eleştirel bir değerlendirme. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 12 (1), 33-44.
- Ergün, K. (2012). Genel sağlık sigortası uygulamaları. *TÜRK-İŞ*, (397), 47-48.
- Erkoç, M. ve Çağlayan, Ç. (2006). Küba sağlık sistemi paradoks mu, sosyalizm mi? *Toplum ve Hekim*, 21 (5-6), 459-469.
- Erkul, İ. (1988). Sosyal politika dersleri. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Eğitim, Sağlık ve Bilimsel Araştırma Çalışmaları Vakfı Yayınları, No: 50.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Oxford: Polity Press.
- Fajth, G. (1999). Social security in a rapidly changing environment: The case of the post-communist transformation. *Socail Policy & Administration*, 33 (4), 416-436.
- Ferrera, M. (2006). Sosyal Avrupa'da Güney Avrupa refah modeli. *Sosyal politika yazıları*. (Der: A. Buğra ve Ç. Keyder). İstanbul: İletişim Yayınları, ss. 195-229.

- Freeman, R. (1998). Competition in context: the politics of health care reform in Europe. *International Journal for Quality in Health Care*, 10 (5), 395-401.
- Freeman, R. ve Moran, M. (2000). Reforming health care in Europe. *West European Politics*, 23 (2), 35-58.
- Gough, I. (2001). Globalization and regional welfare regimes: The East Asian case. *Global Social Policy*, 1, 163-189.
- Gölbashi, S. (2008). *Kentleşme ve suç: İstanbul'un kentleşme süreci ile suçluluk arasındaki ilişkinin kuramsal değerlendirilmesi* (1. baskı). İstanbul: On İki Levha Yayıncılık.
- Göze, A. (1995). *Liberal marxişte faşist ve sosyal devlet*. İstanbul: Beta Yayınları.
- Groenewegen, P. (2011). Doğu Avrupa'da sağlık reformu. *Avrupa'da ve Türkiye'de sağlık politikaları*. (Der: Ç. Keyder, N. Üstündağ, T. Ağartan, Ç. Yoltar), İstanbul: İletişim Yayınları, ss. 125-140.
- Guillen, A. M. (2002). The politics of universalisation: Establishing national health services in southern Europe. *West European Politics*, 25 (4), 49-68.
- Guillen, A. M. (2011). Güney Avrupa'da sağlık reformu. *Avrupa'da ve Türkiye'de sağlık politikaları*. (Der: Ç. Keyder, N. Üstündağ, T. Ağartan, Ç. Yoltar). İstanbul: İletişim Yayınları, ss. 141-162.
- Gül, S. S. (2006). *Sosyal devlet bitti, yaşasın piyasa* (2. baskı). Ankara: Ebaül Yayıncılık.
- Gül, S. S. ve Ergun, A. D. (2010). Piyasa odaklı bir uygulama olarak aile hekimliği: Sağlık hizmetinin sunumunda olası kayıplar. *Sosyal Haklar Ulusal Sempozyumu II Bildiriler Kitabı*. İstanbul: Petrol-İş Yayını, 317-337.
- Gülmez, M. (2009). İnsan hakları olarak sosyal haklar ve haksızlıklar. *Uluslararası Sosyal Haklar Sempozyumu Bildiriler Kitabı*. Ankara: Belediye-İş Sendikası Yayını, 3-17.
- Gümüş, E. (2010). Türkiye'de sosyal güvenlik sistemi: Mevcut durum, sorunlar ve öneriler. *Seta Analiz*, (24), 1-24.
- Günaydın, D. (2011). Sağlık hizmetlerinde küresel reform yaklaşımları. *Sosyal Siyaset Konferansları*, 2011/1 (60), 323-365.
- Güngör, H. (2012). *Sağlık sektöründe kamu-özel işbirliği uygulamaları ve Türkiye için değerlendirme*. Ankara: T.C. Kalkınma Bakanlığı Yayın No: 2831.
- Güven, S. (1997). *Sosyal politikanın temelleri*. Bursa: Ezgi Kitapevi Yayınları.

- Güzel, A.; Okur, A. R.; Caniklioğlu, N. (2010). *Sosyal güvenlik hukuku*. İstanbul: Beta Yayınları.
- Hamzaoğlu, O. (2007). Yeni liberal politikalar ve Türkiye’de sağlıkta reform-dönüşüm. *Toplum ve Hekim*, 22 (6), 418-431.
- Hamzaoğlu, O. ve Yavuz, C. I. (2006). Sağlıkta AKP’li dönemin bilançosu üzerine. *Mülkiye Dergisi*, 30 (252), 275-296.
- Hanlein, A. (2006). Türkiye’de sürgün bir Alman sosyal politikacı. (Çev: Alpay Hekimler) *Çalışma ve Toplum*, 31 (2), 31-47.
- Hassenteufel, P.; Smyrl, M.; Genieys, W. ve Fuentes, F. J. M. (2010). Programmatic actors and the transformation of European health care states. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 35 (4), 517-538.
- Hayran, O. (1998). Sağlık hizmetleri. *Sağlık hizmetleri el kitabı*. (Ed: O. Hayran ve H. Sur). İstanbul: Yüce Yayın, ss. 15-32.
- Hayran, O. (1998). Sağlık hizmetlerinin özel ve kamusal yönü. *Sağlık hizmetleri el kitabı*. (Ed: O. Hayran ve H. Sur). İstanbul: Yüce Yayın, ss. 49-61.
- Hill, M. (2006). *Social policy in the modern world: a comparative text*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Jordan, B. (2006). *Social policy for the twenty-first century*. Cambridge: Polity Press.
- Kablay, S. (2002). Sağlık Bakanlığı’nın hastaneleri özerkleştirme politikasına eleştirel bir bakış. *Kamu Yönetimi Dünyası Dergisi*, 3 (11-12), 36-41.
- Kaboğlu, İ. Ö. (2010). Anayasa’da sosyal haklar: alanı ve sınırları. *Sosyal Haklar Ulusal Sempozyumu II Bildiriler Kitabı*. İstanbul: Petrol-İş Yayını, 43-60.
- Kara, B. (2002). Küba’nın devrim öncesi ve sonrası sağlık sistemleri. *Toplum ve Hekim*, 17 (3), 220-228.
- Kara, U. (2004). *Sosyal devletin yükselişi ve düşüşü*. Ankara: Maki Basım Yayın.
- Karabulut, K. (2001). Sağlık sektöründe özelleştirme. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 15 (1-2), 31-39.
- Karadeniz, O. (2012). Extension of health services coverage for needy in Turkey: From social assistance to general health insurance. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 2 (2), 103-123.
- Karahanogulları, O. (2011). Kamu hizmetleri piyasa ilişkisinde dördüncü tip: Eksik imtiyaz (kamu-özel ortaklığı). *Toplum ve Hekim*, 26 (5), 323-347.

- Karasu, K. (2011). Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde kamu-özel ortaklığı. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 66 (3), 217-262.
- Kasza, G. J. (2002). The illusion of welfare regimes. *Journal of Social Policy*, 31 (2), 271-287.
- Kessler, G. (1945). *İçtimai siyaset*. (Çev: O. Tuna). İstanbul: Gençlik Kitabevi Neşriyatı.
- Keyder, Ç. (2011). Giriş. *Avrupa’da ve Türkiye’de sağlık politikaları*. (Der: Ç. Keyder, N. Üstündağ, T. Ağartan, Ç. Yoltar). İstanbul: İletişim Yayınları, ss. 15-35.
- Koçak, O. ve Sayım, F. (2009). Refah devleti ışığında sağlık hizmetleri ve Türkiye’de sağlık sektöründeki gelişmeler. *Paper presented at EconAnadolu 2009: Anadolu International Conference in Economics*. June 17-19. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Koçak, O. ve Tiryaki, D. (2011). Sosyal devlet anlayışında sağlık politikalarının önemi ve sağlıkta dönüşüm programının değerlendirilmesi: Yalova örneği. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (19), 51-84.
- Koray, M. (2005). *Avrupa toplum modeli*. Ankara: İmge Kitapevi Yayınları.
- Koray, M. (2008). *Sosyal politika*. Ankara: İmge Kitapevi Yayınları.
- Korpi, W. ve Palme, J. (1998). The paradox of redistribution and strategies of equality: Welfare state institutions, inequality and poverty in the Western Countries. *American Sociological Review*, 63 (5), 661-687.
- Kuhnle, S. (2001). The Nordic welfare state in a European context: dealing with new economic and ideological challenges in the 1990s. *Welfare state futures*. (Ed: S. Leibfried). Cambridge: Cambridge University Press, ss. 103-122.
- Lamping, W. ve Steffen, M. (2009). European union and health policy: The “chaordic” dynamics of integration. *Social Science Quarterly*, 90 (5), 1361-1379.
- Lister, J. ve Labonte, R. (2011). Küreselleşme ve sağlık sistemleri değişimi. *Küreselleşme ve sağlık*. (Ed: İ. Kayı ve Y. Yasin). İstanbul: İnsev Yayınları, ss. 200-233.
- Ljubljana charter on reforming health care in Europe. (1996). The Ljubljana Charter was adopted by the European Member States of WHO in Ljubljana, Slovenia.
- Midgley, J.; Tracy, M. B.; Livermore, M. (2000). *The handbook of social policy*. Thousand Oaks: Sage Publications.

- Moran, M. (1999). *Governing the health care state: A comparative study of the United Kingdom and Germany*. Manchester: Manchester University Press.
- Moran, M. (2000). Understanding the welfare state: the case of health care. *British Journal of Politics and International Relations*, 2 (2), 135-160.
- Mutlu, A. ve Işık, A. K. (2005). *Sağlık ekonomisine giriş*. (2. basım). Bursa: Ekin Kitapevi Yayınları.
- OECD (2013). *OECD health data 2013*. <http://www.oecd.org/health/healthdata> (Erişim tarihi: 30.10.2013).
- OECD ve Dünya Bankası (2008). *OECD sağlık sistemi incelemeleri: Türkiye*.
- Oral, A. İ. (2002). *Dünya’da ve Türkiye’de sosyal sigortalar kapsamında sağlık sigortası uygulamaları*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Öcek, Z. (2007). Almanya sağlık sistemi. *Toplum ve Hekim*, 22 (1-2), 83-95.
- Övretveit, J. (2005). İskandinav ülkelerinde özelleştirme ve özel sağlık hizmetleri. (Çev: N. Etiler), *Toplum ve Hekim*, 20 (5), 353-360.
- Özdemir, S. (2007). *Küreselleşme sürecinde refah devleti*. İstanbul: İstanbul Ticaret Odası Yayınları.
- Özkalp, E. (2000). *Sosyolojiye giriş* (10. baskı). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Özseven, M.; Danışman, A.; Bingöl, A. S. (2013). Çoklu kurumsal mantıklardan yeni bir kurumsal mantığa doğru: Türk sağlık alanında bir inceleme. 4. *Örgüt Kuramı Çalıştayı*. Ankara: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yayınları, ss. 1-22.
- Özşahin, A. ve Sözman, M. K. (2006). Danimarka sağlık sistemi. *Toplum ve Hekim*, 21 (5-6), 413-425.
- Özügürlü, M. (2003). Sosyal politikanın dönüşümü ya da sıfatın suretten kopuşu. *Mülkiye Dergisi*, 27 (239), 59-75.
- Pala, K. (2002). Temel sağlık hizmetleriyle ilgili uluslararası Alma Ata Toplantısı. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 17 (2), 101-106.
- Pavolini, E. ve Ranci, C. (2008). Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries. *Journal of European Social Policy*, 18, 246-259.
- Ramesh, M. ve Asher, M. G. (2000). *Welfare capitalism in southeast Asia*. New York: PALGRAVE.

- Reibling, N. (2010). Healthcare systems in Europe: towards an incorporation of patient access. *Journal of European Social Policy*, 20 (1), 5-18.
- Saraçoğlu, G. V. (2007). Edirne’de toplum sağlığı merkezinde çalışmak. *Toplum ve Hekim*, 22 (6), 463-469.
- Sayım, F. (2011). *Sağlık piyasası ve etik*. Bursa: MKM Yayıncılık.
- Scruggs, L. ve Allan, J. (2006). Welfare-state decommmodification in 18 OECD countries: a replication and revision. *Journal of European Social Policy*, 16 (1), 55-72.
- Serin, İ. (2004). *Genel sağlık sigortası ve Türkiye’de uygulanabilirliği*. İstanbul: Kazancı Kitap Yayınları.
- Serter, N. (1994a). *Türkiye’nin sosyal yapısı*. İstanbul: Filiz Kitapevi.
- Serter, N. (1994b). *Devlet görevlerindeki gelişmelerin sonucu olarak Sosyal Devlet*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları.
- Serter, N. (1996). Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki gelişmeler. *Sabahaddin Zaim’e Armağan, İktisat Fakültesi Mecmuası*, 1 (4), 417-436.
- Sertlek, T. (2012). Sağlık hizmetleri ve taşeronlaşma. *Sağlığın siyasal ekonomisi hekim/sağlıkçı emek tartışmaları*. (Der: A. Soyer). İstanbul: Sorun Yayınları, ss. 90-101.
- Soyer, A. (2003). 1980’den günümüze sağlık politikaları. *Praksis*, 9, 301-319.
- Soyer, A. (2012). Sağlık hizmetlerinde “fabrika” dönemine geçiliyor. *Sağlığın siyasal ekonomisi hekim/sağlıkçı emek tartışmaları*. (Der: A. Soyer). İstanbul: Sorun Yayınları, ss. 194-197.
- Sönmez, M. (2011). *Paran kadar sağlık Türkiye’de sağlığın ticarileşmesi*. İstanbul: Yordam Kitap.
- Standing, G. (1996). Social protection in Central and Eastern Europe: a tale of slipping anchors and torn safety nets. *Welfare states in transition*. (Ed: G. Esping-Andersen). London: Sage Publications, ss. 225-255.
- Suğur, N.; Suğur, S.; Şavran, T.; Çetin, O. ve Akarçay, E. (2010). *Eskişehir’de çalışan yoksullar, enformel istihdam ve yoksulluk ilişkileri*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Sülkü, S. N. (2011). *Türkiye’de sağlıkta dönüşüm programı öncesi ve sonrasında sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve sağlık harcamaları*. Ankara: T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Yayın No: 2011/414.

- Şavran, T. G. (2010). Toplumsal eşitsizlikler ve sağlık: Eskişehir’de sosyolojik bir araştırma. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Şenkal, A. (2005). *Küreselleşme sürecinde sosyal politika*. (1. baskı). İstanbul: Alfa Yayınları.
- Şimşek, A. (2012). Araştırma modelleri. *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri* (Ed: A. Şimşek). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, ss. 80-107.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2012a). *2012 yılı Sağlık Bakanlığı faaliyet raporu*. Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2012b). *Sağlık İstatistikleri yılı 2011*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Yayınları.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2007). *Sağlıkta e-dönüşüm*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Talas, C. (1992). *Türkiye’nin açıklamalı sosyal politika tarihi*. Ankara: Bilgi Yayınevi.
- Taşcı, F. (2010). *Sosyal politikalarda can simidi sosyal yardım*. (1. basım). Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Taşcı, F. (2012). *Sosyal politika ahlakı*. (1. basım). Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Tatar, M. (2011). Sağlık hizmetlerinin finansman modelleri: Sosyal sağlık sigortasının Türkiye’de gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1), 103-133.
- Terzi, C. (2007). Amerika Birleşik Devletleri sağlık sistemi. *Toplum ve Hekim*, 22 (1-2), 2-22.
- Tokat, M. (1998). *Sağlık ekonomisi*. (Ed: İ. Şıklar). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları.
- Tokol, A. ve Alper, Y. (2011). *Sosyal politika*. Bursa: Dora Yayınevi.
- Tuna, O. ve Yalçıntaş, N. (1999). *Sosyal siyaset*. İstanbul: Filiz kitapevi.
- Turan, N. (1994). *Türkiye’de sağlık hizmetleri ve sağlık sektöründe temel sorunlar: çözüm için sağlık kooperatifçiliğinden yararlanma gereği ve olanakları*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Turanlı, M.; Cengiz, D. T.; Özden, Ü. H.; Başar, Ö. D.; Genç, E. G. ve Bağdatlı, S. (2011). *Sosyal güvencesi olan hastalar ve sağlıkta dönüşüm programına bakış*. İstanbul: İstanbul Ticaret Odası Yayınları Yayın No: 2010-88.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2010). *Sağlık araştırması*. Ankara.
- Tüzün, H. (2006). İsveç: Sosyal devletin düşen kalesinde sağlık nereye? *Toplum ve Hekim*, 21 (5-6), 366-371.

- Tüzün, H. (2012). Daha esnek istihdam daha az sağlık taşeronlaşmanın çalışanların sağlığına, sağlık çalışanlarına ve sağlık hizmetlerine etkileri. *Sağlığın siyasal ekonomisi hekim/sağlıkçı emek tartışmaları*. (Der: A. Soyer). İstanbul: Sorun Yayınları, ss. 73-89.
- Ulutaş, Ç. Ü. (2011). *Proleterleşme ve profesyonelleşme tartışmaları ışığında Türkiye’de sağlık emek sürecinin dönüşümü*. (1. baskı). Ankara: NotaBene Yayınları.
- Ural, A. ve Kılıç, İ. (2006). *Bilimsel araştırma süreci ve SPSS ile veri analizi* (2. baskı). Ankara: Detay Yayınları.
- Uz, H. (1998). Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık hizmeti sunanlara ödeme modelleri. *Sağlık hizmetleri el kitabı*. (Ed: O. Hayran ve H. Sur). İstanbul: Yüce Yayın, ss. 91-112.
- Üstündağ, N. ve Yoltar, Ç. (2011). Türkiye’de sağlık sisteminin dönüşümü: Bir devlet etnografisi. *Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları*. (Der: Ç. Keyder, N. Üstündağ, T. Ağartan, Ç. Yoltar). İstanbul: İletişim Yayınları, ss. 55-94.
- Wendt, C. (2009). Mapping European healthcare systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare. *Journal of European Social Policy*, 19, 432-445.
- Wendt, C. ve Jürgen, K. (2010). Translating monetary inputs into health care provision: A comparative analysis of the impact of different modes of public policy. *Journal of Comparative Policy Analysis*, 12 (1-2), 11-31.
- Wendt, C.; Kohl, J.; Mischke, M. ve Pleifer, M. (2009). How do Europeans perceive their healthcare system? Patterns of satisfaction and preference for state involvement in the field of Healthcare. *European Sociological Review*, 26 (2), 177-192.
- Wendt, C.; Lorraine, F.; Rothgang, H. (2009). Healthcare System Types: A conceptual framework for comparison. *Social Policy & Administration*, 43 (1), 70-90.
- Yaşar, G. Y. (2007). *Sağlığın Finansmanı ve Türkiye için sağlık finansman modeli önerisi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi.
- Yaşar, G. Y. (2008). Türkiye’de 1980 sonrası sağlık politikalarında gözlenen neo-liberal dönüşüm ve sonuçları üzerine değerlendirmeler. *Mülkiye Dergisi*, 32 (260), 157-192.
- Yaşar, G. Y. (2011). Health transformation programme in Turkey: an assesment. *International Journal of Health Planning and Management*, 26 (2), 110-133.

- Yaşar, G. Y. ve Uğurluoğlu, E. (2011). Can Turkey's general health insurance system achieve universal coverage?. *International Journal of Health Planning and Management*, 26 (3), 282-295.
- Yfantopoulos, I. (2011). Yunanistan'da Sağlık Reformu. *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları*. (Der: Ç. Keyder, N. Üstündağ, T. Ağartan, Ç. Yoltar). İstanbul: İletişim Yayınları, ss. 163-183.
- Yıldırım, H. H. ve Yıldırım, T. (2011a). *Avrupa birliği sağlık politikaları ve Türkiye*. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları.
- Yıldırım, H. H. ve Yıldırım, T. (2011b). Healthcare financing reform in Turkey: context and salient features. *Journal of European Social Policy*, 21, 178-193.
- Yıldırım, H.H. (2000). Sağlık reformları ve maliyet sınırlama stratejileri. *I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi*'nde sunulan bildiri. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
- Yılmaz, B. N. (2007). Aile hekimliği Eskişehir ayağı ve düşündürdükleri. *Toplum ve Hekim*, 22 (6), 460-462.
- Yoltar, Ç. (2009). When the poor need health care: Ethnography of state and citizenship in Turkey. *Middle Eastern Studies*, 45 (5), 769-782.
- <http://uses.gov.tr/egitimler.aspx> (Erişim tarihi: 25.04.2013).
- <http://uses.gov.tr/hakkimizda.aspx> (Erişim tarihi: 25.04.2013).