

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURULUŞLARI YÖNETİMİ PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TÜRKİYE'DE SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİNDE DEĞİŞİM

Tijen BAĞIRGAN

Danışman
Yrd. Doç. Dr. Onur ÖZVERİ

2007

YEMİN METNİ

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

... /... / 2007

Tijen BAĞIRGAN

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

Öğrencinin

Adı ve Soyadı : Tijen BAĞIRGAN
Anabilim Dalı : İşletme
Programı : Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi
Tez Konusu : Türkiye’de Sağlık Örgütlenmesinde Değişim
Sınav Tarihi ve Saati :

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

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

BAŞARILI	☐	OY BİRLİĞİ ile	☐
DÜZELTME	☐	OY ÇOKLUĞU	☐
RED edilmesine	☐	ile karar verilmiştir.	

Jüri teşkil edilmediği için sınav yapılamamıştır. ☐

Öğrenci sınava gelmemiştir. ☐

* Bu halde adaya 3 ay süre verilir.

** Bu halde adayın kaydı silinir.

*** Bu halde sınav için yeni bir tarih belirlenir.

Evet

Tez burs, ödül veya teşvik programlarına (Tüba, Fullbright vb.) aday olabilir. ☐

Tez mevcut hali ile basılabilir. ☐

Tez gözden geçirildikten sonra basılabilir. ☐

Tezin basımı gerekliliği yoktur. ☐

JÜRİ ÜYELERİ

İMZA

.....	☐ Başarılı	☐ Düzeltme	☐ Red	
.....	☐ Başarılı	☐ Düzeltme	☐ Red	
.....	☐ Başarılı	☐ Düzeltme	☐ Red	

ÖZET
Tezli Yüksek Lisans
Türkiye’de Sağlık Örgütlenmesinde Değişim
Tijen BAĞIRGAN
Dokuz Eylül Üniversitesi
Sosyal Bilimleri Enstitüsü
İşletme Anabilim Dalı
Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Programı

Özellikle son 20 yılda, kamu yönetimi alanında en çok kullanılan kavram “Değişim” kavramıdır. Küreselleşme, teknolojik gelişmeler, artan rekabet ve hızla değişen dünya düzeni, özel sektörü olduğu gibi kamu sektörünü de hızlı bir yeniden yapılanma zorunluluğuyla karşı karşıya bırakmıştır. Ülkemizde Cumhuriyet kurulduğundan bu yana ağırlıklı olarak kamu yönetimi reformlarına paralel bir seyir izleyen sağlık reformu girişimleri de yukarıdaki etkenlere uygun bir yapılanma arayışı içerisinde. Ülkemizde sağlık örgütlenmesinde reform anlamındaki ilk değişimin, 1961 yılında hazırlanan 224 sayılı Sosyalizasyon kanunu ile başladığını söyleyebiliriz. Bu kanun 1960 Anayasasına uygun olarak sosyal devlet anlayışı temel alınarak hazırlanmış bir kanundur. Fakat sivil otoritenin ve tarafların katılımının sınırlı olduğu, ülkenin koşulları ve uygunluğunun da gerektiği gibi değerlendirilmeden kabul edildiği bu kanun istenildiği gibi başarılı olamamıştır. İlerleyen süreçte sağlık sektörüne ait problemler artarak devam etmiş finansal ve yönetsel yeterlilik sağlanamamıştır. Ekonominin ve toplumun neo-liberal politikalarla dönüştürülmesi için 1980 yılı Türkiye de bir dönüm noktası olarak kabul edilir. Sağlık dâhil tüm sektörler, 24 Ocak 1980 de alınan önemli ekonomik ve siyasal kararlardan etkilenmişlerdir. Küreselleşmenin dinamikleri doğrultusunda şekillenen sağlık reformları diğer ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de ağırlıklı olarak “sağlıkta özelleştirme” olarak karşımıza çıkmaktadır. İMF, Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü’nün stratejileri Türkiye’de de belirleyici olmuştur. Özellikle 2003 yılından sonra ivme kazanan, sağlık politikalarında köklü değişiklikler öngören sağlık reformu çalışmaları “Sağlıkta Dönüşüm Programı” başlığı altında Türkiye gündemindeki yerini almıştır.

Çalışmamızda; 1920 yılında kurumsallaşma çalışmalarıyla başlayan sağlık örgütlenmesindeki değişim dinamikleri ve süreç incelenmiş, nedenler ve sonuçları bilimsel olarak dünya ülkelerince kabul edilen ilkeler ışığında değerlendirilmeye çalışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: 1)Değişim 2)Reform 3)Sağlık

ABSTRACT

Masters of Art Degree

Change In Health Organization in Turkey

Tijen BAĞIRGAN

Dokuz Eylul University

Institute Of Social Sciences

Hospital And Health Organizations Management Programme

Especially in the last 20 years, the most used concept in public administration is "Transformation". Not only private sector but also public sector is face with an urgent restructuring because of globalization, technologic growth, increasing rival business and rapidly changing world arrangement. In our country, health reformers have been seeking a convenient structuring according to the developments in the world which were mentioned above since the republic was established. We can say that the first major step in the field of health reform organization is started with the number 224 Law of Socialisation which was originated around 1961. Socialisation Law was prepared by taking as a base the conception of social state in conformity with 1960 constitution. However the applying of that law wasn't successful because of limited attendance of civilian authority and participants. Moreover, it was accepted without evaluating whether the conditions of Turkey were convenient or not. In the process of reform, the problems of health sector continued increasingly so the financial and managerial efficiency wasn't achieved. In Turkey, the year 1980 was accepted as a turning point for converting economy and community to neo-liberal policy. The whole sectors including health were affected these important economical and political decisions which was accepted on January 24/1980. Both in other countries and Turkey health reforms, which is shaped in accordance with the dynamics of globalization, appear predominantly as "Privatization In Health". The strategies of IMF, World Bank, WHO have a determining role in Turkey, too. Especially after 2003, the health reform attempts, which were in need of radical changes in health politics, accelerated quickly and took a place on the agenda of Turkey by the name of "Health Transformation Programme".

In our thesis, we looked over the change dynamics and process of health organization which was started with the institutionalization attempts in 1920, and tried to evaluate the reasons and results scientifically in accordance with the principles accepted by the world.

Key Words: 1)Transformation 2)Reform 3)Health

İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ	ii
TUTANAK	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR	xii
EKLER LİSTESİ.....	xiv
ŞEKİL VE TABLO LİSTESİ	xv
GİRİŞ.....	xvi

BİRİNCİ BÖLÜM

KAMU VE ÖZEL İŞLETMELERDE ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM

1.1. Değişim Kavramı	1
1.2. Değişimin Sınıflandırılması.....	3
1.3. Örgütsel Değişimin Nedenleri.....	5
1.3.1. Özkalp'e Göre Örgütsel Değişimin Nedenleri.....	5
1.3.2. Hussey'e Göre Değişimin Nedenleri.....	8
1.4. Örgütsel Değişim Stratejileri	9
1.5. Değişime Direnç Ve Tepki Nedenleri.....	10
1.5.1. Rasyonel Nedenler	10
1.5.2. Psikolojik Nedenler	11
1.5.3. Ekonomik nedenler.....	12
1.5.4. Sosyolojik Nedenler.....	13
1.5.5. Değişime Tepkiler Ve Bireyin Genel Tutumu.....	14
1.5.6. Değişime Karşı Direncin Azaltılması	14

İKİNCİ BÖLÜM

KAMU YÖNETİMİNDE DEĞİŞİM

2.1. Kamu Hizmeti	17
2.2. Kamu Yararı	18
2.3. Kamu Yönetiminde Değişim Veya Reform	20
2.4. Kamu Yönetiminde Değişim Arayışlarının Nedenleri.....	20
2.5. Kamu Yönetimi Değişim Stratejileri	22
2.6. Ülkemizde Kamu Yönetimi İçinde Sağlık Hizmetleri.....	24

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYEDE KAMU YÖNETİMİNDE VE SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİNDE DEĞİŞİMİN TARİHSEL GELİŞİMİ (1980 Öncesi)

3.1. Türkiye’de Kamu Yönetiminde Planlı Dönemden Önceki Değişim Çalışmaları	26
3.2. Türkiye’de Sağlık Örgütlenmesinde Planlı Dönemden Önceki Değişim Çalışmaları (Kurumsallaşma Dönemi).....	27
3.2.1. 1920–1923 Dönemi	27
3.2.2. 1923–1937 Dr. Refik Saydam Dönemi:	29
3.2.2.1. Saydamın İlkeleri	30
3.2.2.2. Saydamın İnsangücü Politikası	31
3.2.2.3. Saydamın Örgütlenme Politikası	32
3.2.3. 1938–1950 Dönemi	34
3.2.4. 1950–1960 Demokrat Parti Dönemi	36
3.2.5. 1960 Anayasası.....	38
3.3. Türk Kamu Yönetiminde Planlı Dönemde Yapılan Çalışmalar	40
3.4. Türkiye’de Sağlık Örgütlenmesinde Planlı Dönemde Yapılan Çalışmalar (1. Dalga Sağlık Reformları)	41
3.4.1. Sağlık Hizmetlerinde Sosyalleştirme Uygulaması	43
3.4.1.1. Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetlerini Hazırlayan Gerekçeler	45
3.4.1.2. Alma- Ata Bildirgesi	46
3.4.1.3. Temel Sağlık Hizmetleri Kavramı	47

3.4.1.4. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesinde Örgütlenme	48
3.4.1.5. Sağlık Hizmetlerini Sosyalleştirme Yasasının Temel İlkeleri	49
3.4.1.5.1. Finansman İle İlgili İlkeler	49
3.4.1.5.2. Örgütlenme İle İlgili İlkeler	49

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE KAMU YÖNETİMİNDE VE SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİNDE 1980–2002 DÖNEMİ(2. Dalga Sağlık Reformları)

4.1. Sağlık Sisteminde Reformun Anlamı	55
4.1.1. Sağlık Reformlarının Genel Olarak Gerekçeleri	55
4.1.2. Türkiye’de Sağlık Reformlarının Gerekçeleri.....	57
4.2. Türkiye’deki Sağlık Reform Sürecindeki Gelişmeler.....	64

BEŞİNCİ BÖLÜM

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI, 2002- GÜNÜMÜZE KADAR (3. Dalga Sağlık Reformları)

5.1. Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri.....	70
5.1.1. Etkili Yönetim İçin Sağlık Bakanlığının Yeniden Yapılandırılması	71
5.1.1.1. Planlayıcı Ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı.....	71
5.1.1.2. Ulusal İlaç Ve Tıbbi Cihaz Kurumunun Kurulması.....	72
5.1.1.3. Sağlık Tesislerinin Kalite Güvenliği Ve Akreditasyonu	73
5.1.1.4. Sağlık Sektöründe Araştırma-Geliştirme Çalışmaları	73
5.1.1.5. Sağlıkta Dönüşüm Projesi İçin İzleme Ve Değerlendirme Kapasitesinin Oluşturulması	74
5.1.2. Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası	74
5.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunun Yeniden Yapılandırılması	75
5.1.3.1. Poliklinik Hizmetleri Veya Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Sunumu İçin Model Olarak Aile Hekimliğinin Kabul Edilmesi	75
5.1.3.2. Daha Fazla Özerklik Yönünde Sağlık Bakanlığı Ve Ssk Hastanelerinin Birleştirilmesi Ve Uyumlaştırılması	76
5.1.3.3. Etkili Ve Kademeli Sevk Zinciri	77

5.1.3.4. İdari Ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri	77
5.1.3.5. Toplum Sağlığı Fonu	78
5.1.4. İnsan Kaynakları Kapasitesinin Güçlendirilmesi	78
5.1.4.1. Halk Sağlığı Okulunun Açılması	78
5.1.4.2. Bilgi Beceri İle Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan	79
5.1.5. Sağlık Ve Sosyal Güvenlik Bilgi Alt Yapısının Kurulması	79

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ

6.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Konusunda İlgili Sivil Toplum Örgütlerinin Görüşleri ve Tepki Nedenleri	82
6.2. Değerlendirme Ve Öneriler	85
KAYNAKLAR	97
EKLER	108

KISALTMALAR:

ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
AB:	Avrupa Birliği
AMKD:	Anayasa Mahkemesi Kararları Dergisi
AKP:	Ak Parti
Ar-Ge:	Araştırma Geliştirme
AYM:	Anayasa Mahkemesi
Dr:	Doktor
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
DPT:	Devlet Planlama Teşkilatı
DB:	Dünya Bankası
DİSK:	Devrimci İşçi Sendikaları Konfederasyonu
ES:	Emekli Sandığı
GSS:	Genel Sağlık Sigortası
IMF:	Uluslararası Para Fonu
KAYA:	Kamu Yönetimi Araştırma Projesi
KİT:	Kamu İktisadi Teşebbüsleri
KESK:	Kamu Emekçileri Sendikaları Konfederasyonu
MEHTAP:	Merkezi Hükümet Teşkilatı Araştırma Projesi
MBK:	Milli Birlik Komitesi
s. :	Sayfa
SDP:	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGR:	Sosyal Güvenli Reformu
SSK:	Sosyal Sigortalar Kurumu
SB:	Sağlık Bakanlığı
SES:	Sağlık Emekçileri Sendikaları
SSCB:	Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği
ORT:	Ortalaması
OECD:	Ekonomik İşbirliği Ve Kalkınma Teşkilatı
TODAIE:	Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü
TBMM:	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TODAIE:	Türkiye Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü

TMMOB:	Türk Mühendis Mimar Odaları Birliği
TV:	Televizyon
TSH:	Temel Sağlık Hizmetleri
TC:	Türkiye Cumhuriyeti
TTB:	Türk Tabibleri Birliği
UNİCEF:	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
YÖK:	Yüksek Öğrenim Kurumu

ŞEKİL VE TABLO LİSTESİ:

ŞEKİL: 1.1.	Örgütlerde Değişimin Gelişim Süreçleri.....	2
ŞEKİL: 2.1.	1961 Öncesi Ve Sonrası Örgütlenme Politikaları	52
TABLO: 1.1.	Toplumsal Değişimde 10 Önemli Eğilim	7
TABLO: 1.2.	Değişime Tepkiler Ve Bireyin Genel Tutumu	14
TABLO: 3.1	Cumhuriyetin ilk yıllarındaki bazı sağlık göstergeleri (1923).....	31
TABLO: 3.2.	Geleneksel Tıbbi Bakım Anlayışı İle TSH Anlayışı Arasındaki Başlıca Farklar.....	47
TABLO: 4.1.	Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Genel Bütçeye Oranı (%),(1923-2004)	58
TABLO: 4.2.	Temel Sağlık Göstergelerinin AB–15 Ortalaması İle Karşılaştırılması(1990–2003).....	59
TABLO: 4.3.	Demografik Hızlar (1965-1990).....	60
TABLO: 4.4.	Değişik Ülkelerde Kamu Sağlık Harcamalarının GayrisafiYurtiçi Hâsılaya Oranı (%), (1992–2002)	61
TABLO: 4.5.	OECD Ülkeleri Kişi Başına Sağlık Harcaması (\$), (1992–2002)	62

EKLER LİSTESİ:

EK:1 Kısıtlar; Konak Sağlık Grup Başkanlığına Yazılan Dilekçe ve Anket Soruları	108
EK:2 Türkiye Devrimci İşçi Sendikaları Konfederasyonu, Kamu Emekçileri Sendikaları Konfederasyonu, Türk Mühendis Mimar Odaları Birliği ve Türk Tabipleri Birliğinin, 2.5.2006 tarihinde Cumhurbaşkanı Ahmet Necdet Sezer'e, 5489 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası konusundaki görüş ve düşüncelerini ilettikleri mektup.....	113
EK:3 İzmir Tabip Odasının Aile Hekimliği İle İlgili Yasal Düzenlemelere Karşı Açtığı Davalar	167

GİRİŞ:

İçinde bulunduğumuz yüzyılda yaşanan hızlı değişim ve yenileşme, toplumsal ve ekonomik örgütleri değiştirmeye ve gelişmeye, diğer bir ifadeyle yeni durumlara adapte olmaya zorlamaktadır. Bu olgu, toplumsal bir kurum olan kamu yönetimi sistemi ve bu sistem içinde belirli fonksiyonları gerçekleştirmek amacıyla oluşturulmuş bulunan kamu kuruluşları için de geçerlidir. Kamu yönetimi kuruluşları yapılan çeşitli değişiklikler ve uyarlamalarla durmadan gelişir ve değişirler.

Küreselleşmenin, Türkiye’de tüm sektörlerde olduğu gibi, özellikle eğitim ve sağlık sektörleri üzerinde farklı yansımaları olmuştur. 1980’li yıllara gelinceye kadar ülkemizin sağlık alanındaki temel yapısı devletçilik olarak biçimlenmiştir. 1980’li yıllarda, küresel bir değişim hareketinin başlangıcı olarak sayılabilecek “özelleştirme” rüzgârından, Türkiye’nin de diğer birçok ülke gibi etkilenmesi sadece ekonomik sektörle sınırlı kalmamış, yanı sıra sosyal sektörlerde dolayısıyla sağlık sektöründe de bu etkileşim gerçekleşmiştir. Sağlık sistemini iyileştirmeye yönelik çabalar, yalnız geliştirmekte olan değil, gelişmiş ülkelerin de temel ve öncelikli gündem maddesi olmaya devam etmektedir. Ülkemizde de Cumhuriyet kurulduğundan bu yana ağırlıklı olarak kamu yönetimi reformlarına paralel bir seyir izleyen sağlık reformu girişimleri; günümüzde sağlık ve sosyal güvenlik alanında içinde bulunduğumuz hızlı dönüşüm ve yeniden yapılanma gerekleri açısından olduğu kadar, Türkiye’nin Avrupa Birliği’ne üyeliği ve Batı ile bütünleşme süreci açısından da hayli önem taşımaktadır.

Ülkelerin benimsemiş oldukları siyasi ve ekonomik düzen farklılıkları sağlık hizmetlerinin özel öneme sahip kamusal hizmetler olma niteliğini her zaman korumuştur. Çünkü sağlık; toplumun ve bireyin sosyo-ekonomik düzeyine bağlı bir göstergedir. Türkiye Cumhuriyeti Anayasasına göre de, ülke sınırları içerisinde yaşayan herkesin sağlıklı bir çevrede yaşayabilmesi ve sürekli olarak sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesinin temini devletin görevidir. Ülkemizde anayasa ile devlete verilen bu görevi yerine getirmekle sorumlu ve yetkili organ Sağlık Bakanlığıdır.

Sağlık Bakanlığı bu görevi yerine getirmek için gerekli durumlarda ilgili kamu kurum ve kuruluşları ile temasa geçerek sağlık hizmetlerini planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli en üst kurumdur. Ülkemizde aile sağlığının

korunması ve geliştirilmesine yönelik hizmetlerin devletin sorumluluğunda olduğu, Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının 41. maddesinde şu şekilde ifade edilmiştir. **“Aile Türk toplumunun temelidir. Devlet ailenin huzur ve refahı ile özellikle ananın ve çocukların korunması ve aile planlaması öğretimi ile uygulamasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır, gerekli teşkilatı kurar”**. Anayasanın “Sosyal ve ekonomik hak ve ödevler” başlığını taşıyan 2. Kısımının 3. Bölümünde, “Sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması” başlığıyla 56. maddede: **“Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir”** denilmektedir. Buna göre anayasa koyucu, sağlık hizmetlerini bir kamu hizmeti olarak nitelemiştir. Bu nitelendirmenin doğal bir sonucu olarak, sağlık hizmetlerinin kamu hizmeti niteliği gereğince devlet tarafından bizzat veya gözetim ve denetimi altında 3. kişiler eliyle yürütülmesi gerekir. Bir başka ifadeyle, sağlık hizmetleri gerekliliği anayasada belirlenmiş ulusal bir kamu hizmetidir.

22 yıl sağlık örgütlenmesi içerisinde çalışan bir sağlık çalışanı olarak ülkemizdeki sağlık politikaları, sağlık yönetimi, yapılması gerekenler her zaman ilgimi çekmiştir. Sağlık tüm ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sosyal hizmettir. Artık tüm dünya da kabul edilmektedir ki kalkınmanın en önemli araçlarından ve göstergelerinden birisidir. Ve ülkemizde devlet bu sosyal hizmetin varlığını anayasasında teminat altına almıştır. Fakat sağlık örgütlenmesinin niteliği, tarihsel süreç içerisinde dünyadaki ve ülkemizdeki sosyal, politik ve ekonomik değişikliklerin etkisiyle değişmektedir. Bu değişimin nedenlerinin, amacının, ülke insanlarına nasıl bir sağlık hizmeti vaat ettiği ve sonuçta nasıl bir durumla karşılaşıldığının iyi değerlendirilmesi gerekmektedir. Çünkü en iyiye ulaşmak için geçmişin iyi değerlendirilip yanlış ve doğrulardan ders alınması gerekir. Bu çalışmada;

1. Bölümde kavramsal olarak “Değişim” ve “Örgütsel Değişim” konusu ele alınmıştır.

2. Bölümde Ülkemizde; sağlık hizmetlerindeki örgütsel değişim çalışmaları, kamu yönetimindeki değişim çalışmalarına paralel bir seyir izlediğinden; “Kamu Hizmeti” , “Kamu Yararı”, “Kamu Yönetiminde Değişim ya da Reform” kavramları açıklanmaya çalışılmıştır.

3. Bölümde Türkiye ‘de kamu yönetimi ve sağlık örgütlenmesinde değişimin 1980 yılına kadar olan tarihsel gelişimi incelenmiş ve sağlık örgütlenmesinin 1960 yılına kadar olan dönemi Kurumsallaşma Dönemi, 1960–1980 yılları ise 1. Dalga sağlık reformları dönemi olarak ele alınmıştır.

4. Bölümde Türkiye’de kamu yönetiminde ve sağlık örgütlenmesinde 1980–2002 yılları incelenmiş ve bu dönem sağlıkta 2. dalga sağlık reformları olarak değerlendirilmiştir.

5. Bölümde 2002 yılından günümüze kadar olan çalışmalar ve “Sağlıkta Dönüşüm Programının” bileşenleri incelenmiştir.

6. Bölümün konusunu ise; “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile ilgili sivil toplum örgütlerinin görüşleri ve tepki nedenleri ve çalışmanın bütününe yönelik yazarın değerlendirme ve önerileri oluşturmuştur.

BİRİNCİ BÖLÜM

KAMU VE ÖZEL İŞLETMELERDE ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM

1.1. Değişim Kavramı:

Genel anlamda değişim, herhangi bir sistemin (insanların veya örgütlerin) bir süreç veya ortamın belirli koşullar altında bir durumdan başka bir duruma dönüşmesine verilen isimdir¹. Diğer bir tanıma göre değişim; mevcut olan durumumuzun iletişim ve irtibat halinde olduğumuz çevre koşullarının ihtiyaçları karşısında artık çaresiz ve kayıtsız kalması durumunda bizi yeniden yapılandıracak ve o ihtiyaçları giderebilecek düzeyde bireysel ya da organizasyonel anlamda yeni fikirler üretebilme ve bunu uygulama sürecidir².

Örgütsel Değişim; örgütün elemanlarında, alt sistemlerinde, bunlar arasındaki ilişki kalıplarında ve örgütle çevre arasındaki etkileşimde meydana gelebilecek her türlü değişme olarak tanımlanabilir³. Örgütün çeşitli alt sistem ve boyutları ile bunlar arasındaki ilişkilerde meydana gelebilecek her türlü değişikliğe **örgütsel değişim** adı verilir. Bu anlamda değişme; yaratıcılık, yenilik yapımı, büyüme ve gelişme gibi olay ve olguların tümünü içine alabilecek derecede geniş kapsamlı bir kavramdır⁴. Örgütün değişmesinde bir dengeden başka bir dengeye geçiş söz konusudur. Bu nedenle örgütsel değişimin konusu; çevre koşullarına uygun yeni stratejilerin belirlenmesi, uygulanması, yürütülmesi ve uyumla ilgilidir⁵. İşletmeler genellikle pazar yapısı, müşteri tercihleri, rekabet şartlarında yaşanan değişimler nedeni ile mevcut kaynaklarla ihtiyaçlarını tam olarak karşılayamaz hale gelmelerinden dolayı değişim ihtiyacı hissederler⁶. İçinde yaşadığımız çağ bir hızlı değişme çağı olarak nitelenebilir. Değişme; toplumsal, siyasal ve ekonomik

¹ TOKAT Bülent (1996) "Örgütlerde Değişim ve Değişimin Yönetimi". Dumlupınar Üniversitesi Yayın No: 6, Kütahya. s.19

² KOZAK Meryem, GÜÇLÜ Hatice, "Turizm İşletmelerinde Değişim Yönetimi Üzerine Kavramsal Bir İnceleme" http://www.isguc.org/?avc=arc_view.php&ex=29&hit=zend&pg=m 10.10.2006

³ SAĞLAM Mehmet , "Örgütsel Değişme" TODAİE yy.1979, ANKARA, s.61

⁴ PEKER Ömer, 1995 "Yönetimi Geliştirmenin Sürekliliği", TODAİE 1995, s.24

⁵ PEKER, 1995, s.3-4

⁶ VARDAR Abdül. 2001. "Bireysel ve Kurumsal Değişimde Yeniden Yapılanma Stratejileri. Kariyer Yayıncılık İletişim, Eğitim Hizmetleri Ltd. Şti., İstanbul. , Turizm İşletmelerinde Değişim Yönetimi Üzerine Kavramsal Bir İnceleme" http://www.isguc.org/?avc=arc_view.php&ex=29&hit=zend&pg=m 10.10.2006

sistemlerin en belirgin niteliği olarak görülmektedir. Toplamların bu değışmeye ayak uydurup uyduramaması ise, çağımızın temel bir sorunudur⁷. Küreselleşme, teknolojik gelişmeler, artan rekabet ve hızla değışen dünya düzeni beraberinde yeni düzenlemeleri ve radikal değışimleri de gündeme getirmektedir. Bu değışim ise örgütlerin “yeniden biçimlendirilmesini” zorunlu hale getirmektedir. Bu yeniden düzenleme örgütlerin hem iç hem de dış yapısında gerçekleştiği gibi, hem özel sektörde hem de kamu sektöründe yaşanmaktadır⁸.

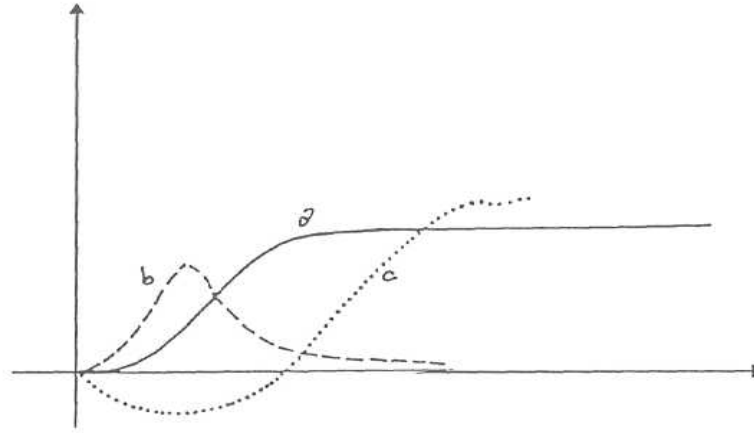
Örgütsel değışim organizasyonlarda üç farklı şekilde sonuçlanabilir⁹;

a-Birçok organizasyon değışikliklerin hemen ve sürekli olarak etkisini göstereceğini düşünebilir.

b-Bazı sebeplerle değışim hemen gelişme gösterir ancak süreklilik göstermez.

c-Birçok kez de gelişme ilk etapta kayıpla sonuçlanır. Buna rağmen, değışim tamamen benimsendiğinde kayıp telafi edilebilir. Şekil 1.1’de görüldüğü gibi

Performans



Zaman

ŞEKİL 1.1. Örgütlerde Değişimin Gelişim Süreçleri

⁷ SAĞLAM Mehmet, Örgütsel Değişim,(Ankara:Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi enstitüsü,1979),s.9 dan; Arnold J. Toynbee,Change and Habit, The Chalange of Our time,(New York-London:Oxford University Pres,1966

⁸ GÜLEÇ Sevcan, BEDÜK Aykut ,”Küçülen Devlette Yaşanan Örgütsel Davranış Sorunları”, Makale, (<http://i+ibf.ogu.edu.tr/kongre/bildiriler/16> 25.10.2006

⁹ NORTHCRAN Gregory B. ve NEALE Margaret A. , Organizational Behavior, Orlando-Florida:The Dryden Pres,1990, s.718 den;(James R.Gibson,John M. Ivancevich,James Donnelly Jr.,Organizations 1988)

Değişim bir yandan sorunlara çözüm getirirken, öte yandan yeni sorunların ortaya çıkmasına neden olabilir ¹⁰.

1.2. Değişimin Sınıflandırılması:

Değişimin farklı açılardan ele alınarak yapılmış sınıflandırmaları mevcuttur. Bunların başlıcaları aşağıdaki gibidir;

—Planlı Değişim – Plansız Değişim: Planlanmış değişim, performansta örgüt içersindekilerin düşünerek yarattıkları bir tepkidir. Değişim liderleri tarafından başlatılan, önceden kararlaştırılıp uygulanan değişim çabalarıdır. Değişim çalışmalarının çoğu planlı değişim kapsamındadır. Planlı değişim sürecini oluştururken yöneticinin, benzer bir örgütün kullandığı değişim yöntemlerini aynen alıp uygulaması, örgütün özel koşullarını dikkate almadan kabullenmesi değişimden beklenen yararı sağlayamaz. Genellikle kaynak tasarrufu amacıyla başvurulmuş bu yöntem, bir örgütün başka bir örgütle aynı özellikleri taşıması söz konusu olamayacağı için istenen sonucu vermez ve hatta örgütün sona ermesine neden olabilir. **Yenilik** dışarıda transfer yoluyla alınabilir bir özellik taşımasına karşılık **değişim** transfer veya adaptasyon yoluyla gerçekleştirilmeye elverişli değildir. Gelişmekte olan ülkelerin, değişim aşamasında karşılaştıkları en önemli açmazın bu olduğu öne sürülmektedir¹¹.

Plansız değişim ise; değişimin amacının, yönünün ve süreçteki aşamalarının önceden düşünülmeyeceği; organizasyonun üzerine gelen, dolayısıyla uymaktan başka çaresinin olmadığı değişimi ifade etmektedir.

—Makro Değişim – Mikro Değişim: *Makro* ve *mikro* değişim faaliyetleri ise, organizasyonda değişime konu olan hususların sayısı ile ilgilidir. Makro değişim, organizasyonun bir bütün olarak tamamının değişime konu olmasını ifade etmektedir. Örgüt geliştirme olarak bilinen

¹⁰ TÜZ Melek Vergililer, "Organizasyonlarda Değişim, Değişime Tepki Ve Tepkilerin Önlenmesi" Uludağ Ün. İ.İ.B.F. dergisi, C:14, S. 1–2 Bursa 1993, s.133)

¹¹ AYKAÇ Burhan, "Yönetimin İyileştirilmesi ve Örgütsel değişim", TODAİE Dergisi, C.24 S.2, Haziran 1991, s.120)

bu değişim birçok strateji ve tekniğin; organizasyonun bir bütün olarak performansının yükseltilmesi için kullanılmasını ifade etmektedir. Mikro değişim ise, organizasyon içinde, alt ve üst düzeyde herhangi bir konu ile ilgili değişimi yapmayı ifade etmektedir.

—Zamana Yayılmış Değişim - Ani Değişim: Bazı işletmelerde değişimin gerçekleştirilmesi zamana yayılır ve adım adım hedefe ulaşmaya çalışılmaktadır. Buna karşılık bazen de ani değişimin öngördüğü düzenlemeler kısa sürede tamamlanarak değişim gerçekleştirilmeye çalışılmaktadır¹².

—Proaktif (Öngörücü) Değişim – Reaktif Değişim: Bir değişimin proaktif olması tahmin edilen çevre koşullarına göre, organizasyonun iş, faaliyet ve prosedürlerinin değiştirilmesini, dolayısıyla tahmin edilen şartlar gerçekleştirildiğinde organizasyonun hazır olmasını ifade etmektedir. Buna karşılık reaktif değişim, önceden tahmin edilen koşullara göre organizasyonda değişim yapmak değil, fakat fiilen karşılaşılan koşullara uyabilmek için değişim yapmaktır.

—Geniş Kapsamlı Değişim – Dar Kapsamlı Değişim: Geniş kapsamlı ve dar kapsamlı değişimden vurgulanmak istenen, organizasyonda değiştirilmek istenen hususların sayı ve yaygınlığının geniş veya dar kapsamlı olmasıdır.

—Aktif Değişim – Pasif Değişim: Pasif değişim, organizasyonun, dış çevresinde gelişen koşullara uyum sağlayabilmek için kendi bünyesinde değişim yapmasıdır. Buna karşılık aktif değişim, organizasyonun yenilik yaparak dış çevresini etkilemesi ve değiştirmesidir.

—İyileştirme Şeklinde Adım Adım Değişim – Radikal Köklü Değişim: İyileştirilme şeklinde adım adım yapılan değişim keskin bir şekilde yansınamakta ve yöneticilerin çalışma hayatları boyunca yüz yüze geldikleri yüzlerce durumu

¹² AYKAÇ Burhan, 1991,a.g.e.,s.120

kapsamaktadır. İş yapma metotlarını, iş süreçlerini; fabrika yerleşim planını, yeni ürünün piyasaya sürülme yönteminin değiştirilmesini ve insanların sanki eskinin devamı gibi gördükleri diğer durumları içermektedir. Radikal köklü değişim ise adından da anlaşılacağı üzere, mevcut durumu tamamen ve radikal bir şekilde değiştirecek değişim çabalarını kapsamaktadır¹³.

1.3. Örgütsel Değişimin Nedenleri:

İşletmelerin canlılıklarını sürdürebilmeleri, diğer bir deyişle yaşama ve gelişme gücüne sahip olabilmeleri, ancak içinde bulundukları doğal, toplumsal, ekonomik, hukuksal ve teknolojik çevreye uymaları ile mümkündür. Bu nedenle, birer teknik, ekonomik, toplumsal, hukuksal ilişkiler sistemi olarak görülen işletmenin çevresine bağlı olmadan düşünülmesi olanaksızdır. Örgüt, iç ve dış çevrenin çeşitli öğelerinin etkisi altında bulunduğundan bunlardaki değişimin işletmenin örgütsel yapısını etkileyeceği de bir gerçektir¹⁴.

1.3.1. Özkalp'e Göre Örgütsel Değişimin Nedenleri:

Özkalp, örgütsel değişimde uyarıcı olan altı faktörü aşağıdaki gibi sıralamıştır¹⁵:

—**İşgücü Yapısı:** Artık toplumlar tarım toplumundan, endüstriyel topluma ve bilgi toplumuna doğru hızlı gelişim temposu içindedirler. Bu nedenle değişen çevre ve teknoloji farklı bir işgücü yapısını gerekli kılmaktadır¹⁶. Yaş, cinsiyet ve eğitim durumu işgücü yapısının değişkenleridir. Bu değişkenler bazen örgütün yeniden yapılanmasında uyarıcı olabilmektedir.

—**Teknoloji:** Teknolojik değişim toplumsal hayatı en çok etkileyen olgulardan birisidir. Günümüzde teknoloji-bilime, bilimde teknolojiye girdi sağlar duruma gelmiştir. Özellikle 2.Dünya savaşıdan sonra bilgi gereksinimi akıl almaz bir şekilde artmış; ulaşım, iletişim, üretim araç ve yöntemlerinde inanılmaz gelişmeler

¹³ KOÇEL Tamer , "İşletme Yöneticiliği", 7. b., Beta Yayınları, İstanbul, 1999, s:512-514)

¹⁴ ÜLGEN Hayri, "Örgütsel Değişim",Organizasyon Dergisi,Yıl:2,sayı:5(1981),s.25 den Gordon L.Lippitt,Organization Renewal,(New Jersey: Prentice-Hall Inc.,Englewood Cliffs,1969 s.1-2

¹⁵ ÖZKALP Enver ve KİREL Çiğdem , "Örgütsel Davranış", Eskişehir: Anadolu Üniversitesi ETAM Yay.No:111,1996, s.397

¹⁶ ÖZKALP VE KİREL, a.g.e.s.398 den Alan L. Offen, "The Mew Old", The Wall street journal ,11 mayıs 1987,s.1-15

olmuştur¹⁷. Bilgisayar, telekomünikasyon, robot kullanımı, esnek üretim sistemleri gibi teknolojik gelişmeler işin yapılış biçimini değiştirir¹⁸. Teknolojilerin değişim oranı arttıkça, örgütlerin de buna uyum sağlama oranı artmakta, örgütsel değişim hızı da gelişmektedir¹⁹.

—Ekonomik Çevredeki Değişiklikler: Ekonomik çevredeki değişikliklerin, örgütsel değişmeye etkisi, örgütün içinde bulunduğu ülkenin ekonomik yapısıyla doğru orantılıdır. Ülke ekonomisinde görülen değişimler örgütleri oldukça fazla etkilemektedir. Eğer örgüt kapitalist bir ortamda faaliyet gösteriyorsa örgütteki değişim ortamla bağdaşır bir biçimde, daha çok girişimcilik, karlılık, üretkenlik ve ussallık yönünde gelişecektir²⁰. 1990 lardan sonra dünya politikasında meydana gelen ve ekonomik şok yaratan olaylardan birisi Körfez Savaşıdır. Bu hem Amerikan ekonomisini, hem petrol fiyatlarını, hem de üçüncü dünya ülkelerinin ekonomik durumlarını büyük ölçüde etkilemiştir ²¹.

—Dünyadaki Sosyal Veya Toplumsal Değişimler: Bilgisayar, telekomünikasyon, TV gibi iletişim teknolojisindeki gelişmeler sayesinde değişik ülkelerdeki sosyal eğilimler birbirini etkileyebilmektedir. Dünya da gözlemlenen sosyal eğilimlerin yıllar içerisindeki değişimi, içinde bulundukları toplumda, yaşayan örgütlerinde değişmesine ve yenilenmesine neden olmuştur. İnsanların eğitim konusunda taşıdıkları değer, evlilik konusundaki düşünceleri, tüketim tercihleri, nüfus artışı ve nüfusun bir yerden bir yere olan hareketliliği toplumsal değişimin göstergesi olabildiği gibi yeni bir ortam yaratmakta ve mevcut örgütlerin değişmesinde de neden olmaktadır²².

¹⁷ ÜLGEN Hayri, "Örgütsel değişim", Organizasyon Dergisi, Yıl:2, sayı:5(1981), s.29 den Gordon L. Lipprtt, Organization Renewal, (New Jersey: Prentice-Hall Inc., Englewood Cliffs, 1969 s.1-2)

¹⁸ MORDEN Tony , "Business Strategy and Planning", London: Mcgraw-Hill Book Company, 1993, s.147-150)

¹⁹ ÖZKALP VE KIREL, 1996, a.g.e.s.399-400 G. Moorheard and R.W.Griffin, Organizational Behavior, (2. baskı, Houghton Mifflin Comp, 1989 s.706

²⁰ ÇELEBİOĞLI Fuat , "Davranış Açısından Örgütsel Değişim", (İstanbul: İstanbul Üniversitesi, İşletme Fak. Yay. No:238, 1990 s.78)

²¹ ÜLGEN Hayri 1981, a.g.m. s.28)

²² ÖZKALP VE KIREL , a.g.e., 1996, s.421 , Moorhead and Griffin, a.g.e., s.715

TABLO 1.1. Toplumsal Değişimde 10 Önemli Eğilim ²³:

Önceki Durum	Sonraki Durum
Endüstriyel Toplum	Bilgi toplumu
Zorlayıcı Teknoloji	İleri teknoloji
Ulusal ekonomi	Dünya Ekonomisi
Kısa dönem	Uzun dönem
Merkezleşme	Merkezleşmeme
Kurumsal Yardım	Kendi Kendine Yardım
Temsili Demokrasi	Katılımcı Demokrasi
Hiyerarşik Yapı	Şebeke Yapısı
Kuzey	Güney
Tek Seçenek Olanağı	Çok Seçenek

—Dünyadaki Politik Gelişmeler: Yaşadığımız çağ birçok konuda ülkelerin bir araya gelip, sorunlarına ortak çözümler aradıkları bir dönemi oluşturmaktadır. Bu yaklaşıma globalleşme (**Küreselleşme**) diyoruz.1980–90 lı yıllar insanların düşünemeyecekleri ölçüde, dünya politik arenasında farklılaşmaya sahne olmuştur. SSCB nin dağılması, bağımsızlığına kavuşan Türkî cumhuriyetler, Yeni Dünya Düzenini kurma iddiasındaki Amerika Birleşik Devletlerinin dünya ülkelerine politik baskı ve etkileri, ekonomileri ve dolayısıyla işletmeleri değişime zorlayan unsurlar arasındadır²⁴.

²³ ÖZKALP VE KIREL a.g.e.,1996, s.421 , Moorhead and Griffin,a.g.e.715

²⁴ ÖZKALP VE KIREL, a.g.e. 1996, s.408

—**Rekabet koşulları:** Ekonomik küreselleşme dünyanın pek çok yerinde pek çok firmayı birbirine rakip hale getirmiştir. Bu da yoğun rekabet koşullarını birlikte getirmiştir. Artan rekabet koşulları topluma farklı hizmetler sunan birçok işletmenin karşı karşıya gelip mücadele etmelerini gerekli kılmaktadır²⁵. Uluslararası ekonomi düzeyinde kendini gösteren değişimler ve pazarların bütünleşmeye yönelmesi, kuşkusuz örgütleri değişmeye yönelten etkenlerin başında gelmektedir²⁶.

1.3.2. Hussey'e göre:

Ayrıca yukarıdakilere ilave olarak Hussey aşağıdaki nedenleri de değişimin nedeni olarak göstermiştir²⁷,

—**Müşteri talepleri:** Müşteriler daha fazla şey talep ediyor. Kötü, yetersiz hizmet ve düşük kaliteyi daha fazla kabul etmiyorlar. Yarışabilecek örgütler olabilmek için müşteri gereksinmelerine hızlı bir şekilde karşılık vermek zorunludur ve bunlar da zamanla değişir.

—**Demografik yapı:** Ülkenin demografik yapısı değişiyor. Pek çok Avrupa ülkesinde ve ABD'de yaşlıların oranı artıyor ve daha gençlerin oranı düşüyor. Bu durum örgütler üzerinde sürekli bir baskı yaratacaktır.

—**Kamusal tekellerin azalması:** Kamunun sahip olduğu işletmelerin özelleştirilmesi sürüyor ve kamu işletmelerinin tekel korumaları kayboluyor.

Bu bir küresel eğilimdir ve hatta sahiplik sisteminin değişmediği yerlerde Ulusal Sağlık Hizmetlerinde olduğu gibi rekabet ve piyasa güçleri kurulmaktadır.

—**Diğer Olaylar:** Bugüne kadar hiç fark edilmeyen ya da geçekleşmeyen yeni değişkenler değişimin başlatıcısı olabilir. Örneğin, ülkemizde yaşanan ve büyük yıkıma yol açan depremlerin toplumsal duyarlıkları artırması sonucu bazı yasaların çıkarılması, devlet üzerindeki ekonomik etkilerinin azaltılması amacıyla sigorta zorunluluğu getirilmesi doğa olaylarının bir değişme etkeni olabileceğini göstermektedir. Yine salgın hastalıkların yaygınlaşması ya da bunlara yönelik

²⁵ ÖZKALP VE KIREL, a.g.e. 1996,s.408

²⁶ ÇELEBİOĞLU, a.g.e. 1990, s.79.

²⁷ HUSSEY D. E. "How to Manage Organizational Change". Kogan Page Limited. London, 1995. s.75

tedavilerde kesin başarı sağlanması insanların bireysel ilişkilerindeki alışkanlıkları ve yaşama biçimlerini değiştirebilir²⁸.

1.4. Örgütsel Değişim Stratejileri:

Örgütsel değişim stratejilerine süreç ve değişimi zorlayan koşullar açısından bakıldığında sadece değişimin yönetimini değil, onun içeriğini, güçlerini ve süreci de ifade eden aşağıdaki dört tür stratejiden söz edilebilir;

—**Katılımcı Evrim:** Kademeli, yavaş bir değişimi öngörür ve çalışanların katılımını sağlamayı amaçlar. Örgütün çevre ile uyum içinde olduğu ancak küçük uyarlamalara da ihtiyaç duyduğu veya örgütün çevreye uymadığı ancak değişim için yeterli zamanın mevcut olduğu ve değişimden etkilenecek temel çıkar guruplarının değişime karşı olmak yerine değişimden yana olduğu durumlarda kullanılabilir²⁹.

—**Karizmatik Dönüşüm:** Çalışanların desteğini alarak tam ve hızlı bir değişimi öngörür. Örgütün çevre ile uyum içerisinde olmadığı, değişime katılımı sağlamak için yeterli zaman bulunmadığı veya radikal değişim için örgüt içerisinde yeterli desteğin mevcut olduğu durumlarda kullanılması muhtemeldir.

—**Baskıcı Evrim:** Kademeli ve yavaş bir değişimi öngörür ve çalışanların desteğine ihtiyaç duymaz. Örgütün çevreye genelde uyduğu ancak küçük uyarlamalara ihtiyaç duyduğu veya örgütün çevreye uymadığı ancak değişim için yeterli zamanın mevcut olduğu, fakat temel çıkar guruplarının değişimden yana olmadığı durumlarda kullanılabilen bir strateji olarak görünmektedir. İlk iki stratejiden demokratik olmaması yönüyle ayrılan bu yöntemin başarı şansının diğerleri kadar fazla olmadığı söylenebilir.

—**Diktatoryal Dönüşüm:** Çalışanların desteğine ihtiyaç duymaksızın tam ve hızlı bir dönüşümü öngörür. Örgütün çevreye uymadığı, değişime katılımı sağlamak için yeterli zamanın bulunmadığı ve radikal değişim için örgüt içerisinde destek olmadığı,

²⁸ AKSOY Hasan Hüseyin, "Değişme ve Yenileşme"
<http://education.ankara.edu.tr/~aksoy/seminer.htm> 18.11.2006

²⁹ LEBLEBİCİ Doğan N., BENSGHİR Türksel Kaya ,a.g.m.2001, Ankara
http://www.mcozden.com/ikf10_odd1.htm 5.10.2006

ancak radikal değişikliğin örgütün yaşaması ve temel görevini yerine getirmesi açısından zorunlu olduğu durumlarda uygulanabilen bir stratejidir.

Stratejilerin hepsi de liderin uygulamalarına bağlı olarak işleyebilen ve liderliğin ön plana çıktığı yöntemler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle bazı yazarlar tarafından yönetimin bir sorumluluğu olarak kabul edilen örgütsel değişim ve değişimin yönetimi, yöneticiden çok lidere gereksinim duymaktadır³⁰.

1.5. Örgütsel Değişime Direnç Ve Tepki Nedenleri:

Yenilik ve değişikliklere insan doğal olarak karşı koyma eğilimindedir. Çünkü her yeni usul, yöntem ve teknoloji eski usul, yöntem ve alışkanlıklara karşı olarak geliştirilmiştir. Bu nedenle kişiler, daha önce alışmış oldukları iş düzeninden, adet ve alışkanlıklarından vazgeçmeyi istemezler. Ancak bu tür dirençler insandan insana farklılıklar gösterir. Değişikliğin getirdiği yenilikler karşısında kalan kişiler, karakterleri, psikoz-sosyal özellikleri, değişikliklerin meydana getirildiği ortam koşullarına bağlı olarak tepki gösterirler³¹. Değişime dirençle baş edilebilmesi için bu direncin kaynakları iyi irdelenmelidir.

1.5.1. Rasyonel Nedenler:

Her değişimde örgüt üyelerinin uyumu için belirli bir zamana ihtiyaç vardır. Değişim hemen başlatılarak, kişilere uyum süresi tanıyacak fırsat yoksa tepkiyle karşılaşılabilir. Öte yandan değişimin maliyeti önemlidir. Getirilerine oranla maliyeti çok yüksek olan değişim programlarında ısrarlı davranmamak gerekir. Değişimin teknik açıdan işletmeye uygunluğu da önemlidir. Bu açıdan işletmeye sürekli problem yaratacak konular varsa değişim tepki görebilir³².

Her değişim yeni durumu öğrenmek için fiziksel ve beyinsel ek çaba gerektirebilir. Bazen bu, karmaşık bir sistemin kullanımı gibi, kişilerin kendi başlarına başaramayacakları bir durum olabilir. Ayrıca bu ek çaba kişilerin mevcut rahatını bir

³⁰ LEBLEBİCİ Doğan N., BENSGHİR Türksel Kaya, "Teknolojik Gelişmenin Örgütler ve Örgütsel Değişim Üzerindeki Yansımaları", Amme İdaresi Dergisi, Cilt 34, Sayı 2, Haziran 2001, Ankara http://www.mcozden.com/ikf10_odd1.htm 5.10.2006

³¹ EREN Erol, "Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi", Ocak 2000, İstanbul, s.217)

³² SABUNCUOğLU. Zeyyat, TÜZ Melek , "Örgütsel Psikoloji" Bursa 1996 s.173

bakıma bozmak demektir³³. Bu durumda çalışanlara öğrenmek için ek olanaklar tanımak gerekir. Kişiler problemleriyle yalnız bırakılıyorsa, değişim tepki görecektir³⁴.

1.5.2. Psikolojik Nedenler:

—**Belirsizlik korkusu:** Değişim çalışmaları belirsizlik algısına yol açar. Oysa çalışanlar alıştıkları yöntemlerle çalışmayı, sorunları belirli kalıplar içinde çözmeyi güvenli bulur³⁵. İnsanlar düzenli ortamları sever. Geleceğinden emin olmak ister. Var olan durumda pek çok şey alışılmış düzende ve belirli kurallar çerçevesinde işler. İşler belirli alışkanlıklarla yapılır. Oysa değişim belirsizlik demektir. Beraberinde pek çok bilinmezi getirir. Bu nedenle, insanlar zaman zaman değişime sıcak bakmayabilir. Tek başına belirsizlik korkusu değişime direncin kaynağı olabilir³⁶.

—**Sosyal ilişkilerin tehdidi:** Değişim sonucu işten çıkarma, pozisyon değiştirme gibi önlemler, işyerindeki sosyal ilişkilerin ve dostlukların zedelenmesine ve olumsuz duygulara neden olur.

—**Kendini değişime uydurma zorluğu:** Değişim sonucunda, bazı işleri yeniden öğrenmek ve yeni beceriler kazanmak gerekir. Bu da performansı etkiler ve kaygı yaratır³⁷. Özellikle yeni bir teknolojinin uygulanması yeni yetenekleri gerektiriyor ise, bu durumda çalışanlar güvensizlik duygularına kapılabilir ve işten çıkarılma korkusu içinde yaşayabilirler³⁸.

—**Değişim ihtiyacını göz ardı etmek:** Çalışanlar, değişim ihtiyacını benimseyip kabul etmedikçe, eskiye daha sıkı sarılmayı tercih ederler³⁹.

³³ EREN Erol, "Yönetim Psikolojisi", 4.B., Beta Basım Yayım Dağıtım, No.402, İstanbul, 1993, s.208)

³⁴ SABUNCUOĞLU Zeyyat, TÜZ Melek ,a.g.e. 1996, s.174

³⁵ NADLER, D.A. (1987). "The Effective Management of Organizational Change". J. W. Larsh (ed.) *Handbook of Organizational Behavior*. Englewood Cliffs, NJ. Prentice Hall. s .358-369
<http://www.baltas-baltas.com/kaynakdergiyazi.asp?PRI=81&SAYI=7> 15.1.2007

³⁶ ŞİMŞEK Hasan " Değişim Ve Değişim Yönetimi"
<http://www.mebnet.net/duyurular/seminer/DEGISIM%20VE%20DEGISIM%20YONETIMI.pdf>
6.11.2006

³⁷ NADLER, D.A. (1987). <http://www.baltas-baltas.com/kaynakdergiyazi.asp?PRI=81&SAYI=7>
15.1.2007

³⁸ SABUNCUOĞLU Zeyyat, TÜZ Melek ,a.g.e. 1996, s.174

³⁹ NADLER, D.A. (1987). <http://www.baltas-baltas.com/kaynakdergiyazi.asp?PRI=81&SAYI=7>
15.1.2007

—**Değişimin İhtiyaçlarla Çatışması:** Bir değişim önerisi değişime muhatap olan insanların ekonomik, sosyal veya kişisel beklenti ve çıkarları ile çatışıyorsa direnç kaçınılmazdır. İnsanların bir ofisten başka ofise nakledilmesi veya işyerinin başka bir yerinde görevlendirilmesi gibi örgüt açısından dikkate alınmayacak kadar küçük değişiklikler bile direnç kaynağı olabilir⁴⁰.

—**Var olan Bilgi Ve Becerilerin Artık Yetmemesi:** Bilgi ve becerilerin artık yetersiz hale gelmesi örgütteki herkesi tehdit edebilir. İnsanlar işlerini belirli bilgiler temelinde belirli becerileri kullanarak yaparlar. Çalışanlar kendilerinin bilgi ve becerilerini artık yetersiz konuma getirecek değişimlere direnç gösterirler. Çünkü bu yetersizlik uzun vadede onların işlerini kaybetmelerine neden olabilir. Örneğin hızlı teknolojik ilerlemeler ve otomasyon dünyanın her yerinde işçiler tarafından dirençle karşılanmıştır⁴¹.

— **Statü Kaybı:** Bireyler organizasyondaki mevcut statülerinin sarsılacağı endişesi taşıyabilir. Değişiklik örgütün biçimsel yapısı üzerinde birtakım yenilikler meydana getirebilir. Bazı bölümler ortadan kalkabilir veya önemlerini kaybedebilirler. Örgütte eski ilişkiler yerine yeni ilişkiler gelir. Statüsünü, prestijini, yetkilerini ve diğer olanaklarını kaybedeceğini düşünene kişiler, değişikliklere karşı koyarlar⁴².

1.5.3. Ekonomik Nedenler:

— **Sınırlı Kaynaklar:** Değişimin başarılı olabilmesi için kaynakların yeterli olması gereklidir. Çünkü var olan yapı ve süreçlerdeki her değişim var olan durumdan çok daha fazla bir maliyeti vardır. Eğer örgütlerin elinde bu maliyeti karşılayacak yeterli kaynaklar yoksa bu durum değişime direncin bir kaynağı olabilir⁴³.

—**Ekonomik güvensizlik:** Her değişim, çalışanlar tarafından işini kaybetme tehdidi ya da ücret indirimi gibi yaşam düzeyini olumsuz etkileyecek bir tehlike olarak

⁴⁰ŞİMŞEK Hasan, <http://www.mebnet.net/duyurular/seminer/DEGISIM%20VE%20DEGISIM%20YONETIMI.pdf> 6.11.2006

⁴¹<http://www.baltas-baltas.com/kaynakdergiyazi.asp?PRI=81&SAYI=7> 15.1.2007

⁴²ROETHLISBERGER F.J. , "The Adminisrator's Skill:Communication", Harvard Business Review, Novamber-December, 1958, s. 10; W.A.Faunce, "Automation and the Automobile Worker", Social problems, Vol. 6, No. 1, 1958, s. 68

⁴³ŞİMŞEK Hasan <http://www.mebnet.net/duyurular/seminer/DEGISIM%20VE%20DEGISIM%20YONETIMI.pdf> 6.11.2006

algılanır. Özellikle teknolojik değişikliklere işlerini kaybedecekleri veya ücretlerinin düşeceği korkusuyla tepki gösterirler⁴⁴.

1.5.4. Sosyolojik Nedenler:

—İşletmelerde çeşitli politik birliklerin varlığı ve değişimin bu birliği bozma eğilimi, Öte yandan biçimsel olmayan ilişkilerin olduğu çeşitli dostluk gruplarındaki, ilişkilerin değişeceği düşüncesi, değişikliğe gösterilen en önemli tepki nedenlerinden birisidir. Biçimsel olmayan ilişkilerin geliştirilmesi uzun dönemli beraberlikleri gerektirdiğinden dolayı, bireyler mevcut iş arkadaşlarından ayrılmak istemezler⁴⁵.

—Bireyler belli bir yöneticiyle ekip olarak çalışmaya alışmış olabilirler. Özelliklerine alıştıkları yöneticilerin yerine, tanımadıkları yöneticilerin gelmesi, bireylerde çekingenlik ve korku duygusu uyandırabilir⁴⁶.

—Kişi veya grup olarak çıkar kaybı korkusu(bu kayıp ekonomik olabileceği gibi statü, itibar vb. şeklinde de olabilir) değişikliğe tepkinin bir başka nedenidir. Özellikle sendikaların, bazen sadece bu sebeple yönetimden gelen her türlü öneriyi ret ettikleri görülmektedir⁴⁷.

⁴⁴EKİN Nusret, TUNA Orhan, Otomasyon ve Sosyal Meseleler",İstanbul Üniv.İktisat Fak.Yayını,No.262,İstanbul,1970,s.109, (SABUNCUOĞLU Zeyyat, TÜZ Melek ,1996, s.175)

⁴⁵SABUNCUOĞLU Zeyyat, TÜZ Melek ,a.g.k. 1996, s.174

⁴⁶LIPPET G. Lt,"What Do We Know About Leadership",The Planning,change,Ed:Bennis and All,New York,1962, s.131;

⁴⁷DENNIS W.Organ.W.,CLAY "Hamner,Organizational Behavior",business Pub.,USA,1982 s.475, .Zeyyat Sabuncuoğlu, Melek Tüz,"Örgütsel Psikoloji"Bursa 1996 s.174

1.5.5. Değişime Tepkiler Ve Bireyin Genel Tutumu:

Aşağıdaki tabloda değişime tepkiler ve bireyin genel tutumu kısaca özetlenmiştir.

TABLO 1.2. Olası Tepkiler Ve Bireyin Genel Tutumu ⁴⁸

Bireyin Genel Tutumu	Değişikliğe Tepkiler
Kabul	—İsteyerek Yardımlaşma Arzusu —Yardımcı Olma —Yönetimin Baskısı Altında Yardımlaşma —Pasif Kalma
Kayıtsız Kalma	—Kayıtsız Kalma —Hiç İlgilenmeme —Yalnızca Söyleneni Yapma —Öğrenmeme
Pasif Direnç	—Mümkün Olduğu Kadar Yapmama —Yavaşlatma —Bilerek Yanlış Yapma —Bozma —Sabatoj
Aktif Direnç	—İşten Ayrılma

1.5.6. Değişime Karşı Direncin Azaltılması ⁴⁹:

— **Katılımı Artırmak:** Değişime karşı oluşan direnç özellikle çalışanların değişim konusundaki karar verme süreçlerine katılmadığı durumlarda daha yoğun olacaktır. Bir anlamda, demokratik katılım değişime karşı oluşan direnci kırmanın en etkili yollarından biridir. Bu anlamda, değişimin planlanması ve değişime ilişkin politika ve

⁴⁸ KOLASA Blair J., "Davranış Bilimine Giriş", Çev.Kemal Tosun, Fulya Aykar, Fatih Yayınevi, İstanbul, 1979, s.590-591; Erol Eren, "Yönetim Psikolojisi, 4.B., Beta Basım Yayın dağıtım, No.402, İstanbul, 1993, s. 134)

⁴⁹ ŞİMŞEK Hasan <http://www.mebnet.net/duyurular/seminer/DEGISIM%20VE%20DEGISIM%20YONE>
TIMI.pdf 6.11.2006

etkinliklerin uygulanmasında çalışanların sürece katılması yöneticiler tarafından dikkate alınmalıdır.

— **İletişimi Güçlendirmek:** Okul ve örgütlerde değişim olsun olmasın sorun kaynaklarından birisi yetersiz iletişimdir. İletişimsizlik okuldaki durum ve olaylar hakkında doğru yanlış yorumlara, daha da kötüsü dedikodulara yol açar. Bu yorumlar doğrultusunda zaman zaman gereksiz gerilimler ortaya çıkar. Değişime karşı oluşabilecek direnci de azaltmanın en emin yollarından birisi baştan itibaren çalışanlara kendilerini nelerin beklediği konusunda bilgi vermek, onları aydınlatmaktır.

— **Destek Sağlamak:** Daha önce değinildiği gibi, değişim dönemlerinde çalışanları pek çok bilinmezlik beklemektedir. Bu dönemlerde insanlar desteğe ihtiyaç duyarlar. Bu dönemlerde destekleyici, anlayış gösteren bir yöneticilik tarzı daha uygundur. Öte yandan, değişimle birlikte insanların yaptıkları işlerde ve onlardan beklentilerde de değişiklik olabilir. Bilgi ve becerileri artık yetersiz hale gelebilir. Bu durumda çalışanların yeni bilgi ve beceri kazanmaları için onlara iş içinde ve dışında eğitim sağlamak da yöneticilerin dikkate alması gereken yöntemlerden biridir.

— **Ödüllendirme:** Değişim ve yenileşme dönemlerinde ortaya çıkabilecek direnci azaltmanın diğer bir yolu ödül mekanizmalarını kullanmaktır. Ödüllere birey çalışanlar için ayrı ayrı düşünülebileceği gibi belirli bir çalışan grubunu ya da çalışanların hepsini kapsayabilir. Bu ödüller başarılı performansı ödüllendiren maddi katkılar, başarılı çalışanlara değişik sorumlulukların verilmesi veya bu tür insanların kurum içinde belirli statü veya makamlarla ödüllendirilmesi şeklinde olabilir.

— **Planlama:** İnsanlar kendilerini neyin beklediğini bilirlerse o ölçüde de geleceğe hazırlıklı olurlar. Değişime planlı yaklaşmak, özellikle planlama aşamasında çalışanların karar süreçlerine katılması değişime karşı oluşabilecek direnci kırmada etkili olabilir. Planlama yoluyla değişimin yavaş ve aşamalı hayata geçirilmesi de yöneticiler tarafından dikkate alınması gereken bir değişim stratejisidir.

— **Zor Kullanma:** Bütün bu taktikler denendiği halde kişi ve gruplar hala değişime ayak diriyorsa, bu aşamada yöneticiler bireylerden ziyade kurum veya örgütün çıkarlarını ve geleceğini dikkate almak zorundadırlar. Bazı durumlarda bir kurumda

alışan bütün çalışanların istek ve beklentilerini yerine getirmek mümkün olmayabilir. Yukarıda sözü edilen bütün yol ve taktikler denediği halde hala değişime karşı direnen insanların örgüt dışına çıkarılması en son kullanılması gereken bir yöntem olarak daima bir kenarda tutulmalıdır.

İKİNCİ BÖLÜM

KAMU YÖNETİMİNDE DEĞİŞİM

Türkiye de sağlık örgütlenmesindeki değişim çabalarını, kamu yönetimindeki reform ve değişim çabalarından ayrı olarak değerlendiremeyiz. Bu kapsamda öncelikle, kamu hizmeti, kamu yararı, kamu yönetiminde reform gibi kavramların açıklanması, kamu yönetiminde genel olarak değişim arayışlarının nedenleri ve stratejilerinin bilinmesi gereklidir. Türkiye de ekonomik, sosyal ve siyasal hayatın zaman içerisinde değişim ve gelişimine paralel olarak değişim gösteren Türk Kamu Yönetimi ve dolayısıyla sağlık örgütlenmesinin tarihsel gelişimi bu bilgilerin bütünlüğü içerisinde değerlendirilecektir.

2.1. Kamu Hizmeti:

Araştırma konumuz, bir kamu hizmeti kabul edilen sağlık hizmetleri ve sağlık sistemindeki değişim olduğu için kamu hizmetinin de ne olduğunu açıklamakta fayda görüyorum. Yönetim hukukunun öncü adlarından Sıddık Sami Onar, kamu hizmeti kavramına ilişkin olarak; **“Devlet veya diğer amme hükmî şahısları tarafından veya bunların gözetimi ve denetimi altında umumî ve kollektif ihtiyaçları karşılamak ve tatmin etmek, kamu yararını sağlamak için icra edilen ve umuma arz edilmiş bulunan devamlı ve muntazam faaliyetlere amme hizmeti denilmektedir.”** demiştir. Anayasa Mahkememiz de, 1994 tarihli bir kararında, Sıddık Sami Onar’ın kamu hizmetine ilişkin vermiş olduğu tanımı yinelemektedir (09.02.1994 gün ve E.94/43, K.94/42–2; RG. 24.01.1995, 22181) ⁵⁰.

Kamu yönetiminin temel kavramlarından olan **“kamu hizmeti”** kamu yönetiminin faaliyet alanının belirlenmesine yardımcı olan bir kavramdır. Kamu hizmeti kavramı, değişik anlamlarda kullanılmaktadır. Genel olarak; kamu hizmeti, “toplumun ortak gereksinimlerini karşılamak ve toplumsal yaşamı düzenlemek, toplumu yönetmek üzere yetki verilen kamu otoriteleri tarafından yürütülen görevler” olarak tanımlanmaktadır.

⁵⁰ TUNCİL Veysel, “Kamu Hizmeti” http://www.turkhukusitesi.com/makale_199.htm 15.1.2007

Ekonomik, siyasal, toplumsal sistemi ve yönetim biçimi ne olursa olsun, kamu hizmeti her ülkede vazgeçilmez bir olgudur. Her ülkede topluma kamu hizmeti sunulması siyasal iktidarların en temel görevlerinden ve meşruiyet kaynaklarından birisidir. Bir hizmetin, kamu hizmeti olarak adlandırılabilmesi için, hizmetin varlığında şunlar yer almalıdır;

- Hizmetin kamu yararına ve kamuya sunulmuş olması;
- Hizmetin kamu tüzel kişilerince veya bunların denetiminde özel kişilerce sunulması,
- Hizmetin kamu hukuku hükümlerine uygun olması⁵¹.

2.2. Kamu Yararı:

Anayasamıza göre; Kamu yararı “kişinin ve toplumun huzur ve refahını sağlamak” anlamına gelir. Anayasaya göre bu devletin başta gelen ödevidir.(AYM, T.5.4.1977,E.1977/1,K.1977/20, AMKD 15, s.253–264, Karar haşhaş ekicilerinin ekonomik çıkarları ile genel sağlık çelişkisi üzerinde durmaktadır.) Yine anayasaya göre “Kamu hizmetinin gerekleri, kamu yararı gereğidir.” (T.12.10.1976, E.1976/38, K.1976/46, AMKD 14, s.252–286, Kamulaştırma bedelinin saptanmasında vergi değerinin aşılması)⁵².

Kamu hizmeti konusunda unutulmaması gereken nokta, “kamu hizmeti”ne ilişkin anlayışların daima “kamu yararı” konusundaki farklı kavrayışlardan kaynaklandığıdır. Bu durum, devlete yüklenen görevlerin, “kamu yararını gerçekleştirmek üzere kamu hizmetleri üretilmesi” yaklaşımı ile meşrulaştırılmasından kaynaklanmıştır. Dolayısıyla; tarih boyunca kamu hizmeti alanındaki değişimler, daima, “kamu yararı” ve “kamu hizmeti”ne ilişkin farklı anlayışlar arasındaki siyasal mücadeleler sonucunda ortaya çıkmıştır.

⁵¹ Kamu Yönetiminin İyileştirilmesi Ve Yeniden Yapılandırılması Özel İhtisas Komisyon Raporu Ankara 2000 Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı <http://ekutup.dpt.gov.tr/kamuyone/oik527.pdf> 2.9.2006

⁵²SARAÇ Osman “Kamu Yararı Kavramı”, makale, syf.7–8 bkz. <http://www.sgb.gov.tr/calismalar/yayinlar/md/md139/O.%20SARAC.pdf> 3.9.2006

“Kamu yararı” konusundaki **liberal yaklaşım**, piyasa mekanizmasını temel alır. Liberal yaklaşım, devletin “kamu hizmeti” üretiminin olabildiğince sınırlandırılıp “piyasa araçları”nın olabildiğince yaygınlaştırılması gerektiğini ileri sürmektedir. Zira, liberalizme göre, kâr maksimizasyonu için maliyetleri aşağı çekmesi, rekabet gücü edinmesi için de fiyatları olabildiğince düşük tutması gerektiği varsayılan özel sektör, kendi çıkarı (kâr maksimizasyonu) için çalışırken aslında, “kamu yararı”na uygun davranmaktadır Devlet,, “savunma”, “güvenlik”, “adalet” gibi “kamu gücüne özgü” faaliyetlerle sınırlı işlevler üstlenmeli, ekonomik ve sosyal yaşamda doğrudan üretici konumunda olmamalıdır⁵³.

“**Kamucu**” **yaklaşım**, kendi içinde bazı önemli görüş ayrılıkları da barındırmakla birlikte, temelde, liberalizmin “piyasa toplumu”na ilişkin varsayımlarının eleştirisi üzerinden geliştirilmiştir. Piyasa mekanizmasının sınıfsal uçurumları derinleştirmesi karşısında, devletin gelir dağılımını düzeltici önlemler alması gerektiğini savunan kamucu yaklaşım, devlete, yurttaşların, insani bir yaşam için gereksinim duydukları asgari yaşam düzeyini sağlaması görevini yüklemektedir. 20. yüzyılda “sosyal devlet” modelinin yaygınlaşması ile geniş bir uygulama alanı da bulan bu yaklaşım, piyasanın derinleştirdiği eşitsizliklerin, devletin yeniden bölüşümcü politikalarıyla, üst sınıflardan alt sınıflara gelir transferi yoluyla giderilmesi gerektiğini savunmakta; bunun için de, devletin kamu hizmeti üretme görevi üstlenmesini önermektedir. Kısacası, “kamucu” yaklaşım, kamu hizmetlerine sınıfsal uçurumları dengeleme işlevini biçerken, devlete de kamu hizmeti üretme görevini yüklemektedir.

Liberal yaklaşım ve kamucu yaklaşım başlıkları altında ele alınan bu iki ana akımın “kamu yararı” ve “kamu hizmeti” konusundaki yürüttükleri mücadele, yakın çağ tarihi boyunca siyasal ve toplumsal mücadelelere damgasını vuran en temel tartışmalardan biri olmuştur. Devletin hangi işlevleri üstleneceğini, hangi hizmetlerin kamu hizmeti kapsamına alınarak, gerçekleştirilmesi görevinin devlete yükleneceği gibi konular da daima bu iki ana akım arasındaki “siyasal” mücadelelerin sonucunda belirlenmiştir⁵⁴.

⁵³ ATAAY, Faruk (2005), “Kamu Hizmetlerinin Metalaştırılması ve Sağlıkta Yansımaları”, Toplum ve Hekim Derg. (TTB Yayını), Ocak-Şubat 2005,Cilt.20,sayı.1,s.65

⁵⁴ ATAAY, Faruk (2005), a.g.m. s.66

2.3. Kamu Yönetiminde Değişim Veya Reform:

Kamu yönetimindeki değişimler genellikle reform adıyla anılmaktadır. Kamu yönetiminde değişim, toplumsal yönetimin yapısı ve işleyişine siyasal müdahaleler ile gerçekleşir. Bu müdahalenin toparlayıcı kavramı **reform**dur⁵⁵. **Reform, yapılan değişiklik ve yeniliklerle bir sürecin ya da kurumun daha iyi duruma getirilmesi anlamına gelir.** Bu anlamda reform, sürecin ya da kurumun yeniden yapılanması ile de sonuçlanacaktır. Ancak her yeniden yapılanma reform değildir. **“Reform”** adı verilen pek çok yeniden yapılanma girişimi, etkilenen geniş kesimler açısından daha iyi duruma gelmeyi ifade etmemektedir. Kamu yönetiminde değişim arayışları, gerek ülkemizde gerekse dünyada her zaman gündeme gelen bir konudur. Toplumsal ve ekonomik yaşamda köklü değişimlerin yaşandığı dönemlerde bu çabalar artmakta; daha durağan bir yapının baskın olduğu dönemlerde konu daha geri planda kalmaktadır⁵⁶.

2.4. Kamu Yönetiminde Değişim Ve Değişim Arayışlarının Nedenleri:

Genellikle giderek büyüyen kamu kesiminin savurganlığının ve kaynak kullanımındaki verimsizliğinin ekonomi için bir yük haline gelmesi ve bundan ülkelerin rekabet gücünün olumsuz etkilenmeleri nedeniyle⁵⁷ kamu yönetimlerinin yeniden yapılanmalarında ve kamu hizmetlerinin sunulmasında özel kesim işletmelerindeki gibi esnek ve yalın örgütlenme, karlılık verimlilik gibi piyasa temelli ve insan kaynaklı ilke ve uygulamalar, bir çıkış yolu olarak görülmüştür. Bu anlayış doğrultusunda, kamu hizmetlerinde kalitenin yükseltilmesi, etkinlik ve verimlilik, hizmetlerin daha hızlı, ucuz ve amaca uygun olarak yerine getirilmesi ve böylelikle vatandaş memnuniyetinin sağlanması; kaynak israfına, yüksek enflasyona, aşırı borçlanmaya ve dengesiz gelir dağılımına yol açan ve ülke ekonomileri üzerinde ağır bir yük oluşturan bütçe açıklarının giderilmesinde somut katkılar sağlayan bir yol olarak görülmektedir⁵⁸

⁵⁵ GÜLER Birgül, KESKİN Nuray E. “Devlet Reformunu Tarihten Çalışmak”http://www.politics.ankara.edu.tr/WP/SBF_WP_88.pdf 22.6.2007

⁵⁶ YILMAZ Osman “Kamu Yönetimi Reformu: Genel Eğilimler Ve Ülke Deneyimleri” s.1-6 <http://ekutup.dpt.gov.tr/kamuyone/yilmazo/reform.pdf> 7.11.2006

⁵⁷ COHEN Steven , BRAND Ronald ,Total Quality Management In Government; A Practical Guide For The Real World Jossey Bass Publishers, San Francisco,1993, S.10

⁵⁸ GÖZLÜ Sıtkı, “Kamu Hizmeti Veren Kuruluşlarda Toplam Kalite Yönetimi” Kamu Yönetimi Disiplini Sempozyumu Bildirileri TODAİE yay.,1996, s. 48

Kamu yönetiminde reform arayışlarına yol açan nedenlerin derecesi her ülkede farklı olmakla birlikte temelde benzer koşullar sonucunda ortaya çıktığı görülmektedir. Bunlar;

— **Üç Açık:** Bunlardan birincisi üç açık diye ifade edilen olgudur. İlk açık bütçe açığıdır. İkinci açık güven açığıdır.(trust deficit) Üçüncü açık ise performans açığıdır.(performance deficit).Bu açıkların ortaya çıkma süreci ve nedenleri birbiri ile yakından ilgilidir⁵⁹.

— **Kriz:** Yukarıda değinilen açıkların derinleşmesi ve giderek büyümesi bir krize ya da kriz havasına yol açmaktadır. Genel olarak mali, ekonomik ya da performansa dayalı bir kriz havasının duyumsandığı ortamlarda reform daha kolay uygulamaya konulmaktadır. Çeşitli ülkeler kriz ortamını kamu yönetimi reformunun başlangıcı için bir fırsat olarak değerlendirmişlerdir⁶⁰.

— **Kamudan Beklentilerin Artması:** Kamu yönetimi reformuna yol açan önemli nedenlerden birisi de kamu hizmetlerinden yararlananlar ve vergiler yoluyla hizmetin finansmanını sağlayanlar olarak vatandaşların, kamudan beklentilerinin artmasıdır. Vergi ödeyiciler olarak vatandaşlar daha kaliteli mal ve hizmet sunumu talep etmekte, ödediği vergilerin karşılığını görmek istemektedirler. Teknoloji alanında yaşanan gelişmeler sonucu özel sektörde mal ve hizmet üretimi ve sunumunda önemli değişimler olmuş ve müşteri tatminini merkez alan uygulamalar yaygınlık ve başarı kazanmıştır. Vatandaşlar doğal olarak kamu kesiminden de benzer taleplerde bulunmuşlardır⁶¹.

— **Uluslararası alanda yaşanan gelişmeler ve küreselleşme:** Bu olgu da kamu yönetiminde yeni arayışları destekler niteliktedir. Küreselleşme ile birlikte kamu yönetimi sisteminin, ulusal boyutun ötesinde uluslar arası düzlemde etki ve tepkide bulunabilecek kararlar ve uygulamalar içinde olması gerekmektedir. Dünya ekonomi politığının iki kutupluluktan tek kutupluluğa dönüşmesiyle birlikte, bir bakıma daha

⁵⁹ KETTL Donald F. , Reinventing Government: A Fifth Year Report Card, Center for Public Management, The Brookings Institution, Washington DC, 1998.<http://ekutup.dpt.gov.tr/kamuyone/yilmazo/reform.pdf> 7.11.2006

⁶⁰ OECD, Governance in Transition: Public Management Reforms in OECD Countries, Conclusions of the Public Management Committee, OECD, Paris, 1995.

⁶¹ OECD, Ministerial Symposium on the Future of Public Services, OECD, Paris, 1996 (64-65) <http://ekutup.dpt.gov.tr/kamuyone/yilmazo/reform.pdf> 7.11.2006

önce büyük ölçüde ulusal düzlemle sınırlı kalan kamu politikaları, uluslararası arenadan daha fazla etkilenir hale gelmiştir. Yaşanan değişimin hızı da kamu yönetiminin bu değişime hızla cevap vermesi zorunluluğunu ortaya çıkarmıştır⁶².

—Özellikle kalkınmış ülkelerin sosyal göstergelerinde meydana gelen değişim reform arayışlarının başka bir nedenidir. Nüfus artışının durması, üretken nüfusla yaşlı nüfus arasında dengenin bozulması ve bunun sonucu olarak sosyal güvenlik harcamalarında ortaya çıkan artış ve bunun gelecekte yol açacağı sorunlar, kamu kesiminin sorgulanması sonucunu doğurmuştur.

— Kuramsal ve akademik alanda yaşanan gelişmeler ve yapılan çalışmalar yeni arayışlara katkıda bulunan önemli bir unsurdur.

—Vatandaşların beklentisi ve kamu hizmeti kavramının nasıl yorumlandığına işaret eden bir başka nedenin de, herkese aynı gömlek (one size fits all) yaklaşımının artık geçerliliğini yitirmiş olmasıdır. Bilindiği gibi geleneksel bürokratik anlayışın en önemli özelliklerinden ve bir bakıma üstünlüklerinden birisi de herkese aynı mesafede durarak eşitlik ilkesi gereği tüm yurttaşlara aynı hizmeti aynı biçimde sunmasıdır. Oysa değişen ve çeşitlenen yurttaş tercihleri, kamuyu farklı kişi ya da gruplara farklı nitelikte hizmet sunmaya zorlamaktadır⁶³.

2.5. Kamu Yönetimi Değişim Stratejileri ⁶⁴:

Sağlık reformlarına dayanak oluşturan kamu yönetimi değişim çalışmalarında amaçlara ulaşmak için değişik yollar izlenmiştir. Ancak genel olarak dört stratejiden bahsedilebilir. Bunlar:

— **Piyasa Stratejisi:** Rekabeti ve sözleşmeyi esas alır. **Piyasacı yaklaşım**, devletin politika belirleme rolü ile hizmet sunumu arasında keskin bir ayırımı dayanır. Bu

⁶² OECD, Synthesis of Reform Experiences in Nine OECD Countries: Government Roles and Functions, and Public Management, Government of the Future: Getting From Here to There isimli sempozyum ortak bildirisi, 14 15 Eylül 1999, OECD, Paris.<http://ekutup.dpt.gov.tr/kamuyone/yilmazo/reform.pdf> 7.11.2006

⁶³ OECD, Synthesis of Reform Experiences in Nine OECD Countries: Government Roles and Functions, and Public Management, Government of the Future: Getting From Here to There isimli sempozyum ortak bildirisi, 14 15 Eylül 1999, OECD, Paris.<http://ekutup.dpt.gov.tr/kamuyone/yilmazo/reform.pdf> 7.11.2006

⁶⁴ YILMAZ Osman, "Kamu Yönetimi Reformu: Genel Eğilimler Ve Ülke Deneyimleri", .s.1-6 <http://ekutup.dpt.gov.tr/kamuyone/yilmazo/reform.pdf> 7.11.2006

yaklaşımın hizmet sunumuna ilişkin görevlerin bağımsız, küçük birimler ya da gönüllü kuruluşlara devri yönünde temel bir tercihi bulunmaktadır. Piyasacı bir yaklaşım izlenebilmesi için rekabetçi bir ortamın mevcut olmasa gerekir. Yapılan sözleşmelerin rekabetçi bir ortamda yapılmaması durumunda çok daha derin sorunlar ortaya çıkabilecektir.

— **Yönetmel Reform Stratejisi:** Yöneticilerin profesyonel yetenek ve çalışmalarını temel alır ve yöneticilerin güçlendirilmesini amaçlar. **Yönetmel model,** hizmet sunumu konusunda devlete daha geniş bir rol verir; fakat bu rolü gerçekleştirirken bürokratik kurallarla boğulmak yerine yöneticilere daha geniş bir esneklik verilmesini savunur. Yönetmel yaklaşımda kritik konu esneklikle beraber hesap verme sorumluluğuna ilişkin etkili mekanizmaların oluşturulmasıdır

— **Program Stratejisi:** Kaynakların yeniden dağıtımı için mevcut politikalar ve bunların uygulanmasına yönelik programların analizine ve yeniden değerlendirilmesi esasına dayanır. Program yaklaşımı; mevcut kaynaklarla en etkili sonucu almak için kaynakların nerelere öncelikle ayrılması gerektiği sorusu üzerinde odaklanır. Program yaklaşımındaki kritik konu ise hükümetin kaynaklara yapılan program değerlendirmelerine göre yeniden dağıtmaya hazır ve gönüllü olup olmadığıdır.

— **Aşamalı Ve Yavaş Değişim Stratejisi:** Kamunun daha verimli çalışması için kurallar ve uygulamanın sürekli gözden geçirilmesi esasına dayanır. Aşamalı yaklaşımda; devletin mevcut rolünde önemli bir değişiklik yapma amacı güdülmeyip mevcut yapıyı biraz daha iyi çalışır hale getirmek istenilmektedir.

Bu dört yaklaşımın da ortak noktaları bulunmaktadır. Hepsinde amaç ortaktır; daha verimli ve etkili çalışan, vatandaşın taleplerine duyarlı bir kamu yönetimi sistemi kurmak. Hepsinde hizmetlerin çeşitlendirilmesi ve hizmet sunumunda esneklik teşvik edilmektedir. Bununla beraber yaklaşımlar arasında temel bir takım farklılıklar da mevcuttur. Bu farklılığın esas kaynağı devletin rolünün nasıl algılandığıdır. Hemen her ülkede izlenen yaklaşımı bu dört başlıktan biri içine almak olanaklıdır. Hangi yaklaşımın izleneceği önemlidir. Çünkü her yaklaşımda farklı bir soru ortaya çıkmakta, kritik önem taşıyan alanlar değişmektedir.

2.6. Ülkemizde Kamu Yönetimi İçinde Sağlık Hizmetleri:

Kamu hizmetlerinin görülüş yöntemlerinin saptanmasındaki temel ölçütlerden birisi hizmetin niteliği konusudur. Kamu hizmeti literatüründe iki ana kamu hizmeti kategorisinden söz edilir. Bunlar;”Genel idare esaslarına göre yürütülen kamu hizmetleri” ve” işletmecilik esaslarına göre yürütülen kamu hizmetleri”dir. Devletin temel görevleri niteliğindeki kamu hizmetleri genel idare esaslarına göre yürütülür. Bu hizmetlerde kar amacı güdülmez, hizmetin finansmanı bütçeden sağlanır. Bu hizmetten yararlanma “insan hakkı “,” yurttaşlık hakkı” olarak görüldüğünden hizmet karşılığında bir bedel istenmez. Hizmeti yerine getiren personel kamu görevlisi statüsündedir. Buna karşılık “işletmecilik esasına göre yürütülen kamu hizmetleri” piyasa ilişkileri çerçevesinde yerine getirilmesi gerektiği düşünülen hizmetlerdir. Bu kapsamdaki hizmetlerde “kar amacı” güdülür. Bu hizmetlerden yararlanma ilişkisi, piyasa mekanizması ile üretilen mal ve hizmetlerden yararlanma durumundaki “müşteriye” çok yakındır. Anayasa mahkemesi, gerek Sağlık Bakanlığı’nın, gerekse bu bakanlığın gözetim ve denetimi altındaki sağlık işletmelerinin, bir kamu hizmeti olan sağlık hizmetlerini genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlü kuruluşlar olduğunu belirtmiştir. (Anayasa Mahkemesi Kararları Dergisi, sayı: 24, sayfa: 81–137)⁶⁵. Türkiye de şimdiye kadar sağlık hizmetleri “genel idare esaslarına göre yürütülen kamu hizmetleri “ statüsündeydi. 1980 sonrası ekonomik ve siyasi yaşamdaki değişimler sağlık hizmetlerinin niteliğini değiştirme yönündedir. Günümüzde artık sağlık hizmetleri “işletmecilik esaslarına göre yürütülen kamu hizmetleri” konumuna getirilmeye ve özelleştirilmeye çalışılmaktadır.

⁶⁵ ATAAY, Faruk (2005), a.g.m. 2005,s.68-69

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE KAMU YÖNETİMİ VE SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİNDE DEĞİŞİMİN TARİHSEL GELİŞİMİ:

Ülkemizde idari reform çalışmaları hemen her dönemde gündemde olagelmıştır. Osmanlı Döneminden bu yana çeşitli zamanlarda reform çalışmaları yapılmış, konu zaman zaman öne çıkmış, zaman zaman geri plana itilmiş olmakla birlikte gündemdeki yerini hep korumuştur. Cumhuriyet in kurulmasıyla birlikte ülkemizin ekonomik, sosyal ve kültürel hayatında hızlı ve köklü değişiklikler yaşanmıştır. Bu değişiklikler doğal olarak kamu yönetiminde de değişime yol açmıştır. İdari reform konusu özellikle 1960 yılından sonra, kalkınma planlarında özel bir yer almıştır. Bu nedenle, Cumhuriyet Döneminde yapılan idari reform çalışmalarını planlı dönemden önce ve planlı dönemde yapılan çalışmalar olarak iki başlık altında incelemek daha doğru olacaktır. Çünkü 1963 yılında başlayan planlı kalkınma dönemine kadar gerek kamu yönetiminin gerekse Kamu İktisadi Teşekküllerinin düzenlenmesi ile ilgili çeşitli raporlar hazırlanmış, yasa değişiklikleri ile bazı düzenlemeler yapılmışsa da geniş kapsamlı çalışmaların planlı kalkınma döneminde başlatıldığı görülmektedir⁶⁶.

Türkiye'de devletin yeniden yapılanması 1945–1980 dönemi ve 1980 sonrası şeklinde de sınıflandırılabilir ve kamu yönetiminde yaşanan değişim süreci bu sınıflandırma üzerinden de ele alınabilir⁶⁷. Bu dönemlerden 1945–1980 dönemi **"idari reform"** dönemi, 1980 sonrası dönem ise **"yapısal uyarılama dönemi"** olarak adlandırılmaktadır. Yapısal uyarılama dönemi olarak adlandırılan ve 1980 yılından beri gerçekleştirilen yapısal reformlar, 1945 idari reform anlayışından farklı olarak, örgütsel ve yönetsel yapı-işleyişe odaklı ve idareyle sınırlı bir reform değil; devlet genelinde gerçekleştirilen ve devletin işlevi ile konumunu yeniden tanımlamaya odaklanmış reformlardır⁶⁸.

⁶⁶ Kamu Yönetiminin İyileştirilmesi Ve Yeniden Yapılandırılması Özel İhtisas Komisyonu Raporu Ankara 2000 Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı <http://ekutup.dpt.gov.tr/kamuyone/oik527.pdf>-4.10.2006

⁶⁷ GÜLER Birgül A. , "Yeni Sağ ve Devletin Değişimi", TODAİE Yay, Ankara, 1996, s.7–75.

⁶⁸ GÜLER Birgül A. , "Devlet Reformu Sorunu" içinde Liberal Reformlar ve Devlet", Yay. Haz. Aytül Güneşer, KIGEM Vakfı Yay., Ankara, 2004, s. 359 <http://yonetimbilimi.politics.ankara.edu.tr/CAS.pdf> 3.12.2006

Türk sağlık sisteminin tarihsel gelişim ve değişimini de Hasan Hüseyin Yıldırım 4 başlık altında incelemiş.

- 1920–1960 yılları arası Kurumsallaşma dönemi /Reform öncesi dönem
- 1960–1980 Birinci dalga sağlık reformları
- 1980–2002 İkinci dalga sağlık reformları
- 2002- Günümüze kadar, Üçüncü dalga sağlık reformları⁶⁹.

3.1. Türkiye’de Kamu Yönetiminde Planlı Dönemden Önceki Reform Çalışmaları:

Ülkemizde 1933 yılından itibaren idari reform konusunda birçok araştırma ve çalışma yapılmış, raporlar hazırlanmıştır. Bu çalışmalar genellikle yabancı uzmanlar tarafından, merkezi düzeyde hazırlanan raporlar şeklinde ortaya çıkmıştır. Ancak bunun yanında yerli uzmanlar ve Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü (TODAİE) tarafından yapılan çalışmalar da vardır. 1933 yılında Amerikalı uzmanlardan oluşan bir grup, ekonomik konulara ağırlık vermekle birlikte, idari sorunları da ele almış ve inceleme sonuçlarını “Türkiye’nin İktisadi Bakımdan Bir Tetkiki” ismini taşıyan bir rapor halinde 1934 yılında hükümete teslim etmiştir. 1947 yılında Başbakanlık direktifiyle devlet teşkilatının daha verimli ve daha rasyonel çalışması için çeşitli bakanlıkların bünyelerinde komisyonlar kurulmuştur.

1948 yılında yine Başbakanlığın direktifiyle çeşitli devlet daireleri ve bakanlık teftiş kurulları hazırladıkları idari ıslahat konusundaki araştırma raporlarını Başbakanlığa sunmuşlardır. 1949 yılında İstanbul Üniversitesi profesörlerinden Dr. F. Neumark, Başbakanlığın talebi üzerine “Devlet Daireleri ve Müesseselerinin Rasyonel Çalışması Hakkında” bir rapor hazırlamıştır. Raporda idarede yeniden düzenlemeyi gerektiren nedenler, yeni düzenleme için gerekli örgütler, memur sorunları ve rasyonel çalışmayı sağlayacak tedbirler, ilkeler ve öneriler yer almıştır. 1951 yılında Türkiye ve Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankasının (Dünya Bankası) finanse ettiği ve 13 kişilik bir kurul tarafından hazırlanan ve kurul başkanı James M. Barker’in ismine atfen **Barker Raporu** adı verilen çalışma hükümete sunulmuştur. Kapsamlı bir şekilde hazırlanan rapor, Türk idari sistemiyle ilgili sorunları açıklayıp, personel sorunları ile ilgilenecek bir devlet personel dairesi kurulması, devlet

⁶⁹ YILDIRIM Hasan Hüseyin Yıldırım, “Nasıl Bir sağlık Reformu” 2007, Ankara, “Örsan Öymen Anısına Yılın İnceleme Ödülü 2006” adına yapılan Yayınlanmamış Çalışması, s.8

dairelerinde danışma hizmetlerinin düzeltilmesi gibi öneriler getirmekte ve merkeziyetçi sistemi, yetkilerin alt kademelere verilememiş olmasını eleştirmektedir. Yine 1951 yılında James W. Martin ve Frank A. Cush isimli iki uzman tarafından özellikle Maliye Bakanlığının örgütlenme ve çalışma esaslarını inceleyen rapor Maliye Bakanlığına sunulmuştur. Aynı yıl Maliye Bakanlığı tarafından Barem sistemi konusunda bir rapor hazırlanmıştır. Yine Maliye Bakanlığı tarafından 1956 yılında Devlet Personel Kanunu Tasarısı hazırlanmıştır. 1958 yılında TODAİE tarafından “Türkiye’de Devlet Personeli Hakkında Araştırma” adlı üç ciltlik bir rapor hazırlanmıştır⁷⁰.

3.2. Türkiye’de Sağlık Örgütlenmesinde Planlı Dönemden Önceki Değişim Çalışmaları (Kurumsallaşma Dönemi):

Sağlık hizmetleriyle ilgili politikaların olumlu anlamda hız kazanması Cumhuriyet’in ilanıyla başlamış olmakla birlikte, kuşkusuz, Cumhuriyet öncesi dönemde de günün şartlarına göre önemli hizmetler gerçekleştirilmiştir⁷¹. Türkiye’de Cumhuriyet sonrası sağlık hizmetlerinin gelişmesi dönemler içerisinde incelenebilir. Bu dönemler arasında, sağlık hizmetlerinin ilkelerinde ve sunuluşunda farklılıklar vardır. **1920 de başlayan ve 1960 yılına kadar geçen süreyi ve dönemleri biz kurumsallaşma dönemi olarak da adlandırabiliriz.** Çünkü bu dönemde sağlıkla ilgili kanunlar, kurumlar oluşturulmuş, finansman ve insan gücü anlamında kaynaklar ve yapılar vücut bulmuştur.

3.2.1. 1920 – 1923 Dönemi:

Osmanlı İmparatorluğu’nun son yıllarında sağlık hizmetleri İçişleri Bakanlığı’na bağlı bir genel müdürlük tarafından yürütülmekteydi. Sağlık Bakanlığı Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) tarafından 3 Mayıs 1920 tarihinde kurulmuştur. O zamanki adı Sıhhat ve İçtima-i Muavenet Vekâleti (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) idi. Bakanlığın adındaki “sosyal” sözcüğü iki nedenle önemlidir. Bilindiği

⁷⁰ Kamu Yönetiminin İyileştirilmesi Ve Yeniden Yapılandırılması Özel İhtisas Komisyonu Raporu Ankara 2000 Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı <http://ekutup.dpt.gov.tr/kamuyone/oik527.pdf>-4.10.2006

⁷¹ ERDEM Aydın, “Türkiye’de Sağlık Teşkilatlanması Tarihi”, Natürel Yayınevi, Ankara, 2002, s. 6.

gibi sağlık “**bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik durumu**” olarak tanımlanır. Yani, sağlık ve sosyal yardım kavramları birlikte ele alınması gereken

kavramlardır. Bu iki terimi bir bakanlığın adında birleştiren ilk ülkelerden birisi Türkiye’dir⁷². Mustafa Kemal Atatürk sağlık hizmetlerinde gerçekleştirilecek büyük hamleyi ülkemizin ağdaşlaşmasındaki en büyük kilometre taşlarından biri olarak kabul etmektedir⁷³. Atatürk “ Toplumun sağlığı için öngörülen köklü önlemler sürekli geliştirilmeli ve genişletilmelidir”⁷⁴. “Milletimizin sağlığını korumak ve desteklemek, ölümü azaltmak, nüfusu çoğaltmak, bulaşıcı ve salgın hastalıkların yıkımına karşı koymak ve bu suretle millet fertlerinin din ve çalışmaya kabiliyetli sağlıklı vücutlar halinde yetişmesini temin etmeliyiz”⁷⁵. Atatürk ün sözlerinden de anlaşılacağı gibi, Cumhuriyet ile ülkemizde başlayan sağlık hamlesi koruyucu sağlık anlayışı içerisinde, bir halk sağlığı hizmeti niteliği tařıyacaktı⁷⁶.

TBMM döneminin ilk Sağlık Bakanı **Dr. Adnan Adıvar**, bir sıhhat memuru ile birlikte Ankara Vilayet Konağı’nın bir odasında göreve başladığında, sağlık örgütüne ve hizmetlerine ilişkin hiç bir kayıt ve bilgi yoktu. Dolayısıyla, Bakanlığın ilk yılları bilgi toplamak, İstanbul’dan sağlık hizmetlerini ilgilendiren yasaları getirtmek, cepheden gelen yaralıları iyileştirmek ve iki milyona yakın i ve dış göçmeni yerleştirmek çabalarıyla gemiřtir⁷⁷.

—**Sağlık Hizmetlerinin rgtlenmesi:** Sağlık Bakanlığı kurulduğu zaman toplam personel sayısı 1323’tür. Çalışanların dağılımı şu şekildedir: 554 doktor, 560 sağlık memuru, 136 ebe, 4 hemşire ve 69 eczacı⁷⁸. Bakanlığın 1920 yılı bütçesi 1 milyon liradan azdır. Bakanlığın merkez örgütündeki toplam personel sayısı - Bakan dahil-

⁷² SUR Haydar, GÜROL Hacer, “Cumhuriyetimizin 75 Yıllık Geçmişinde Sağlıkta Yaşananlar” http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/627_1cumhuriyet_75yil_saglik.pdf

⁷³ AYDIN E. “Atatürk’n Sağlık Kavram Ve Anlayışı” Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası,1995;48(1):43 54) (Gökay FK, Onbeş Yılın Manası. Tıbbiyeliler Bayramı. Tecelli Basımevi,İstanbul,1938,s.17-18

⁷⁴ Atatürk, MK. TBMM Zabıt Ceridesi 1970;7(3):4.D.2.)

⁷⁵ Atatürk, MK TBMM Zabıt Ceridesi,1959;18:3-4.D.3).

⁷⁶ AYDIN Erdem , Toplum ve Hekim Derg. Temmuz-Ağustos,1997,Cilt 12,Sayı 80 s.23

⁷⁷ SUR, GÜROL http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/627_1cumhuriyet_75yil_saglik.pdf

15.1.2007

⁷⁸ “Sağlıkta Dev Adımlar” 29.Ekim 1998, Haber <http://arsiv.hurriyetim.com.tr/fix98/75yil/25ekl.htm> 15.1.2007

15 kişidir⁷⁹. 1927 yılında yapılan ilk nüfus sayımında, 13.648.000 olan ülke nüfusunun, Büyük Millet Meclisi'nin açıldığı yıllarda 10 milyon dolaylarında olduğu tahmin ediliyordu⁸⁰.

1920 yılındaki nüfus sayımı ile ilgili olarak elimizde kesin veriler olmadığı için, kişi başına düşen doktor ve diğer sağlık personelinin net olarak ortaya koyamamakla birlikte, ilgili yıla ait nüfus tahminine dayanarak bir yorum yaparsak; 18 bin kişiye bir doktor ve 14 bin kişiye bir sağlık personelinin hizmet verdiğini söyleyebiliriz. Sağlık Bakanlığı merkez örgütünde şu birimler bulunmaktadır⁸¹:

- Hıfzısıhha Şubesi,
- Sosyal Yardım Şubesi,
- Sicil Şubesi,
- İskân Şubesi,
- İstatistik ve Neşriyat Şubesi,
- Muhasebe Şubesi,
- Evrak Şubesi

Bakanlığın örgütlenme şekli, yeni Türk devletinin sağlık politikasının temelinde, halk sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetlerinin olacağını göstermektedir⁸². Hıfzısıhha Dairesi'nin Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmeti ile ilgili tek birimi olması da bunu doğrular niteliktedir⁸³.

3.2.2. 1923–1937 Dr. Refik Saydam Dönemi

Dr. Refik Saydam, 1920 de Büyük Millet Meclisi Hükümeti Milli Müdafaa Vekâleti Sağlık Dairesi Başkanlığına getirilmiştir. 1921 yılında Sağlık Bakanı olmuştur. 1925 ile 1937 yılları arası kesintisiz olmak üzere toplam 16 yıl Sağlık Bakanlığı görevinde bulunmuştur. Dr. Refik Saydam koruyucu sağlık, halk sağlığı, toplum sağlığı, kavramlarını ülkemize getiren kişidir. Bu kavramlar gerek tıp

⁷⁹ KARAMAN İsmail, "Türkiye'nin Cumhuriyet Dönemindeki Ekonomik ve Sosyal Alandaki Değişiklikler", Yeni Türkiye Dergisi, Ankara, Eylül Aralık 1998, s. 3-4.

⁸⁰ Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, SSYB Yayını, 1973, s. 193,194.

⁸¹ Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, SSYB Yayını, 1973, s. 65.

⁸² Cumhuriyetten Bu Yana Sağlıkta Büyük Taarruz, SB Yayını, 1998, s. 4.

⁸³ Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, SSYB Yayını, 1973, s. 65.

çevresinde, gerekse devlet katında Saydam tarafından yerleştirilmiştir. Bu anlayışın uzantısında ülkemizdeki koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti örgütlenmesinin temel taşlarını o koymuştur⁸⁴. Saydam, 1925 yılında hazırladığı ilk çalışma programında yapılması gerekli işleri şöyle sıralamıştı: **“Devlet Sağlık Örgütü’nü genişleterek köye kadar götürmek, sağlık personeli yetiştirmek, numune hastaneleriyle doğumevleri ve çocuk bakımevleri açmak, halk sağlığı bakımından önemli sıtma, verem, trahom, frengi, kuduz gibi hastalıklarla savaşmak ve sağlıkla ilgili kanunları yapmak, Merkez Hıfzısıhha Enstitüsü ve Hıfzısıhha okulu kurmak”**⁸⁵. Saydam, ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin kuruluşunda ve gelişmesinde en büyük katkısı olan kişidir. O nedenle, Saydam’ın düşüncelerinin ve uygulamalarının bilinmesi gerekir.

3.2.2.1.Saydam’ın İlkeleri:

Refik Saydam’ın sağlık hizmetlerinin sunuluşunda benimsediği temel ilke “koruyucu hizmetlere öncelik” verilmesidir. Ona göre, hekimlerin ve Bakanlığın asıl sorumluluğu, hastaları iyileştirmekten çok, sağlıklı olanların bu durumlarının korunmasıdır. Saydam’a göre, tedavi edici hizmetler, hükümetlerin değil yerel yönetimlerin görevleridir. Hükümetin bu konudaki görevi yerel yönetimlere yol göstermektir. Saydam, belediyelere hastane işletmesi konusunda eğitici örnekler olması amacıyla Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır’da “Numune (örnek) Hastanelerini açmıştır. Refik Saydam’ın bir diğer ilkesi de “önemli” hastalıklarla savaşa öncelik vermesidir. Önemli hastalık, en çok görülen, en çok öldüren ya da sakat bırakan, iş gücüne en çok engel olan hastalık demektir. Saydam’ın zamanında köylerde hasta tedavi hasta tedavi hizmetlerini örgütlemek için belirli bir çaba harcanmamasına karşılık, o dönemin önemli hastalıkları olan sıtma, trahom, frengi, lepra gibi hastalıklarla savaş için özel örgütler kurulmuştur⁸⁶.

⁸⁴ SAYDAM Refik, Dirim 1935 ;Dr. Refik Saydam 1881-1942 Ölümünün 40. Yıl Anısına SSB 1982; Sağlık Bülteni, s.2., Refik Saydam Özel Sayısı 1982; Saydam R. SİMV 1942; Sıhhiye Mecmuası Fevkalade Nüshası 1942, Terzi oğlu A.1982

⁸⁵SUR,GÜROL http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/627_1cumhuriyet_75vil_saglik.pdf 12.12.2006

⁸⁶ “Dünden Bugüne Türkiye de Sağlık Hizmetleri” <http://www.tibbiyelilercemiyeti.com/modules.php?name=News&file=article&sid=45> 9.11.2006

3.2.2.2. Saydam'ın İnsan Gücü Politikası:

TABLO:3.1. Cumhuriyetin ilk yıllarındaki bazı sağlık göstergeleri ⁸⁷;

	1923
Hekim sayısı	554
Eczacı	69
Hemşire	4
Ebe	136
Sağlık memuru	560
Yatak tedavi kurumu	86
Hasta yatağı	6437
Bir yatağa düşen nüfus	1920
10 bin nüfusa düşen yatak	7.3
Muayene olanların sayısı	54.843(1925 yılı)
Hasta yatışı	26.744(1925 yılı)
Bir hekime düşen nüfus	19.860
Bir ebeye düşen nüfus	80.880
Bir eczacıya düşen nüfus	159.420

Tablodan da gördüğümüz gibi Türkiye’de 1923 yılında 554 hekim (19.860 kişiye bir hekim), 136 ebe (80.860 kişiye bir ebe) ve 4 hemşire bulunuyordu. Bu rakamlar, Cumhuriyetimizin ilk yıllarındaki sağlık insan gücü yetersizliğini bütün açıklığı ile göstermektedir. Ülkenin sağlık alanında yetişmiş insan gücüne olan büyük ihtiyacı sebebiyle, hekim, hemşire, ebe ve sağlık memuru gibi personelin nitelik ve nicelik olarak artması için çalışılmıştır⁸⁸. Hekim yetiştirme konusunda o yıllardaki önemli sorun, İstanbul’daki tek tıp fakültesindeki eğitim harcamalarını karşılayabilecek yeter sayıda lise mezunu bulunmayışıdır. Saydam, bu sorunu çözmek üzere tıp öğrenci yurtları açmış ve öğrencilerin okuma, barınma, giyinme ve

⁸⁷“Sağlıkta Dev Adımlar” 29.Ekim 1998, Haber <http://arsiv.hurriyetim.com.tr/fix98/75yil/25ekl.htm> 2.10.2006

⁸⁸ SUR Haydar,GÜROL Hacer, “Cumhuriyetimizin 75 Yıllık Geçmişinde Sağlıkta Yaşananlar” http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/627_1cumhuriyet_75yil_saglik.pdf 12.12.2006

yaşama giderlerini karşılamıştır. Böylece, tıp fakültesinin çekiciliği arttırılmıştır. Bu önlem sayesinde ülkedeki hekim sayısı 1930 yılında 1182'ye, 1940'da 2387'ye erişmiştir. Refik Saydam, devletin hekim ihtiyacını karşılamak için de tıp fakültesini yurtlarda kalarak bitirenlere zorunlu hizmet kuralını getirmiştir.

Saydam'ın karşılaştığı bir diğer sorun da koruyucu hizmetlerde ve özellikle kırsal bölgelerde çalışabilecek hekim dışı personel yetersizliği idi. Bu işlerde çalışacak kadın personel bulmak daha da zordu. Çünkü o dönemlerde temel eğitim görmüş genç kız bulmanın zorluğu yanında, kadınların bu tür işlerde çalışmaları toplum tarafından da hoş karşılanmıyordu. Kaldı ki, oldukça yetersiz koşulların bulunduğu kırsal bölgelerde kadınların çalışabilmeleri de güçtü. O nedenle Saydam, erkekleri eğitmeyi ön planda düşünerek "sağlık memurluğu" sınıfını kurmuştur.

Saydam'ın önemli bir uygulaması, kamu sektöründe çalışan bütün personelin atama, yükselme ve cezalandırma işlerini tek elde, Sağlık Bakanlığı'nda toplamasıdır. Böylece Bakanlık, işleri yürüten asıl kurum durumuna gelmiş, özel idareler ve belediyeler yalnızca hastaneleri finanse eden kuruluşlar olarak kalmıştır. Saydam zamanında koruyucu hizmetlerde çalışanlara, iyileştirici hizmetlerde çalışanlardan daha yüksek ücret ödenmekteydi. Buna karşılık buralarda çalışan hekimlerin serbest çalışmaları yasaklanmıştı.

3.2.2.3. Saydam'ın Örgütlenme Politikası:

Refik Saydam dönemindeki örgütlenme biçimi kısaca "**dikey örgütlenme**" olarak belirtilebilir. Bu tür örgütlenmede, tek bir hastalıkla savaşan örgütler söz konusudur. Saydam, sıtma, trahom, frengi ve lepra hastalıklarıyla savaşmak üzere ayrı ayrı örgütler kurmuştur. Saydam, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde "**hükümet tabipliği**" birimlerini temel olarak kabul etmiştir. Bu sistemde il valisi, bütün bakanlıkların olduğu gibi Sağlık Bakanlığı'nın da o ildeki temsilcisidir. Ancak, il sağlık müdürü vali adına hizmetleri yürütür. İlçedeki sağlık hizmetlerinin sorumlusu ise kaymakamdır. Kaymakam adına işleri yürüten kişi hükümet tabibidir. Bu sistem, tümüyle, ülkemizdeki yönetsel bölünmeye (İl İdaresi Kanunu) paralel bir sistemdir.

Refik Saydam döneminde yaygın olan görüşe uygun olarak, koruyucu ve tedavi edici hekimlik hizmetlerinin birbirinden ayrı ele alınması ilkesi benimsenmiştir.

Bu dönemde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın esas görevinin koruyucu hekimlik olduğu kabul edilmiş ve örgütlenme buna göre yapılmıştır. Hasta tedavisi hizmetleri çok özel durumlar dışında belediye hizmetleri içinde sayılmış, evde veya ayakta tedavi hizmetlerinin muayenahanelerden yürütülmesi yoluna gidilmiş ve fakir hastaların belediye veya özel idarelerce ücretsiz muayene ve tedavisi bir sosyal yardım hizmeti olarak kabul edilmiştir. Birinci basamak tedavi edici hizmetler tamamıyla muayenahanelere bırakıldığından, bu düzeyde bir örgütlenme yoluna gidilmemiştir⁸⁹.

Sağlık Bakanlığı, 1926 yılında çıkarılan bir kanunla özel idare ve belediyelerde çalışan tüm sağlık personelin atama ve yükselmelerinin ve bütçelerinin sağlık harcamalarıyla ilgili bölümünün bakanlıkça hazırlanan bir yönetmeliğe göre düzenlenmesi konularında yetkili kılınmıştır. Böylece kamu sektöründe çalışan tüm sağlık personelinin yönetimi merkezde Sağlık Bakanlığı bünyesinde toplanmıştır⁹⁰.

Sağlık hizmetlerini köylere kadar, vatandaşın ayağına götürme amacıyla yapılan girişimlerden biri de “Seyyar Tabiplik” dir. Seyyar tabipler, finansmanı il özel idareler tarafından sağlanmak üzere devlet tarafından tayin edilirdi(Seyyar Tabiplerin Vazifeleri Hakkında Talimatname; Umumi Hıfzısıhha Kanunu 1930). Seyyar Tabiplik uygulamasının sıtma, frengi, trahom örgütlerinin kendi içlerinde de ayrıca yer aldığını hatırlatalım⁹¹. Cumhuriyetin ilk 15 yılında üretilen hizmetlerin en önemlileri arasında aşağıdakileri sayabiliriz;

—1930 tarihli 1593 sayılı “ Umumi Hıfzısıhha Kanunu” bu dönemde çıkan en önemli kanundur. Bu kanunda bulaşıcı hastalıklar, sıtma, verem, trahom ve zührevi hastalıklar ile çevre sağlığı hizmetleri için kişilerin yükümlülükleri ve sağlık teşkilatının yetkileri belirtilmiştir. Yine aynı dönemde çıkarılan “Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun” da hekimlik ve buna bağlı mesleklerin uygulanışını düzenlemektedir.

⁸⁹ “Dünden Bugüne Türkiye de Sağlık Hizmetleri”

<http://www.tibbiyelilercemiyeti.com/modules.php?name=News&file=article&sid=45> 9.11.2006

⁹⁰ AKTAN Coşkun Can, “Sağlık Bakanlığı Organizasyon Ve Yönetiminde Yaşanan Sorunlar Ve Mevcut Durum Analizi”, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/durum-analizi.pdf> 3.12.2006

⁹¹ AYDIN Erdem , Toplum Ve Hekim Derg. Temmuz-Ağustos 1997,Cilt 12,Sayı 80, s.25

- İhtiyaç duyulan kanun ve nizamnamelerin çıkarılması
- Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi'nin kurulması (aşı, serum, antijen üretimi, farmasötiklerin kontrolü vb.)
- Tıbbi İltımai Yardım İşlerinin organizasyonu
- Ankara, Erzurum, Diyarbakır, Sivas ve İstanbul'da (5 adet) Numune Hastanesinin açılması
- İstanbul, Manisa ve Elazığ'da (3 adet) Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi açılması -İstanbul ve İzmir'de (2 adet) Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklar Hastanesinin açılması
- Toplam 9 adet Doğum ve Çocuk Bakımevi açılması
- Toplam 170 adet muayene ve tedavi evi (5 yataklı) açılması
- 1937 yılı itibarıyla toplam 2566 yatak kapasitesi olan Hususi Hastanelerin (54 adet) hizmete girmesi⁹².

3.2.3. 1938 -1950 Dönemi

1937 ye kadar Refik Saydam'ın bakanlığı sürmüştü, bu tarihte Başbakanlık nedeniyle bakanlıktan ayrılan Saydam'ın yerine Dr. Hulusi Alataş getirilmiştir. İlk adımları 1923'le başlayan bulaşıcı hastalıklarla savaş, 1930 sonrası hem sistemli hale gelmiş, hem de ulusal bir politika özelliği almıştır. Bunda Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ve bu kanunun oluşma süreci çok etkili olmuştur⁹³. Bu dönem 2. Dünya savaşı dönemidir. 1930'larda başlayan sağlık hizmetlerindeki gelişme dönemi, savaş yılları ile birlikte kesintiye uğramış olsa da, müdahaleci-devletçi politikalara devam edilmiştir⁹⁴.Oldukça istikrarlı bir şekilde yürütülen Sağlık Bakanlığı, 1945 den sonra söz konusu istikrarını önemli ölçüde yitirmiş, Sağlık Bakanları sık sık değişir olmuştur.1945 de Bakanlıktan ayrılan Hulusi Alataş'ın yerine Sadi Konuk 1,5 yıl, Behçet Uz 1 yıl 10 ay, Kemal Beyazıt 1 yıl 9 ay, Nihat Reşat Belger 3 ay, Ekrem Hayri Üstündağ ise 3 yıl 7 ay bakanlık yapmışlardır⁹⁵.

⁹² SUR, GÜROL http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/627_1cumhuriyet_75yil_saglik.pdf
12.12.2006

⁹³ SOYER Ata ,” Türkiyenini İktisadi Ve Sosyal Tarihi Bağlamında Başlangıcından 1960 a Kadar Sağlık Hizmetleri Ve Sağlık Bakanlığı”, Toplum Ve Hekim, Kasım-Aralık 2001 Cilt. 16,Sayı. 6.,S. 420

⁹⁴ SOYER Ata,agm.S.422

⁹⁵ SOYER Ata,agm.Syf.426

1946 yılı Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz'dur. Savaş sonrası yeni şekillenen dünyanın, ülkemize etkileri sağlık alanında da yaşanmıştır.1946'da ilk olarak **Yüksek Sağlık Şurası** toplandı ve 10 yıllık milli sağlık planını kabul etti. Bu plan, koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, kırsal yörelerin sağlık teşkilatına kavuşturulması, sağlık teşkilatının yeniden düzenlenerek, yeterli personele ulaştırılmasını kapsıyordu⁹⁶. 2.Dünya Savaşı sonrası Batı da oluşan "sağlık sorunlarına acil çözüm bulma " girişimi, bizde bu planda vücut bulmuştur⁹⁷.

Planın önemli hedefleri şunlardır;

- Koruyucu sağlık hizmeti için gerekli örgütü kurmak ve geliştirmek,
- Köylük bölgeleri sağlık örgütüne kavuşturmak,
- Sağlık personelinin günün ihtiyaçlarına göre yetiştirmek,
- Mevcut hastane ve diğer sağlık kuruluşlarını ilmin ve zamanın icaplarına göre iyileştirmek⁹⁸.
- Bütün illeri kapsamak üzere, gerekli bölgelerde personel ve örgüt bakımından tam teşekküllü sağlık tesislerini kurmak
- Bu işleri en verimli şekilde gerçekleştirmek içinde, Milli Sağlık Sigortası Kurumu ve Sağlık Sandıkları kurmak.

Türkiye Büyük Millet Meclisi üyelerine ilk tanıtıldığında övgüyle karşılanan Milli Sağlık Planı üzerinden bir yıl geçmeden hayali olduğu gerekçesiyle eleştiriler almaya başlamıştır. Yasalaşma ve uygulama alanı bulamayan bu plan, Dr. Behçet Uz' dan sonra gelen bakanlar tarafından da uygulanmamıştır⁹⁹. Bu dönemde ayrıca; "Koruyucu Sağlık Hizmetleri"ni yürütecek hizmet birimlerinin sağlık merkezi olması kararlaştırılmış ve her yirmi köy için bir sağlık merkezi açılması öngörülmüştür¹⁰⁰. Savaş ortamında kesintiye uğrayan bulaşıcı hastalıklarla mücadele, yeniden ele

⁹⁶ "Sağlıkta Dev Adımlar" 29.Ekim 1998, Haber <http://arsiv.hurriyetim.com.tr/fix98/75yil/25ekl.htm> 15.1.2007

⁹⁷ SOYER Ata ,agm.S.425

⁹⁸ SUR, GÜROL http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/627_1cumhuriyet_75yil_saglik.pdf 12.12.2006

⁹⁹ AYDIN Erdem , "Türkiye de Taşra Ve Kırsal Kesim Hizmetleri Örgütlenmesi Tarihi", Toplum ve Hekim, c.12, Sayı80, Türk Tabipler Birliği Yay., İstanbul 1997, s.32

¹⁰⁰ SUR, GÜROL http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/627_1cumhuriyet_75yil_saglik.pdf 3.1.2007

alınmaya başlanmıştır¹⁰¹. Bu dönemde, sağlık hizmetlerindeki diğer önemli değişiklikler aşağıdaki gibidir;

— Bu dönemde sıtma, tifüs ve çiçek salgınları olmuş ve 1945 yılında “**Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu**” çıkartılmıştır.

— Türkiye’de verem savaşı hizmetleri 1949 yılına kadar “Verem Savaş Dernekleri” tarafından yürütülmekte iken, bu tarihten başlayarak kentlerde dernekler, kırsal bölgelerde Sağlık Bakanlığı tarafından verilmeye başlanmıştır. Bu hizmetler 1960 yılında **Verem Savaş Genel Müdürlüğü**’ nün kurulması ile tümüyle Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmeye başlanmıştır¹⁰².

— Bu dönemde diğer en önemli olay da **1945’de İşçi Sigortaları Kurumunun** kurulmasıdır. Bu kanunla Kurum, sigortalı işçiler için sağlık örgütü kurma, işletme ve sağlık personeli alma yetkisi almıştır. Bu hüküm 1952’de uygulanmaya başlanmıştır¹⁰³.

3.2.4. 1950–1960 Demokrat Parti Dönemi:

Dr. Behçet Uz 1954 yılında ikinci kez Sağlık Bakanı olur ve bıraktığı yerden, tekrar yeni bir sağlık planını yaşama geçirme gayretine girer. Böylelikle “Milli Sağlık Programı” adı ile taşra-kırsal kesime yönelik bir program ortaya çıkar¹⁰⁴. Ancak bu program hedefleri konusunda 1946 Planına göre sınırlı bir amaç taşımaktadır. Programın içeriği incelendiğinde tüm sağlık hizmetlerini kapsamak yerine, sağlık merkezleri yoluyla taşra-kırsal kesim sağlık hizmetlerini örgütlemeyi amaçladığı görülür¹⁰⁵. Dr. Behçet Uz, ülkede 7 tıp fakültesi kurulmasını, her fakülte bünyesinde, hastanenin besin ihtiyacını karşılamak üzere bir çiftlik, sağlık personeli yetiştirilmek üzere bir yetimhane ve Türkiye’deki sağlık hizmetlerini finanse etmek üzere bir “Sağlık Bankası” düşünmüştür¹⁰⁶.

¹⁰¹ SOYER Ata, agm, s.426

¹⁰² <http://www.tibbiyelilercemiyeti.com/modules.php?name=News&file=article&sid=45> 9.11.2006

¹⁰³ METİN Bekir , “Türkiye’nin sağlık sorunları, Cumhuriyet Döneminde Sağlık Reformları” <http://195.142.135.65/who/bulten/turk/bul7turksorunlar.htm> 3.10.2006

¹⁰⁴ Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etüdler (20.12.1954).Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Neşriyatı No:177.Ankara 1954; s.3-59

¹⁰⁵ AYDIN Erdem, Türkiyede Taşra ve Kırsal Kesim Sağlık Hizmetleri Örgütlenmesi Tarihi”, Toplum Ve Hekim Derg. Temmuz-Ağustos 1997,Cilt 12,Sayı 80 Syf.34

¹⁰⁶ “Dünden Bugüne Türkiye de Sağlık Hizmetleri” <http://www.tibbiyelilercemiyeti.com/modules.php?name=News&file=article&sid=45> 9.11.2006

Bilindiği gibi bu programın da, önceki gibi yasalaşma ve uygulanma fırsatı olmaz. Böylelikle bütçe kaynaklarıyla, devlet olanakları ölçüsünde sağlık merkezlerinin çoğaltılması politikasına devam edilir¹⁰⁷. Demokrat Parti Hükümetleri zamanında sağlık politikasındaki diğer önemli değişiklikler şunlardır;

— Yerel İdarelere bağlı olan hastaneler Sağlık Bakanlığına devredilmiş ve genel bütçeden finanse edilmesi ilkesi kabul edilmiştir.

— Genel Sağlık Sigortası kurulması için çalışmalar başlatılmıştır. Uzun çalışmalar sonunda bunun ülke düzeyinde uygulanmasının mümkün olmayacağına, ücret karşılığı çalışan işçiler için bir sağlık sigortası geliştirilebileceğine karar verilmiştir. Bu amaçla İşçi Sigorta Kurumuna işçilere sağlık sigortası hizmeti sunması görevi verilmiştir. Bu sigorta sisteminin kurulmasında Avrupa'daki sigorta örgütlerinin uygulamasından farklı olarak, sigorta kurumunun kendi sağlık örgütünü kurması esası kabul edilmiştir¹⁰⁸.

—Bu dönemin bir başka özelliği de, sağlık alanında uluslararası ilişkilerin önemli bir yer tutmaya başlaması, daha doğrusu sağlıkta bazı alanlarda uluslararası kuruluşların yönlendirmesinin öne çıkması olmuştur. 1952 yılında DSÖ Ve UNİCEF ile olan ilişkilerin gelişmesi ile paralel olarak, Sağlık Bakanlığı bünyesinde Ana Ve Çocuk Sağlığı Örgütü kurulmuştur. Bundan sonra, bu alandaki faaliyetler, DSÖ ile birlikte projeler şeklinde ele alınmıştır¹⁰⁹.

—Bu dönemde Türkiye'de sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için Sağlık Bakanlığına önemli önerilerde bulunmak üzere çağrılan yabancı uzmanlar tarafından çeşitli öneriler yapılmıştır. Bunlar arasında en önemlisi Dr. Olle'nin raporudur. Bu raporda söz edilen birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine gereken önem verilmemiştir¹¹⁰.

Ayrıca; 1950 – 1960 yılları arasında, daha önce Dr. Refik Saydam tarafından konulan ilkeden vazgeçilerek, yataklı tedavi hizmetlerinin de Sağlık Bakanlığının sorumluluğu olduğu ilkesi benimsenmiş ve Bakanlık il ve bazı ilçelerde **devlet hastaneleri** açmaya başlamıştır. Bu arada belediye hastanelerinin önemli bir

¹⁰⁷ AYDIN Erdem, a.g.m. s.36

¹⁰⁸ Nusret Fişekin Kitaplaşmamış Yazıları, http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/13.html 17.11.2006

¹⁰⁹ SOYER Ata ,agm,s.428

¹¹⁰ Nusret Fişek in Kitaplaşmamış Yazıları,http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/13.html 17.11.2006

bölümü Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Uzmanlar, pratisyen hekimlere kıyasla daha fazla ücret almaya başlamıştır. Hastanecilik hizmetlerine verilen önem ve öncelik sonucunda, koruyucu hizmetlerde ve kırsal kesimde çalışan pratisyen hekimler daha cazip olan kentlerdeki hastanelere akmıştır. Bu arada uzman hekim oranı artmaya başlamış, bu durum koruyucu hizmetlerin aleyhine bir gelişme olmuştur. Öte yandan, 1956 yılında **sağlık merkezi** adı altında küçük hastaneler kurulmuştur. Ancak, bunlar Dr. Uz tarafından planlanan sağlık merkezlerine benzememektedir¹¹¹.

3.2.5. 1960 Anayasası:

27 Mayıs 1960 askeri müdahalesinden 15 Ekim 1961'de sivil iktidarın işbaşına gelmesine kadar geçen ara dönem 1961 Anayasası'nın hazırlık dönemi olmuştur¹¹². 27 Mayıs ihtilali ile ülke yönetimine el koyan askerî güç, yeni bir anayasa yapmak için "Kurucu Meclis" oluşturmuş, bir yıl içinde hazırlanan yeni anayasa, 9 Temmuz 1961'de halkoyuna sunulmuştur. Seçmenlerin yüzde 81'inin katıldığı oylamada, yeni anayasa yüzde 61,5 "Evet" oyu ile kabul edilmiş, böylece Türk tarihinde, ilk kez bir kurucu meclis anayasa hazırlamış ve bu anayasa halkoyu ile kabul edilmiştir¹¹³. 1961 Anayasası, bireye ve bireysel özgürlüklere ağırlık veren, bireyi devlet karşısında koruyan bir yapı getirmiştir¹¹⁴.

1961 Anayasası'nın getirdiği yeniliklerden, "**Sosyal Devlet**" kavramı konumuzla doğrudan ilgilidir. Sosyal devlet kavramı ve anlayışı temel alınarak yapılan yeni düzenlemeler, uzun yıllar temel sağlık politikalarına yön vermiştir. 1961 Anayasası, Türk sağlık politikası açısından bir dönüm noktası olarak değerlendirilebilir. Bireysel hak ve özgürlüklere ağırlık vermesi ve bireyi korumanın doğal uzantısı olan sosyal sektörlerle ilgili düzenlemelerin anayasada yer alması, 1961 Anayasası'nın temel özelliklerinden biridir¹¹⁵.

¹¹¹ "Dünden Bugüne Türkiye de Sağlık Hizmetleri"

<http://www.tibbiyelilercemiyeti.com/modules.php?name=News&file=article&sid=45> 9.11.2006

¹¹² Başbakanlık Basın-Yayın ve Enformasyon Genel Müdürlüğü, Türkiye ,Ankara,Şubat 1993, s. 24.

¹¹³ "1961 Anayasası" <http://www.tbmm.gov.tr/tarihce/kb11.htm> 10.11.2006

¹¹⁴ GÖZÜBÜYÜK Şeref , "Anayasa Hukuku",4.Bası, Turhan Kitabevi, Ankara, Ocak 1993, s. 145.

¹¹⁵ TATAR Mehtap, TATAR Fahreddin, "Yerel Yönetimler ve Sağlık", Ankara, Aralık 1998.s.35

1961 Anayasasının 48. ve 49. maddeleri sosyal güvenlik ve sağlık haklarını şu şekilde düzenlemiştir: “Herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Bu hakkı sağlamak için sosyal sigortalar ve sosyal yardım teşkilatı kurmak ve kurdurmak Devletin ödevlerindendir.”(m.48) “Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık koşullarına uygun konut gereksinimlerini karşılayıcı önlemler alır. ”(m.49) 1961 Anayasası’nda yer alan bu maddeler, sosyal devletin doğal sonuçlarının en üst yasal düzenlemede yer bulması açısından da önemlidir. Madde gerekçelerini incelediğimizde, 1961 Anayasası ile getirilmek istenen anlayışın, dünya ve ülke koşullarına uygunluğu ve daha sonra yapılacak olan yasal düzenlemelere dayanak olması bakımından da önem taşıdığı görölür. 49. maddenin gerekçesini aynen aktarmak, ilgili dönemin konuya bakışını net olarak ortaya koymak açısından oldukça yararlı olacaktır: “Liberal devlet anlayışı içinde dahi, devletin sağlık işleri ile ilgilenmesi genel olarak kabul edilmektedir. Ancak zamanımızın refah devleti anlayışında (iktisaden zayıf halk tabakalarının hayatları için en zaruri olan hakları fiilen sağlayan devlet) ferdin sağlığını, gerek doğrudan gerek özel teşebbüs ve mahalli idarelerle işbirliği yaparak temin etmek devletin başta gelen görevleri arasında yer almaktadır. Sağlığın baş şartı olan barınma ihtiyacı da bu hakla doğrudan doğruya ilgilidir. Bundan ötürü sosyal devlet herkese barınacak bir yer sağlamanın çarelerini arayıp bulmak ve gerçekteşirmek zorundadır. Hastalık ve ölümle karşı karşıya kaldığı halde mali imkânsızlıktan dolayı sıhhi yardımdan yoksun kalan kimseler için klasik hürriyetler arasında yer alan hayat ve vücut bütünlüğünü muhafaza hakkı bir istihza teşkil eder. İnsan gibi barınmanın asgari imkânlarına sahip olmayan kimseler için mesken dokunulmazlığı hatta mülk edinme hakkı kâğıt üstünde duran boş laflardan daha fazla bir değere sahip olamaz. İşte bunun içindir ki, devletin sıhhi bakım ve mesken sağlama görevi, hem insan hakları evrensel beyannamesinde ve hem de bazı anayasalarda ayrıca belirtilmiştir”¹¹⁶. Gerekçe metni, liberal devletten refah devletine geçiş sürecinde anlayış değişiklerinin ne olması gerektiğini öz olarak ifade etmektedir. Sosyal devletin öğeleri; ulusal geliri arttırarak, bu gelirin adaletli dağılımını sağlamak, özgürlüklerin gerçekteşmesi için maddi olanaklar sunmak ve bireyleri sosyal güvenliğe kavuřturmaktır¹¹⁷. Refah devletine giden süreçte, sosyal devletin tüm

¹¹⁶ ÖZER Atilla , “Gerekçeli ve 1961 Anayasasıyla Mukayeseli 1982 Anayasası”, Bilim Yayınları, Ankara, 1984, s. 254.

¹¹⁷ GÖZÜBÜYÜK A.şeref , “Anayasa Hukuku”, Turhan Kitabevi, 4. Basım, Ankara 1986, s. 142- 143.

öğelerini gerçekleştirmenin bir gereklilik olduğunu göz önüne alırsak, bu süreçte sosyal devletin, sağlıklı yaşam konusunda nasıl bir tavır alması gerektiği de madde gerekçelerinden anlaşılmaktadır¹¹⁸.

3.3. Türk Kamu Yönetiminde Planlı Dönemde Yapılan Çalışmalar:

Devlet Planlama Teşkilatı, 30.9.1960 tarihinde kabul edilen 91 sayılı kanunla Başbakanlığa bağlı bir teşkilat olarak kurulmuştur¹¹⁹.

1961 Anayasasının kalkınma ve Devlet Planlama Teşkilatı ile ilgili 129. maddesinde “İktisadi, sosyal ve kültürel kalkınma plana bağlanır, kalkınma bu plana göre gerçekleştirilir.” esasına yer verilmiştir. Bu suretle Anayasa, iktisadi, sosyal ve kültürel alanlardaki gelişimi kalkınma planı ilkesine bağlamıştır¹²⁰. Kalkınma Planlarında temel ilke olarak, tüm ülkeyi kapsayan milli plan anlayışı esas alınmıştır. Kalkınma planları, TBMM’nin kabulü ve Cumhurbaşkanının onayına müteakip yürürlüğe girmektedir¹²¹.

Kamu yönetiminde Planlı dönemde, idari reform konusunda yapılan çalışmalarda bir yöntem değişikliği gözlenmektedir. Bu dönemde belli uzmanlara rapor hazırlatılması yanı sıra daha kurumsal bir yaklaşım izlendiği, Devlet Planlama Teşkilatı, Devlet Personel Başkanlığı ve TODAİE’NİN reform konusunda çalışmalarda bulunduğu gözlenmektedir. Bu dönemde yapılan çalışmaların ilki ve en kapsamlısı Merkezi Hükümet Teşkilatı Araştırma Projesi (MEHTAP) dir. Geniş bir uzman kadrosu tarafından 1962 yılında başlatılan proje 1963 yılında bitirilmiştir. Proje merkezi hükümet teşkilatının yeniden düzenlenmesi ile ilgili tüm sorunları kapsamına almış; taşra kuruluşlarını, mahalli idareleri ve kamu iktisadi teşebbüslerini kapsam dışı bırakmıştır. Bu kuruluşlarla ilgili araştırmalar daha sonra 1964–1966 yılları arasında yapılmıştır. MEHTAP projesi sürdürülürken, 1962 yılında, Devlet Personel Başkanlığı tarafından devlet personelinin sorunları, statüleri ve yetiştirilmeleri ile ilgili bir rapor da hazırlanmıştır. Diğer yandan 1972 ve 1982

¹¹⁸ EREN Nevzat, “Sağlık Hizmetlerinde Yönetim”, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara 1985, s. 116.

¹¹⁹ “Türkiye de Bölge Planlamasının Evreleri”, Milli Güvenlik Sekreterliği Yay., Ankara 1993, s.79

¹²⁰ GİRAY Filiz, “Sağlık Hizmetleri ve Türkiye deki Durum (IV. Ve V. Beş yıllık Kalkınma Planı Dönemleri), Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Bursa 1989, s.78

¹²¹ “Türkiye de Bölge Planlamasının Evreleri”, Milli Güvenlik Sekreterliği Yay. Ankara 1993, s.80

yıllarında da Kamu Yönetiminin bütününe yönelik iki çalışma daha yapılmış ve raporları yayınlanmıştır. Reform çalışmalarında en son ve en kapsamlı örnek 1988 yılında DPT tarafından TODAİE'DEN (Türkiye Ortadoğu Amme İdaresi) istenen Kamu Yönetimi Araştırma **(KAYA)** Projesidir. KAYA Projesinin amacı;

“Kamu hizmeti gören merkezi yönetimin merkez ve taşra örgütü ile yerel yönetimleri, süratli, ekonomik, verimli ve nitelikli hizmet görecek bir düzene kavuşturmak ve böyle bir düzen içinde iş görmelerini sağlamak için; kamu kuruluşlarının amaçlarında, görevlerinde, görevlerinin bölünüşünde, örgüt yapılarında, personel sisteminde, kaynaklarında ve bunların kullanılış biçimlerinde, yöntemlerinde, mevzuatında, iletişim ve halkla ilişkiler sisteminde var olan aksaklıkları, bozuklukları ve eksiklikleri saptamak ve bu konularda yapılması gerekenleri önermek” olarak belirlenmiştir. KİT'ler ve Milli Savunma, araştırma kapsamının dışında tutulmuştur¹²².

3.4. Türkiye’de Sağlık Örgütlenmesinde Planlı Dönemde Yapılan Çalışmalar (Birinci Dalga Sağlık Reformları, 1960–1980)

Planlı kalkınma döneminin başlamasıyla birlikte; hazırlanan Birinci Beş Yıllık kalkınma Planı; kalkınmayı, demokratik bir düzen içinde ve karma ekonominin olanakları ile gerçekleştirmeyi amaçlamıştır¹²³. 1963–1967 yıllarını kapsayan Birinci beş Yıllık Kalkınma Planında, sağlık, kamu hizmetleri arasında ele alınıp düzenlenmiştir¹²⁴. Birinci beş yıllık kalkınma planında sağlık politikası şöyle tanımlanmıştır;

“Sağlık programında ana ilke halkın sağlık seviyesini yükseltmektir. Bu amaçla koruyucu hekimlik hizmetlerinin geliştirilmesine öncelik verilecektir. Tedavi hekimliği hizmetleri ise koruyucu hekimlik çalışmalarını tamamlayan bir unsur olarak ve bu ölçüde ele alınacaktır.” Bu politikanın uygulanması için alınacak tedbirler

¹²² Kamu Yönetiminin İyileştirilmesi Ve Yeniden Yapılandırılması Özel İhtisas Komisyonu Raporu Ankara 2000 Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı <http://ekutup.dpt.gov.tr/kamuyone/oik527.pdf>-18.10.2006

¹²³ SEZEN Seriya, “Devletçilikten Özelleştirmeye Türkiye’de Planlama”, TODAİE, Yayın No:293, Ankara, 1999, s.188

¹²⁴ Kalkınma Planı (Birinci beş Yıllık) 1963–1967, s.406

içinde en şümüllü olanı da şudur: “Sağlık hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ile ilgili kanunun uygulanması için her çeşit tedbirler alınacaktır”¹²⁵.

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlık meselelerinin çözümlenmesi için yürütülecek programlar aşağıda gösterilmiştir;

- Personel yetiştirme programı
- Sağlık hizmetlerinin görülmesi ile ilgili program
- Bulaşıcı hastalıklarla savaş programı
- Ana-Çocuk sağlığı programı
- Sağlık laboratuvarları programları
- İşçi sağlığı programı
- Depo bakım ve onarım işleri programı
- Yataklı tedavi kurumları programı ¹²⁶

Sağlık Bakanlığı Merkez teşkilatı bütün bu programları tek elden yürütecek biçimde örgütlenecektir. Bunun yanında teşkilatlanma ile ilgili bazı tedbirler de öngörülmüştür. Bunlar; sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesi, yetkinin alt basamaklara kadar yayılması, sağlık personelinin dengeli dağılımı, sosyalleştirmeye ilişkin kanunun uygulanmasıdır. Bunun yanında yerli ilaç sanayi teşvik edilecek, ilaç ruhsatlarının kötüye kullanılması önlenecek, fiyat konusunda sağlık bakanlığına denetleme yetkisi tanınacak, sağlık sigortası kurulabilmesi için gerekli çalışmalara başlanacaktır¹²⁷. Ayrıca; 1963–1980 yılları arasında yayınlanan beş yıllık kalkınma planlarında;

- Öncelikli hizmetlere özel önem verilmesi
- Halk sağlığı hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından planlanması,
- Sağlık çalışanlarının ülke geneline dengeli dağılımının sağlanması,
- Topluma yönelik sağlık hizmetlerinin desteklenmesi,
- Genel sağlık sigortasının kurulması,
- Ulusal ilaç endüstrisinin kurulması ve desteklenmesi, şeklinde sıralayabileceğimiz bazı hedefler ön plana çıkmaktadır. Bu hedeflere tam anlamı ile ulaşılabilirdiğini iddia etmek güç olmakla birlikte, önemli gelişmeler yaşandığı da bir gerçektir. Halk sağlığı

¹²⁵ Kalkınma Planı (Birinci beş Yıllık) 1963–1967, s.409

¹²⁶ Kalkınma Planı (Birinci beş Yıllık) 1963–1967, s.409

¹²⁷ “Kalkınma Planlarında Sağlık Hakkı

http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/241_4kalkinma_planlarinda_saglik_hakki.pdf 10.11.2006

hizmetleri alanında önemli gelişmeler yaşanmış, bu hizmetlere ulaşılabilirlik belirli ölçülerde arttırılabilmektedir. Ancak, sağlık hizmetlerindeki finansman sorununa çözüm olarak düşünülen sağlık sigorta sistemi konusunda başarı sağlanamamıştır¹²⁸.

1.Kalkınma planından 4.Kalkınma Planına kadar Sosyalleştirme programının tamamlanması hedeflenmiş ve planlarda yer almıştır. Çünkü bu kanun bir örgütlenme ve ilkeler kanunudur¹²⁹. Fakat sosyalleştirme programı, planlarda öngörüldüğü şekilde gelişme göstermemiştir. Yıllarca sözü edilecek olan Genel Sağlık Sigortası kavramı üzerindeki tartışmalar da, bu yıllarda başlatılmıştır. İlk olarak Genel Sağlık Sigortası yasa taslağı 1967 yılında hazırlanmış, ancak bakanlar kuruluna sevk edilememiştir. 1969 yılında 2. Beş Yıllık Kalkınma Planında Genel Sağlık Sigortası kurulması öngörülmüş, 1971 yılında Genel Sağlık Sigortası tasarısı TBMM'ye sunulmuş, ancak kabul edilememiştir. Tasarı 1974 yılında TBMM'ye yeniden sunulmuş, ancak görüşülememiştir¹³⁰.

3.4.1. Sağlık Hizmetlerinde Sosyalleştirme Uygulaması:

Türkiye de ilk sağlık reform dalgası "Sosyalleştirme Kanunu" ile başlamıştır denilebilir.²²⁴ Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun 27 Mayıs 1960 askeri müdahalesinin belirlediği ortamda kabul edilerek yürürlüğe girmiştir. O dönemde yönetim erkini elinde toplamış olan Milli Birlik Komitesi (MBK) tarafından, Komite'nin görev süresinin son günü olan 5 Ocak 1961 tarihinde kabul edilmiş ve 12 Ocak 1961 tarihinde resmi gazetede yayımlanmıştır¹³¹. Türkiye de ilk sağlık reform dalgası sosyalleştirme kanunu ile başlamıştır denilebilir. Kanun taslağı, MBK'nin Sosyal İşler Komisyonu Başkanlığı'nı sırayla yürütmüş olan Sami Küçük, Muzaffer Özdağ ile MBK üyesi Suphi Gürsoytrak'ın istekleri üzerine dönemin Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Dr. Nusret Fişek tarafından hazırlanmıştır.

¹²⁸ ŞENER Olgun , "Türkiye'de 1980 Sonrası Sağlık Politikaları", Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Haziran 2005 s.45

¹²⁹ Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/13.html 17.11.2006

¹³⁰ "Sağlıkta dönüşüm Programı", s.11 http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/1223_03.pdf 12.1.2007

¹³¹ "10 Soruda 224 Sayılı sağlık hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" <http://www.istabip.org.tr/guncel/224.asp> 19.11.2006

Sosyal devlet kavramı temel alınarak oluşturulan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi modeli, 1961 Anayasası ile etkin olan genel anlayışın, sağlık alanındaki yansımaları ortaya koyan en önemli göstergedir. Sağlık hizmetlerini sosyalleştirme modeli, 1961 yılında hazırlanmış ve 1983 yılının sonuna değin ülkenin tamamı bu hizmet kapsamına alınmıştır¹³². Yasa tasarısı 1961’de kabul edildikten sonra, sosyalleştirme harcamaları ilk kez 1962 yılı bütçesine girmiştir. Uygulama planının orijinalinde Sosyalleştirmenin Edirne, Çankırı ve Muş’ta aynı anda uygulamaya konulması düşüncesi varken, bütçe tartışmalarında gündeme getirilen “olanakların kısıtlılığı” gerekçesi nedeniyle, gerekenin üçte biri kadar bir parayla 1963’te yalnızca Muş’ta başlatılabilmektedir. İzleyen yıllarda da aynı bölgedeki diğer illere yaygınlaştırılmıştır. Kanunun Geçici 1. Maddesi’nde sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinin hazırlıklarına 1962’de başlanacağı belirtilmiştir. Yine aynı geçici maddede, sosyalleştirmenin, kılavuz bölgelerde elde edilen sonuçların göz önüne alınmasıyla 1964’ten itibaren kademeli olarak bütün yurda yaygınlaştırılacağı belirtilmiştir. 20. Madde’de yasanın yayınlanmasını izleyen en geç 15 yıl içinde (1976’ya kadar) yaygınlaştırmanın tamamlanacağından söz edilmiştir. Daha sonra, hedefler tutturulamayınca, 1969 yılındaki bir yasal değişiklik ile Türkiye’nin tamamının sosyalleştirme kapsamına alınması 1982 yılına ertelenmiş, bu ise 1983 yılında sağlanmıştır. Sosyalleştirme kapsamındaki il sayısı 1964’te 6 (Muş’a ek Ağrı, Bitlis, Hakkâri, Kars, Van), 1965 ve 1966’da 12 (ilk 6 ile ek Diyarbakır, Erzincan, Erzurum, Mardin, Siirt, Urfa), 1967’de 17 (daha önceki 12 ile ek Adıyaman, Bingöl, Elazığ, Malatya, Tunceli)’dir. Böylece 1967 sonuna kadar Doğu illeri sosyalleştirme kapsamına alınmıştır. Sosyalleştirilmiş il sayısının 1968’de 22, 1969’da 24 ve 1970 yılında da 25 olduğu görülmektedir. 1981 yılı sonunda toplam 45 il ve toplam nüfusun %53,2’si sosyalleştirilmiştir. 1983 yılında hiçbir altyapısal hazırlık gerçekleştirilmeden geriye kalan illerinde sosyalleştirme kapsamına alındığı ilan edilmiştir¹³³. 1961 Anayasası’ndaki sağlıkla ilgili hükümlerin yaşama geçirilmesi amacı ile hazırlanan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun içeriği ve hedefleri yönünden bir sağlık reformudur¹³⁴.

¹³² EREN Nevzat , “Sağlık Hizmetlerinde Yönetim”, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara 1985, s. 116.

¹³³ “10 Soruda 224 Sayılı sağlık hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”
<http://www.istabip.org.tr/guncel/224.asp> 19.11.2006

¹³⁴ ŞENER Olgun, a.g.t, 2005,S.48

3.4.1.1. Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetlerini Hazırlayan Gereçekler:

1960 yılına gelindiğinde ülke nüfusunun üçte ikisi kırsal alanda yaşamaktaydı ve en temel sağlık hizmetlerinden yoksundu. Ülke de sıtma, trahom ve tüberküloz dışında kırsal alana götürülen sağlık hizmeti bulunmamaktaydı. Tüberküloz hala ciddi kayıplara yol açıyor; anne ölüm hızı %05.2, bebek ölüm hızı %0165 olarak saptanıyordu; personel ve sağlık kuruluşları hem yetersiz hem de dengesiz dağılmıştı, bu nedenle de büyük kentlere hasta akışı oluyordu¹³⁵. Kent merkezlerinde yoğunlaşmış olan hastaneler, yoğun hasta müracaatlarına cevap veremiyordu. Yatak işgal oranları düşük olduğu halde, poliklinikleri kalabalıktı. Bağışıklama, aile planlaması gibi ülkenin öncelikli sağlık hizmetlerini yürütmesi gereken kuruluşlar yoktu. Özellikle kırsal yerlerdeki halk, sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamıyordu. Hizmetlerin sunuluşunda, kentlerde yaşayanların lehine bir adaletsizlik söz konusuydu. Hükümet tabiplikleri geliştirilememişti. Bu model, koruyucu hizmetleri gerektiği gibi yürütemiyordu. Buralarda, sağlık ekibi kavramı yerleştirilememişti. Zaman içinde, hükümet tabiplerinin hemen bütün işlevleri adli hekimlik ve bazı aşıların okullarda yapılmasına indirgenmişti. Bu manzara, çağdaş sağlık örgütlenmesi ilkelerine uymuyordu. Bu modelle, halkın sağlık düzeyini daha hızlı biçimde yükseltmek mümkün görünmüyordu.

İşte, 1961 yılında çıkartılan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun, bu durumu düzeltmek, sağlık örgütlenmesi ve hizmetlerin verilisindeki aksaklıkları giderebilmek için çıkartılmıştır. Söz konusu kanun, yalnızca sağlık hizmetlerini örgütleyen bir kanun değildir. Bu kanun, Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin genelini düzenleyen bir ilkeler kanunudur. Bu kanunda yer alan ilkelerin hemen hepsi, kabulünden 17 yıl sonra, 1978 yılında Alma-Ata'da toplanan Temel Sağlık Hizmetleri Konferansında bütün ülkeler tarafından benimsenmiştir¹³⁶.

¹³⁵ ÖZTÜRK Y.,1997, AĞRIDAĞ G. "Sağlık Hizmetlerini Sosyalleştiren 224 Sayılı Kanunun Günümüzdeki Uygulanışı ve Sorunları", 224 Sayılı Yasa da Dün-Bugün-Yarın,Ankara Tabip Odası Yayını:s.76-82

¹³⁶"Dünden Bugüne Türkiye de Sağlık Hizmetleri"<http://www.tibbiyelilercemiyeti.com/modules.php?name=News&file=article&sid=45> 9.11.2006

3.4.1.2. Alma-Ata Bildirgesi:

1973–1977 yılları sağlık hizmetlerinin ve sağlık düzeyinin yoğun olarak tartışıldığı yıllar olmuştur. Bu dönemde hazırlatılan raporlarda ve yapılan tartışmalarda, hem gelişmekte, hem de gelişmiş ülkelerde sağlığa ilişkin göstergelerin iç açıcı olmadığı vurgulanmıştır. Birçok ülkede sağlık hizmetlerindeki gelişme, gerek nicelik, gerekse nitelik olarak toplumun gelişmişliğine uymamaktadır. Toplumlar ülkelerindeki sağlık hizmetlerinden memnun değildir. Bu hem gelişmiş, hem de gelişmekte olan ülkeler için geçerlidir. DSÖ, bu durumun hızla iyileştirilmesi için bir dizi kararlar almıştır; Bu kararlardan ilki, **HEDEF** belirlemesidir. DSÖ' nün 1977 yılında toplanan 30'uncu Genel Kurulu'nda (Asamble) kararlaştırılan hedef **"Herkese Sağlık"** dır.

Bundan bir yıl sonra, 6–12 Eylül 1978'de, Kazakistan Cumhuriyeti'nin o zamanki başkenti Alma-Ata'da (bu kentin adı "Almaty" olarak değiştirilmiştir) toplanan "Temel Sağlık Hizmetleri" Konferansı'nda bu hedefe varmak için izlenecek **İLKELER** kararlaştırılmıştır. Alma-Ata Konferansı olarak bilinen toplantı, sağlık hizmetlerini geliştirmek ve dünyadaki bütün insanların sağlık düzeylerini iyileştirmek için düşünülen çözüm önerilerinin tartışıldığı, Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNİCEF)nun düzenlediği bir toplantıdır. Bu toplantı sonunda yayınlanan bildiri de, bir öneriler paketidir. Ancak, 134 ülke ve 67 uluslararası örgüt temsilcisinin imzaladığı bir bildiri, yalnızca bir öneriler listesi olarak kabul edilemez. Alma-Ata Bildirisinin asıl önemi, **Temel Sağlık Hizmetleri** kavramı ve uygulamaları konusunda, hemen hemen bütün dünya ülkelerince imzalanmış bir "uluslararası sağlık sözleşmesi" oluşudur. Bu metni imzalamak suretiyle her ülke, kendisinin TSH görüşünü benimsediğini ve diğer bütün ülkelere önerdiğini ilan etmiştir. Alma-Ata Konferansına, 70 ülke sağlık, 40 ülke ise maliye, eğitim ya da tarım bakanları ile katılmıştır. Toplantıda Türkiye'yi zamanın Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı başkanlığında bir heyet temsil etmiştir. Dolayısıyla Türkiye, toplantı sonunda yayınlanan bildiriye uyacağını bir hükümet üyesinin ağzından, 134 ülke ve 67 uluslararası örgüt temsilcisinin huzurunda taahhüt (garanti) etmiştir. Bu taahhüt'ümüzün ne olduğunu bilmek ve **Temel Sağlık Hizmetleri** görüşünün altında yatan felsefeyi iyi kavramak gerekir¹³⁷.

¹³⁷ ÖZTEK Zafer, "Temel Sağlık Hizmetleri,<http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D3/7/3033.do>
c 15.1.2007

3.4.1.3. Temel Sağlık Hizmetleri Kavramı:

Alma-Ata Bildirisinde verilen tanıma göre Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) ;

—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, İnsanların yaşadığı ve çalıştığı yerlerin olabildiğince yakınında ve ilk başvuru yeri olan, sağlık hizmeti zincirinin birinci halkasını oluşturur¹³⁸.

Yukarıdaki tanımı daha iyi yorumlayabilmek için TSH'nin dört yönünü bilmek gerekir:

1. TSH, sağlık hizmetlerinin genelini ilgilendiren bir görüştür;
2. TSH, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde anahtardır;
3. TSH, sağlık hizmetlerinin ilk basamağıdır;
4. TSH, bir faaliyetler grubudur.

TABLO: 3.2. Geleneksel Tıbbi Bakım Anlayışı İle TSH Anlayışı Arasındaki Başlıca Farklar ¹³⁹:

Geleneksel	TSH
Hastalıkların tedavisi	Sağlığın korunması ve geliştirilmesi
Hastaya hizmet	Herkese sürekli hizmet
Belirli sorunlara ağırlık	Geniş boyutlu sağlık anlayışı
Hekim ağırlıklı hizmet	Ekip anlayışı
Uzman kullanımına ağırlık	Genel pratisyenlere ağırlık
Pasif toplum	Toplumsal katılımı
Yalnızca sağlık sektörü	Sektörler arası işbirliği

¹³⁸ SUR Haydar, HAYRAN Osman, "Sağlık Hizmetleri El Kitabı", , 1998 İstanbul,S.27

¹³⁹ ÖZTEK Zafer , "Temel Sağlık Hizmetleri, <http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/tr/d3/7/3033.doc> 15.1.2007

3.4.1.4. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesinde Örgütlenme:

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde örgütlenme modeli “**dar alanda geniş kapsamlı hizmet**” ilkesine dayanmaktadır. İkinci Dünya Savaşı’ndan önceki dönemde, geniş bölgelerde tek amaçlı (**monovalan**) hizmetler şeklinde örgütlenmek, genel anlayıştı. Ülkemizde bu tür örgütlenmeye sıtma, trahom, verem, frengi ve lepra savaş örgütleri ile ana-çocuk sağlığı hizmetleri örnek olarak verilebilir. İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde bu görüş değişmiştir. Zamanımızda artık "dar bölgede çok yönlü hizmet" yaygın bir görüştür. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi de bu görüşe uygun bir modeldir. Bir başka deyişle, önceki görüşle sonraki görüş arasındaki fark, birisinin "**vertikal**" diğerinin "**horizontal**" örgütlenmesidir, Vertikal örgütlenmede, merkez düzeyde bir genel müdür, il düzeyinde bir il sorumlusu ve hizmet düzeyinde bir hizmet birimi ya da personeli vardır. Örneğin, Bakanlıkta bir "Sıtma Savaş Genel Müdürü", ilde bir "Sıtma Savaş Başkanı" ve uç noktada sıtma savaş ekiplerinden söz edilebilir,

Sosyalleştirme modelinde ise "entegrasyon" söz konusudur. Yani, sağlık ocaklarında verem, trahom, lepra, sıtma, ana-çocuk sağlığı gibi her türlü sağlık hizmeti bir arada ve aynı ekip tarafından verilir. Entegre hizmetlerin bazı üstünlükleri vardır. Bu tür hizmetlerde kişi değil, aile veya toplumun tümü söz konusudur. Yine bu tür hizmetlerde, kişinin her türlü sağlık sorunu bir bütün olarak ele alınır. Entegre hizmetlerin halk tarafından kullanımı da kolaydır. Çünkü vatandaşın başvuracağı bir tek kuruluş vardır. Vertikal hizmetlerde vatandaş alacağı hizmetin türüne göre, değişik kuruluşlara başvurmak durumundadır. Horizontal örgütlenmede ise vatandaş, her türlü sağlık hizmetini almak için aynı kuruluşa, yani sağlık ocağına başvurmak durumundadır. Entegre hizmetler, vericiler açısından da bazı kolaylıklar getirir; Zamandan, personelden, araçtan, yakıttan ve paradan tasarruf sağlar.

Ülkemizde, 1961'den bu yana sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulanmasına karşın monovalan hizmetlerin kalıntılarına rastlamak mümkündür. Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri bunun tipik bir örneğidir. Alma-Ata Bildirisinin 6. maddesi bu geçişin hızlandırılmasını bütün ülkelere önermektedir¹⁴⁰.

¹⁴⁰ ÖZTEK Zafer, "Temel Sağlık Hizmetleri" [Http://Www.Medinfo.Hacettepe.Edu.Tr/Ders/Tr/D3/7/3033.Doc](http://Www.Medinfo.Hacettepe.Edu.Tr/Ders/Tr/D3/7/3033.Doc) 15.1.2007

Yasaya göre sağlık hizmetleri il içinde bir bütündür ve sağlık kuruluşları hizmetlerinin İl'deki **amiri Vali**'dir. **Sağlık Müdürü** Vali adına **hizmeti yürütür**. İl içindeki bütün sağlık kuruluşları sağlık müdürlüğüne bağlıdır. **Sağlık evleri**, Sağlık **ocakları**; koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetlerini verir. Sağlık ocaklarında, hekim, hemşire, sağlık memuru, ebe, tıbbi sekreter, şoför ve hizmetli çalışır. Bazı ocaklarda diş hekimi, eczacı, çevre sağlığı teknisyeni, laborant ve sağlık savaş memurları da bulunur. **Sağlık Grup başkanlığı**; Sağlık Müdürlüğü ile Sağlık ocakları arasındaki yönetim kademesidir. Her ilde kurulmamıştır. **Bölge hastanesi**; genellikle her sağlık grup başkanlığı bölgesinde bir de bölge hastanesi bulunmaktadır. Bunlar İlçe hastanesi olarak da adlandırılır. Bölge hastaneleri 50–100 yataklı hastanelerdir. Dört branşın uzmanları (iç hastalıkları, pediatri, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum) bulunur¹⁴¹.

3.4.1.5. Sağlık Hizmetlerini Sosyalleştirme Yasasının Temel İlkeleri:

3.4.1.5.1. Finansmanla ilgili ilke;

—**Karma Finansman Modeli**: Yasaya göre finansman vatandaşların ödedikleri prim, kamu kurumlarının bütçeleri ve hastaların hizmeti kullanım anında yapacakları cepten ödemelerle sağlanacaktır (224 Sayılı Yasa Madde 2). Sosyalleştirilmiş bölgelerde, hastanın ücretini ödemek koşuluyla istenilen sağlık personelini ve kurumunu seçme hakkı vardır (Madde 5). Sosyalleştirme kapsamında çalışmayan sağlık personeli mesleklerini serbest olarak icra edebilecektir (224 Sayılı Yasa, Madde 4). Bağlı oldukları sağlık ocaklarına başvuranlar, bu kurumca sunulan her tür sağlık hizmetinden parasız yararlanacaktır (224 Sayılı Yasa, Madde 14)¹⁴².

3.4.1.5.2. Örgütlenmeyle ilgili ilkeler¹⁴³;

—**Nüfusa Göre Örgütlenme**: Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinin en temel niteliği, hizmetlerin nüfusa göre planlanması ve örgütlenmesidir. Yasaya göre, her

¹⁴¹ METİN Bekir, "Türkiye'nin Sağlık Sorunları,Cumhuriyet Döneminde Sağlık Reformları" <http://195.142.135.65/who/bulten/turk/bul7turksorunlar.htm> 6.11.2006

¹⁴² "10 Soruda 224 Sayılı sağlık hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" <http://www.istabip.org.tr/guncel/224.asp> 15.11.2006

¹⁴³ ÖZTEK Zafer , EREN Nevzat , "Sağlık Ocağı Yönetimi" ,Ankara 1996, S.35-40

5000–10000 nüfusa bir sağlık ocağı kurulacaktır. Ancak, kentlerde daha fazla nüfusa hizmet eden sağlık ocakları kurulabilir. Bu durumda, ocakta görevlendirilecek personel sayısı da bu oranda fazla olacaktır. Buna bağlı olarak sağlık ocakları Köy tipi, ilçe tipi ve il tipi olmak üzere üç tiptir. Ancak sağlık ocaklarının büyüklükleri ile buralarda yapılan hizmetler arasında bir ayırım yoktur. Sağlık ocaklarına bağlı olarak hizmet veren sağlık evleri de nüfus dikkate alınarak planlanmıştır. Her 2000–2500 nüfus için bir sağlık evi kurulur. Ancak, kentsel yerlerde, mahallelerde yerleşim daha yoğun olduğundan, hizmetin verilmesi de kırsal yerlerdeki kadar zaman alıcı olmayacağından, buralarda, bir ebeye düşen nüfus daha fazla olabilir.

—**Yaygınlık:** Sağlık ocakları, birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği kuruluşlardır. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin temel ünitesi olarak sağlık ocağı görüldüğünden, ocakların bütün ülke sathına yayılmış olması vazgeçilmez bir koşul olmaktadır.

—**Nüfus Tespiti:** Sağlık ocağı bölgesinde yaşayan her aile ve ailelerdeki bütün bireyler ocak personeli tarafından tespit edilerek kayıtlara geçirilirler. Bir yerde kurulacak bir sağlık ocağında, ilk yapılacak iş, bölge nüfusunu tespit etmektir. Bu yapılmadan sağlık ocağı çalışmalarının iyi bir şekilde yürütüldüğünden söz edilemez.

—**Entegre Hizmet:** Sağlık ocaklarında hizmetler entegrasyon(bütünleşme) içindedir ve hem koruyucu, hem de evde ve ayaktan tedavi hizmetleri bir arada sunulmaktadır. Sağlık ocaklarında, ayrı ayrı kuruluşlar tarafından verilmekte olan ana ve çocuk sağlığı, sıtma, verem, trahom, frengi savaş hizmetleri dahil, her türlü sağlık programı yürütülmektedir, Bunların yanı sıra, adli hekimlik, çevre sağlığı, iş sağlığı, halk eğitimi, okul sağlığı gibi hizmetler de sağlık ocaklarının görevleri arasındadır.

Ekip Hizmeti: Yukarıda belirtilen hizmetlerin hangi personel tarafından ve nasıl verileceği ilgili yönerge ile açıklığa kavuşmuştur. Buna göre sağlık ocaklarında hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, tıbbi sekreter, şoför ve hizmetli çekirdek kadroyu oluşturur. Büyüklüklerine ve bulundukları yörenin özelliklerine göre bazı sağlık ocaklarında diş hekimi, eczacı, çevre sağlığı teknisyeni, diyetisyen, sağlık savaş memuru, laboratuvar teknisyeni gibi diğer sağlık personeli de bulunabilir.

—**Sevk Zinciri:** Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinin en önemli özelliklerinden birisi, hasta sevk zincirinin esas alınmış olmasıdır. Hastalar önce sağlık ocaklarında görülecek, gerektiğinde hastanelere sevk edileceklerdir. Sağlık ocaklarından sevk edilerek geldikleri takdirde, bu hastalar hastane hizmetlerini de ücretsiz olarak alacak, ama doğrudan hastaneye başvurursa, ücret ödeyeceklerdir. Böylece, hastaların öncelikle sağlık ocaklarına başvurmaları özendirilmeye ve hastanelere doğrudan başvurular caydırılmaya çalışılmıştır.

—**Katılımlı Hizmet:** Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin bir yönü de, sağlık hizmetlerine katılımı sağlayıcı önlemlerin alınmış olmasıdır. 1969 yılında çıkarılan “Sağlık Ocakları Sağlık Kurulları Yönetmeliği” gereğince, her sağlık ocağı bölgesinde birer sağlık ocağı kurulu oluşturulur. Üyeleri köy muhtarları, imamı, başöğretmenleri ve her köyden seçilmiş birer üyedir. Bu kurul üç ayda bir toplanarak yöredeki sağlık sorunlarını tartışır. Yönetmeliğin bulunmasına karşın, sağlık ocağı kurulları, birkaç örnek dışında yaşama geçirilememiştir.

—**Sürekli Hizmet**¹⁴⁴: Ulusal sağlık Politikamızı belirleyen 224 sayılı yasanın bir ilkesi de herkese, her yerde ve her zaman hizmet sunulmasıdır. Bu ilke, yerleşik planlı ve programlı bir hizmet sunmayı gerektirir. Her yerleşim yerinde hizmet birimi kurulamazsa, buralarda yaşayanlara gezici (mobil) hizmet sunulacaktır.

—**İl içinde Bütünlük**¹⁴⁵: 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanuna göre "sağlık hizmetleri il içinde bir bütündür". Bu ilke, uzun yıllar, bir ildeki sağlık ocaklarının sınırları çizilirken, ilçe sınırlarının dikkate alınmayacağı biçiminde anlaşılmıştır.

—**Sürekli Eğitim**¹⁴⁶: Hastaneler tedavi edici hizmetlerin yanı sıra kendilerine verilen koruyucu ve sosyal sağlık hizmetlerini gerçekleştirmek ve sağlık ocaklarındaki personelin mesleki gelişimine yardımcı olmak zorundadırlar (224 Sayılı Yasa, Madde 12).

¹⁴⁴ ÖZTEK Zafer, EREN Nevzat , “Halk Sağlığı (Temel Bilgiler)” Editörler Prf. Dr. Münevver Bertan Doç. Dr. Çağatay Güler, Ankara 1997,s.384

¹⁴⁵ ÖZTEK Zafer ,EREN Nevzat, “Sağlık Ocağı Yönetimi”, Ankara, 1996,s.35-40

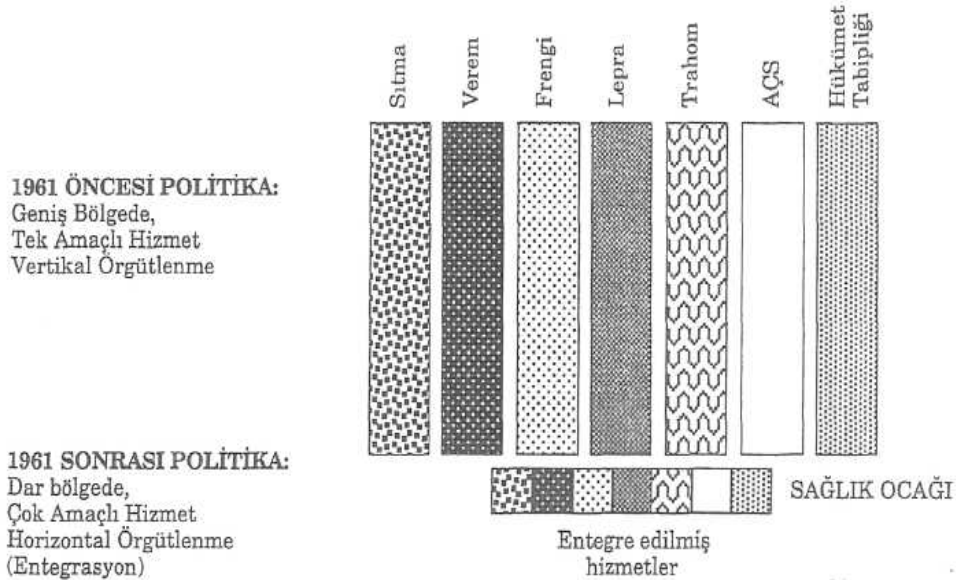
¹⁴⁶ “10 Soruda 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”

<http://www.istabip.org.tr/guncel/224.asp> 27.11.2006

—**Alt Yapı Temini:** Bir bölgede sağlık hizmetlerinin en iyi şekilde yürütülmesi için gereken tesisler, lojmanlar, malzeme, araçlar ve personel temin edilmedikçe o bölgede sosyalleştirme uygulanamaz (224 Sayılı Yasa, Madde 17).

—**Sözleşmeli Personel İstihdamı:** Sosyalleştirilmiş bölge ve kurumlardaki personel sözleşme ile istihdam edilir. Sözleşme ile verilecek ücret miktarı bu meslek mensuplarının genel serbest kazanç düzeyleri, hizmet süreleri, mesleki konumları, görevlerinin ağırlığı, mahrumiyet koşulları dikkate alınarak Sağlık Bakanlığı'nın teklifi ile Bakanlar Kurulu'nca saptanır (224 Sayılı Yasa, Madde 26). (Sosyalleştirmenin ilk yıllarında sözleşmeli personele verilecek ücret düzeyinin saptanması süreci oldukça çekişmeli tartışmalara sahne olmuştur. Maliye Bakanlığı temsilcileri, kazançtan ödenen vergi üzerinden yaptıkları hesaba göre serbest çalışan bir hekimin 1959 yılında 900 TL kazandığını belirterek ödenecek paranın en fazla bu kadar olabileceğini söylemişlerdir. Sonuçta, pratisyen hekimler için Sağlık Bakanlığı'nın teklifi olan ortalama 2500 TL ücret düzeyi kabul edilmiştir).

— **Sektörler Arası İşbirliği:** Yasa Sosyalleştirme Genel Kurulu ve İl Sağlık Kurulları'nda diğer sektörler ile işbirliği halinde çalışılmasını öngörmektedir (224 Sayılı Yasa, Madde 22)



Şekil 2.1. 1961 öncesi ve sonrası dönemlerde örgütlenme politikaları¹⁴⁷

¹⁴⁷ ÖZTEK Zafer, EREN Nevzat, Halk Sağlığı Temel Bilgiler Ankara, 1997 sf.385

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE KAMU YÖNETİMİNDE VE SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİNDE 1980 SONRASI (İKİNCİ DALGA SAĞLIK REFORMLARI 1980–2002):

1980 li yılların başından itibaren dünya da çok yönlü bir değişim yaşanmaktadır. Bu dönüşüm sanayi toplumundan bilgi toplumuna, Fordist üretimden esnek üretime, ulus devletler dünyasından küreselleşmiş dünyaya, modernist düşünceden post modern dünyaya geçiş söyleminde ifadesini bulmuştur. Bu dönüşüm sürecinde bireyle devlet arasındaki ilişki biçimi de değişmiş, yönetim kavramı yerine “yönetişim” kavramı kullanılmaya başlamıştır. Bütün bu dönüşüm çabaları “yenidünya düzeni” kavramı ile ifade edilmektedir. Yenidünya düzeni yapısal uyum ve piyasa reformlarını gündeme getirmiş; bütün dünyada devletin iktisadi yaşamdaki rolünü azaltma ve özelleştirme çabalarını başlatmıştır¹⁴⁸.

Ülkemizde de ekonominin ve toplumun neo-liberal politikalarla dönüştürülmesi için 1980 yılı bir dönüm noktası olarak kabul edilir¹⁴⁹.Sağlık dâhil tüm sektörler, 24 Ocak 1980 de alınan önemli ekonomik ve siyasal kararlardan etkilenmişlerdir¹⁵⁰. 1960’larda kabul gören, yönetim ve siyaset arasında etkin bir işbirliği olması gerektiğine inanan Türk kamu yönetimi anlayışı yerini, 1980’lerde “siyaset ve yönetimin ayrıştırılması” fikrine bırakmıştır. Bu dönemde yönetim olgusu sosyal ve siyasal ortamdan soyutlanarak, teknik-mekanik bir olgu gibi gösterilmiş; rasyonel, verimli, etkin örgütlenme ve kaynak kullanımı gündeme getirilmiştir. Bu yönelişte, demokrasi, katılım, siyasal etkileşim, sosyal adalet, eşitlik, topluma karşı sorumluluk, kamu çıkarı gibi kavramlar ya kullanılmamaya başlandı, ya da yeni bir içerikle yeniden tanımlandı¹⁵¹.

Küreselleşme süreci ile özdeşleştirilen demokratikleşme; ülkelerin dünya ile bütünleşmeleri ve toplumsal yaşamın piyasa mekanizmalarının emrine verilmesi

¹⁴⁸ Kamu Yönetiminin İyileştirilmesi Ve Yeniden Yapılandırılması Özel İhtisas Komisyonu Raporu Ankara 2000 Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı <http://ekutup.dpt.gov.tr/kamuyone/oik527.pdf-4.10.2006>

¹⁴⁹ SALİHOĞLU Serhat ,”Sosyal Güvenlikte Piyasalaşma Dönemi Ve Sendikalar”,Toplum Ve Hekim Der.Mart- Nisan Dön.,2005,Cilt.20,Sayı.2 s.151

¹⁵⁰ METİN Bekir <http://195.142.135.65/who/bulten/turk/bul10BMETINSAGLIK.HTM> 14.9.2006

¹⁵¹ SÖNMEZ Ümit, DİNLER Demet "Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı: Halkın İhtiyaçlarına Yönelik Reform Mu? Neoliberal Dönüşümün Kurumsallaşması Mı?", ", A.Ü. SBF GETA Tartisma Metinleri, Özel Sayı (2), No.60, Kasım 2003.s.33

biçiminde tanımlanmıştır. Bunun, devletin küçültülmesi (özelleştirme) ve merkeziyetçiliğe son verilmesi (yerelleştirme) araçları ile gerçekleştirilebileceği saptanmıştır. Süreç Türkiye’de de 24 Ocak kararları ile ilan edilmiş, ancak 12 Eylül darbesi ile başlatılabilmektedir. Sürece verilen ad, tüm azgelişmiş ülkelerde ve ülkemizde aynıdır. **Yapısal Uyarlama Reformları**¹⁵². Bu durum sadece Türkiye için de geçerli değildir.

Aşağı yukarı Türkiye nin eşdeğeri gelişmişlik düzeyinde bulunan ülkelerin de aynı dönemde neo- liberal düzenlemeye konu olduğunu söyleyebiliriz¹⁵³. Bu dönemde çoğu ülkelerin ulusal, bölgesel ve belediye yönetimleri çok ciddi finansal baskılarla karşı karşıya kalmışlardır. Hemen hemen tüm ülkelerde (örneğin Türkiye) bütçe açıklarının kapatılması için kamu harcamalarının azaltılması yoluna gidilmiştir. Artan işsizlik ve sosyal yardım harcamaları, yönetim bütçelerini önemli ölçüde zorlamaktadır. Daha genel olarak dünya da görülen global (küresel) özelleştirme ve piyasa argümanlarının ön plana çıkarılması yönündeki baskılar devletlerin kamusal harcama düzeylerini düşürmesine neden olmuştur. Bu makro ekonomik baskılar kamusal olarak finanse edilen ve/ veya işletilen sağlık sistemlerinin yeniden yapılandırılmaları olgularını da beraberinde getirmiştir¹⁵⁴.

Bu dönemde IMF, Dünya Bankası ve Dünya Ticaret Örgütü; çevre ülkelerin yapısal dönüşümünde belirleyici rol oynamışlardır; yüksek dış borçlar ve ödemeler dengesindeki yüksek açıklar bu uluslararası mali kuruluşların en önemli kozu olmuştur¹⁵⁵. Bu rüzgârdan Türkiye; ekonomi, bankalar, eğitim, tarım gibi kesimler yanında sağlık alanında da nasibini almıştır. Bilindiği gibi Yapısal Uyarlama Reformlarının doğasında özelleştirme ve devletin küçültülmesi vardır(Özellikle de sosyal alanlarda). Bu aşamada Yapısal Uyarlama Reformlarının himayesinde gerçekleştirilmeye çalışılan sağlık hizmetlerinde reform çabaları özelleştirme çabalarına odaklanmaktadır. Küreselleşmenin dinamikleri doğrultusunda şekillenen sağlık reformları diğer ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de ağırlıklı olarak “**sağlıkta**

¹⁵² AYMAN Birgül Güler, "Yeni Sağ Ve Devletin Değişimi, Yapısal Uyarlama Politikaları",TODAIE Yayını, Ankara 1996, Toplum Ve Hekim, Mayıs-Haziran 1999,Cilt 14 Sayı 3 s.191

¹⁵³ SALİHOĞLU Serhat,"Sosyal Güvenlikte Piyasalaşma Dönemi Ve Sendikalar",Toplum Ve Hekim Der.Mart- Nisan Dön.,2005,Cilt.20,Sayı.2 S.151

¹⁵⁴ SALTMAN R.B.,Figueras J.(ed.by)European Health Care Reform,Analysis of Curret Strategies,WHO.Regional Office for Eurape,Eurapen Series;No.72,Copenhagen'in özetlenmiş çevirisi,Çev.H.Hüseyin Yıldırım,Top. Hek.Der.,Eylül Ekim 1999,Cilt 14,Sayı 5,s.386

¹⁵⁵ SALİHOĞLU Serhat, 2005, a.g.m. s.151

özelleştirme” olarak karşımıza çıkmaktadır¹⁵⁶. Ancak yapısal dönüşümü sadece bu uluslararası kuruluşların etkinliğine dayandırmak açıklayıcı değildir. Kapitalizmin bir dünya düzeni olarak yeniden yapılandırılmasını amaçlayan dönüşüm süreci en başta siyasaldır¹⁵⁷.

4.1. Sağlık Sisteminde Reformun Anlamı:

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1995 yılındaki bir dokümanında sağlık reformunu; “sağlık politika ve kuruluşlarını değiştirmeye yönelik faaliyetler” olarak tanımlamakta, reform sürecinin planlı ve yukarıdan aşağıya doğru bir değişim içeren ‘siyasi’ bir kavram olduğunu belirtmektedir¹⁵⁸. Sağlık reformu; sağlık sektörünün yaşadığı sorunlar bağlamında eşitlik, verimlilik ve etkinliğin geliştirilmesine yönelik müdahaleler olarak da tanımlanmaktadır. Böylece reform girişiminin en temel ilkeleri; **sağlığın herkes için hak olması** (herkesin sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi), **evrensellik** (bütün nüfusun kapsanması) ve **birlik** (herkesin sisteme gücü ölçüsünde katkıda bulunması ancak gereksinimleri ölçüsünde yararlanması) olacaktır¹⁵⁹. Bir sağlık sistemi reformu; ülkenin sağlık sisteminde ya da onun önemli parçalarında temel (radikal) değişiklikleri öngören hükümet programı olarak anlaşılabilir¹⁶⁰. Değişiklikleri uygulamak bilinçli, programa tik teorik ve pratik çalışmaların ürünüdür. Burada hükümet önemli rol oynar. Ancak başarısı hükümet dışındaki ortamın değişik unsurlarının tutumuna bağlı olacaktır¹⁶¹.

4.1.1. Sağlık Reformlarının Genel Olarak Gerekçeleri:

—Maliyetlerin Artışı: Dünyada yaşanan teknolojik ilerlemeler, nüfusun yaşlanması, hastalık dokusundaki değişimler, artan toplumsal algı ve beklentiler sonucu sağlık

¹⁵⁶ YILDIRIM Hasan Hüseyin, “En Değerli Sermayem Ticarileşiyor;Sağlık, Sağlık Reformları Ve Sağlıkta Özelleştirme”, ,Hastane Yaşam Dergisi,Yıl.1 Temmuz-Eylül 2004, Sayı.2,s.10,

¹⁵⁷ SALİHOĞLU Serhat , “Sosyal Güvenlikte Piyasalaşma Dönemi Ve Sendikalar”,Toplum Ve Hekim Der.Mart- Nisan Dön.,2005,Cilt.20,Sayı.2 s.151

¹⁵⁸ SALTMAN R.B., FÍGUERAS J. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (1998). “Avrupa Sağlık Reformu, Mevcut Stratejilerin Analizi” <http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/3654.pdf> 22.10.2006

¹⁵⁹ ANTEZANA FS.,VELASQUEZ G.(1996)”Health Economics Drugs and Health Sector Reform”,WHO,s145

¹⁶⁰ MAERSE H.,(1994)”Health Care reform for health Gain”, European health Policy Conference Vol. S.IV: s.28-38

¹⁶¹ BELEK İlker , “Sağlıkta İç Piyasa Ve Yönetilen Rekabet: Özelleştirmenin Genişleyen Etki Alanı”, Toplum Ve Hekim Der. Eylül-Ekim 1997 Cilt.12 Sayı.81 s.28

hizmetlerinde maliyetler gittikçe artmaktadır. Artan bu maliyetler, sağlık hizmetlerinin gerek finansmanı ve gerekse sunumunun yeniden şekillenmesinde itici güç olabilmektedir.

—**Toplumun Sağlık Bakım Sistemine İlişkin Memnuniyetsizlikleri:** Sağlık bakım alanında görülen çeşitli gelişmeler; örneğin çevreci, tüketici ve kadının toplumsal statüsünü güçlendirmeyi amaçlayan çeşitli örgütlenmeler ve bunların beraberinde getirdiği örgütlü toplumla birlikte, sağlık sistemlerinde kalite, verimlilik, eşitlik, gibi olgular toplum tarafından sorgulanmaya başlanmıştır. Bu toplumsal bilinçlenme toplumun sağlık bakımına ilişkin memnuniyetsizliklerinin sık sık gündeme gelmesine yol açmıştır.

—**Medyanın Etkisi:** Politika gündemini belirleyen aktörlerin arasında medya da yer almaktadır. Dolayısıyla gerek yazılı gerekse görsel medyada yer alan sağlık bakım sistemine ilişkin olumsuzluklar ve medya patronlarının piyasa oryantasyonlu bir sağlık bakım reformundan umdukları rant paylaşım arzuları da reformların gerçekleştirilme girişimlerinde önemli bir etken olmaktadır.

—**Nüfusun Önemli Bir Kesiminin Sağlık Güvencesinden Yoksun Olması:** Toplumdaki nüfusun tüm kesimlerinin sigorta kapsamına alınması yönünde tüketicilerden, örgütlü topluluklardan, sosyal devlet anlayışından ileri gelen baskı unsurları da reformların ülke gündemlerine alınmasında rol oynamaktadır.

—**Uluslararası Finans Çevreleri (DB, IMF Gibi):** Özellikle 1980’lerde ve 1990’ların başında Dünya Bankası(DB) ve Uluslararası Para Fonu(İMF) gibi kuruluşlar verdikleri borçlarını ve borçlarının faizlerini tahsil etmek ve kasalarındaki paralara yeni müşteriler bulmak amacıyla sağlık, eğitim, vb. gibi sosyal alanlarda “arzın kendi talebini yaratması” ilkesi çerçevesinde ön plana çıkmaya başlamışlardır. Bu nedenle çeşitli ülkelerle, özellikle de gelişmekte olan ülkelerle, sosyal sektörlerde reform yapmaları durumunda proje kredisi desteği sağlayabilecekleri konusunda görüşmelere başlamışlardır. Bu rüzgârın etkisiyle de 1990’ların ortasına gelindiğinde hemen hemen tüm gelişmekte olan dünya ülkeleri kendilerini bir yapısal reform serüveninin içinde bulmuşlar,

—Sürdürülebilir Kalkınmayı Gerçekleştirme: 1970 lerin sonlarından bu yana çeşitli uluslararası kuruluşlar (örn.DB, IMF gibi) gelişmekte olan ülkelerde sürdürülebilir bir kalkınmanın sağlanabilmesi için söz konusu ülkelerde önemli politik ve örgütsel reformların yapılmasının gerekliliğini ısrarlı bir biçimde vurgulamaktadır. Bu çerçevede DB özellikle sağlık, eğitim, ziraat ve ticaret sektörlerinde ekonomik istikrar programları, yapısal uyum programları ve sektörel uyum programlarını hem makro ve hemde sektörel bağlamda gerçekleştirme noktasında, proje desteği sağlama ve teşvik bağlamında ön plana çıkmaktadır(Foltz 1994)¹⁶².

Yukarıdaki nedenlere dayalı olarak yapılmaya çalışılan sağlık reformlarının amaçları da; daha fazla verimlilik, sağlık hizmetlerinin sunumunda ve kullanılmasında hakkaniyet, mevcut kaynakların daha etkili bir şekilde kullanılması, nüfusun büyük çoğunluğunu sağlık güvencesi kapsamına alma, sağlık hizmetlerini daha ulaşılabilir kılma ve sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmak olarak belirtilebilir¹⁶³.

4.1.2. Türkiye’de Sağlık Reformlarının Gerekçeleri:

1990 lı yıllara gelindiğinde, ülkemizde sağlık reformu tartışmaları yoğunlaşmıştır. Bu dönemde iktidara talip her partinin seçim kampanyalarında ve hükümet programlarında, söz birliği yapmışçasına “Sağlık Reformu” yer almıştır. Aslında Türkiye’nin, sağlık hizmetlerinde reform arayışı içine girmesi oldukça doğal, hatta gecikmiş bir girişimdir. Çünkü Avrupa Birliği sınırları içerisine dâhil olmaya çalışan bir ülkenin halen, çağdaş dünyanın yarım asır önce çözdüğü sorunlarla uğraşması hiçbir akılcı düşüncenin kabul edemeyeceği bir çelişkidir. Bu nedenle sağlık fotoğrafının ve ülkeyi hangi nedenlerin sağlık reformu arayışına ittiğinin de anlaşılması gerekir.¹⁶⁴

—Mevcut Sağlık Göstergeleri Ve Sağlık Örgütlenmesindeki Sorunlar: Türkiye nin nüfusu 1990 yılında %57 si şehirlerde olmak üzere 56 milyondur. Nüfus artış hızı %021,71 dir. Sağlık göstergeleri gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında oldukça kötü durumdadır. Örneğin 1990 yılında bebek ölüm hızı %055,4, beş yaş altı ölüm hızı

¹⁶² YILDIRIM Hasan Hüseyin, “ Yapısal Uyum Programları ve Sağlık Reformları Türk sağlık Reformları İçin Çıkarılacak Dersler” , Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi Cilt:5 sayı:1(Kış2000) s.2-4

¹⁶³ SALTMAN R.B.,FİGUERAS J.(ed.by)Eurapean Health Care Reform,Analysis of Curret Strategies,WHO.Regional Office for Eurape,Eurapen Series;No.72,Copenhagen’in özetlenmiş çevirisi,Çev.H.Hüseyin Yıldırım,Toplum ve Hekim Dergisi.,Eylül Ekim 1999,Cilt 14,Sayı 5,s.387.

¹⁶⁴ BAKAR Coşkun, AKGÜN Seval, “Türkiye de Sağlık Reformları; Sonu Gelmeyen Hikaye”, Toplum Ve Hekim Der. Eylül-Ekim 2005 Cilt.20 Sayı.5 S.342

%060 olarak görülmektedir. Oysa Avrupa Birliği ortalamaları bu oranların oldukça aşağısındadır. Türkiye de önlenabilir bulaşıcı hastalıklar ve bunlara bağlı ölümler hala görülmektedir. Buna karşın aşılama oranları kampanyalara rağmen istenilen seviyeye ulaşmamıştır ¹⁶⁵. Türkiye de hekim ve hasta yatağı açığı bulunmakla birlikte bunun dağılımında da sorun bulunmaktadır. Ülkenin doğusuna ve kırsal bölgelerine doğru gidildiğinde hekim ve yatak sayısı dramatik bir şekilde azalmaktadır. Sağlık hizmetlerine aktarılan kaynak gelişmiş ülkelerin çok gerisindedir. Sağlık hizmetlerine yeterince kaynak ayırlamıyor ve ayrılan kaynak gerektiği alanlara kaydırılmıyor.

TABLO 4.1. Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Genel Bütçeye Oranı (%),(1923-2004)¹⁶⁶.

Yıllar	SB.Büt/Gen.Büt.	Yıllar	SB.Büt/Gen.Büt.
1923	2.21	1986	2.71
1925	2.64	1987	2.80
1930	2.02	1988	2.73
1935	2.54	1989	2.74
1940	3.05	1990	4.12
1945	3.12	1991	4.21
1950	4.08	1992	4.71
1955	5.18	1993	4.56
1960	5.27	1994	3.72
1965	4.10	1995	3.90
1970	3.08	1996	2.76
1975	3.54	1997	3.22
1980	4.27	1998	2.65
1981	3.59	1999	2.81
1982	2.81	2000	2.26
1983	2.93	2001	2.66
1984	3.11	2002	2.40
1985	2.53	2003	2.43
		2004	3.19

¹⁶⁵ BAKAR Coşkun , AKGÜN Seval , agm., Toplum Ve Hekim Der. Eylül-Ekim 2005 Cilt.20 Sayı.5 S.343)

¹⁶⁶ HAMZAOĞLU Onur,ÖZCAN Umut, “2006 Sağlık istatistikleri”,TTB yayını,s.98

TABLO 4.2. Temel Sağlık Göstergelerinin AB–15 Ortalaması İle Karşılaştırılması(1990–2003)¹⁶⁷

Temel Sağlık göstergeleri			Türkiye				AB-15 ORT	
	1990	1995	2000	2003	1990	1995	2000	2003
Kaba Doğum Hızı (Binde)	29.9		23.5	19.7	12		10	10
Kaba Ölüm Hızı (Binde)	7.1		6.2	6.2	11		9	8
Doğ.Yaş.Beklentisi	66	68	69.1	70.9	74		77	78
Bebek Ölüm Hızı (Binde)	55.4	43.1	35.3	25.6	10	5.9	7	7
5 Yaş Altı Çoc. Ölüm Hızı(Binde)	60		50	37	12		8	8
Anne Ölüm Oranı	100		70	62	4		3	3
Sağ. Harc.Gsyih İçindeki Payı (Yüzde)	2.5		3.6	4.3	8		8.5	8.5
Kişi Başı Sağlık Harc.(\$)	105.5		194	420	1630		2010	2276
Sağ. Per. Haz. Bul Doğum(Yüzde)	63		75	78	98		100	100
Hekim Baş Düş. Nüfs.(Kişi)	1121	872	807	728	360		350	350
Yatak Baş. Düş. Nüfs.(Kişi)	422	402	384	389	120		130	130

¹⁶⁷ <http://www.cedgm.gov.tr/cevreatlasi/saglik.pdf> 20.1.2007

TABLO 4.3. Demografik Hızlar¹⁶⁸

Dönemler	Nüfus artış hızı (Yüzde) (Yüzde)	Şehirleşme Kaba hızı (Yüzde) (2)	Kaba doğum ölüm hızı (Binde)	Kaba ölüm hızı (Binde)	Bebek ölüm hızı (Binde)	Toplam doğurgan oranı (Çocuk)	Doğuştan hayatta kalma ümidi (Yıl)
1965-70	2,52	6,03	30	13,5	158	5,31	54,91
1970-75	2,5	5,75	34,5	11,6	140,4	4,66	57,88
1975-80	2,06	4,51	32,2	10	110,79	4,33	61,2
1980-85	2,49	5,3	30,8	9	82,96	4,05	63
1985-90(1)	2,17	4,49	29,9	7,8	65,22	3,76	65,58

¹⁶⁸ http://www.ceterisparibus.net/veritabani/dpt50_92/9a.htm#7 20.1.2007
Ayrıca: Who, UNİCEF, WordBank, Sağlık Bak.DP

TABLO 4.4. Değişik Ülkelerde Kamu Sağlık Harcamalarının Gayrisafi Yurtiçi Hâsılaya Oranı (%), (1992–2002)¹⁶⁹

Ülkeler	1992	1994	1996	1998	2000	2002
A.B.D.	6.0	6.3	6.7	5.8	5.8	6.6
Almanya	8.0	8.0	8.2	7.9	8.0	8.6
Avustralya	5.8	5.8	5.6	5.9	6.0	6.5
Avusturya	5.7	5.9	5.9	5.8	5.6	5.4
Belçika	7.2	7.2	6.9	7.9	6.2	6.5
Danimarka	5.6	5.5	5.1	6.7	6.8	7.3
Finlandiya	7.4	5.9	5.6	5.2	5.0	5.5
Fransa	7.0	7.6	7.8	7.3	7.2	7.4
Hollanda	6.8	6.8	6.6	6.0	5.5	5.8
İngiltere	5.9	5.8	5.8	5.9	5.9	6.4
İrlanda	5.5	6.1	6.0	4.5	5.1	5.5
İspanya	5.7	5.7	6.0	5.4	5.4	5.4
İsveç	6.6	6.3	6.0	6.7	6.2	7.8
İsviçre	6.6	6.9	*	7.6	6.0	6.5
İtalya	6.5	5.9	5.3	5.6	5.9	6.4
İzlanda	7.0	6.8	6.6	7.2	7.6	8.3
Japonya	4.9	5.3	*	5.9	5.9	6.5
Kanada	7.6	7.1	6.6	6.3	6.5	6.7
Kore	1.9	2.0	*	2.3	2.6	2.6
Lüksemburg	6.1	6.0	*	5.4	5.3	5.3
Macaristan	6.6	5.2	4.7	5.2	5.1	5.5
Meksika	2.6	2.7	2.7	*	2.5	2.7
Norveç	7.0	6.6	6.5	7.4	6.5	8.0
Polonya	5.0	4.6	*	4.7	4.2	4.4
Portekiz	4.4	4.9	4.9	5.2	5.8	6.6
Yeni Zelanda	6.0	5.4	5.5	6.2	6.2	6.6
Yunanistan	3.4	4.2	4.9	4.7	4.6	5.0
Ortalama	5.9	5.8	5.4	6.0	5.7	6.1
Türkiye	2.5	2.5	2.6	*	3.6	4.3

¹⁶⁹ HAMZAOĞLU Onur, ÖZCAN Umut, “2006 Sağlık istatistikleri”, TTB yayını, s.101

TABLO 4.5. OECD Ülkeleri Kişi Başına Sağlık Harcaması (\$),(1992–2002)¹⁷⁰

Ülkeler	1992	1994	1996	1998	2000	2002
A.B.D.	3.147	3.462	3.708	4.180	4.499	5.274
Almanya	2.496	2.581	3.036	2.488	2.768	2.817
Avustralya	1.468	1.574	1.873	1.980	2.213	2.699
Avusturya	1.774	1.922	2.225	1.978	2.245	2.220
Belçika	1.783	1.845	2.049	2.172	2.306	2.515
Çek Cumhuriyeti	*	292	*	928	1.031	1.118
Danimarka	1.820	1.845	2.130	2.141	2.434	2.583
Finlandiya	1.964	1.521	1.806	1.502	1.698	1.943
Fransa	2.164	2.236	2.550	2.102	2.380	2.736
Hollanda	1.861	1.923	2.150	1.974	2.216	2.564
İngiltere	1.252	1.213	1.365	1.532	1.804	2.160
İrlanda	1.041	1.147	963	1.505	1.908	2.367
İspanya	1.069	900	1.134	1.202	1.547	1.640
İsveç	2.221	1.721	2.082	1.707	2.108	2.512
İsviçre	3.272	3.496	*	2.739	3.161	3.446
İtalya	1.827	1.486	1.597	1.830	2.028	2.166
İzlanda	2.170	1.891	2.053	2.358	2.642	2.802
Japonya	1.894	2.576	*	1.844	2.009	2.133
Kanada	2.035	1.829	1.796	2.391	2.534	2.931
Kore	273	394	*	720	899	982
Lüksemburg	2.121	2.360	*	2.372	2.785	3.066
Macaristan	*	295	*	*	838	1.078
Meksika	187	219	163	*	477	550
Norveç	2.429	2.270	2.848	2.467	2.769	3.409
Polonya	117	105	*	510	575	657
Portekiz	691	669	873	*	1.397	1.702
Yeni Zelanda	890	1.021	1.302	1.454	1.646	1.857
Yunanistan	425	514	693	1.207	1.349	1.814
<i>Ortalama</i>	<i>1.630</i>	<i>1.546</i>	<i>1.828</i>	<i>1.891</i>	<i>2.010</i>	<i>2.276</i>
Türkiye	103	77	108	*	315	420

¹⁷⁰ HAMZAOĞLU Onur, ÖZCAN Umut, “2006 Sağlık istatistikleri”, TTB Yayını, ANAKARA, s.10

Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatının sorunlarını da kısaca şöyle özetleyebiliriz¹⁷¹;

—Mevzuat:

- Mevzuat eski, dağınık ve yetersiz
- Mevzuatta sık sık değişiklikler yapılıyor
- Bakanlık kuruluş kanunu yok
- AB mevzuatına uyum sorunları var

—Hizmet Sunumu:

- Koruyucu sağlık hizmetlerinde yetersizlik
- Sevk zincirine uyulmaması
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin işletilememesi
- İlk yardım bilincinin eksik, denetimlerin yetersiz olması

—Enformasyon:

- Teknolojik altyapı eksik
- Bilgi akışı düzensiz
- Veri standardizasyonu eksik
- Bilgi yönetimi konularında uzman personel yetersizliği var

—Organizasyon- Yönetim:

- Merkeziyetçilik
- Stratejik yönetim eksikliği
- Bakanlık temel görevlerine yoğunlaşmıyor
- farklı hizmet sunucuları arasında hizmet birliği yok
- Hastane yönetiminde etkinsizlikler

—İnsan Kaynakları:

- Personel istihdamı merkeziyetçi
- Personel dağılımı dengesiz
- Sürekli eğitim uygulaması yok
- Sağlık personelinin görev tanımı iş analizi yetersiz
- Performans değerlendirme ve ölçümü yetersiz
- Atamaların sık sık yapılması
- Tam gün çalışma çözümlenememiş

—Finansman:

- Finansman ve hizmet sunucu kurumları aynı çatı altında

¹⁷¹ AKTAN Coşkun Can, "Sağlık Bakanlığı Organizasyon Ve Yönetiminde Yaşanan Sorunlar Ve Mevcut Durum Analizi", <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/durum-analizi.pdf> 15.1.2007

- Sigorta fonları etkin işletilemiyor
- İlaç harcamaları yüksek
- Hekimlerin öznel tutumları
- Malzeme alımlarında dışa bağımlılık
- Ödeme güclüğü olan hastalar, hastanelere ek yük getiriyor
- Faturalandırmada standardizasyon yok

4.2. Türkiye’de Sağlık Reformu Sürecindeki Gelişmeler:

Değişim hareketi,1987 yılında kabul edilen Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile kendini göstermiştir. Bu yasa ile amaç Sağlık Bakanlığına, sağlık hizmetlerini planlama, standartlarını geliştirme ve denetleme yetkisi vermek; kamuya ait sağlık kurumlarını işletmeye çevirerek, kamu dışında gelir kaynağı oluşturulmasını sağlamaktır¹⁷². Türkiye de sağlık reformu ise, ilk kez 1990 yılında DPT için yürütülmüş olan Sağlık Sektörü Master Plan çalışması ile saptanmıştır. Bu çalışmada gelişim için dört ana strateji seçeneği ortaya konulmuştur;

- Mevcut statünün iyileştirilmesi
- Serbest Pazar stratejisi
- Sağlık hizmetleri stratejisi ve
- Uzlaştırma seçeneği

DPT bu seçenekler arasından sonuncusunu seçmiştir¹⁷³.

Uzlaştırma seçeneğinin ana özellikleri;

- hizmeti satın alanın ve sunanın ayrılması,
- tıp ve yönetici personel eğitiminde önemli değişikliklerin yapılması,
- Sağlık Bakanlığının rolünün değişmesi,
- kapsamın genişletilmesi ve finansmanın karşılanmayan ihtiyaçlara doğru yönlendirilmesi,
- hizmetlerin sözleşme yoluyla tedariki için yerel bütçelerin bulunması,

¹⁷² AKDUR R."Türkiye de Sağlık Politika Ve Hizmetleri",Yeni Türkiye Cumhuriyeti III,(s.23-24);1984-1995,.(1998)"Türkiye de Sağlık Hizmetleri" Yeni Türkiye Cumhuriyeti III,(s.23-24):1976-1983.)

¹⁷³ BELEK İ.,”Türkiye Sağlık Reformları”,Toplum Ve Hekim,TTB Yayını,Kasım-Aralık 2001,Cilt 16,sayı 6,s.438

—hizmet ihtiyaçlarının karşılanması için yerel planlama yapılmasıdır.

Ayrıca Master Plan Etüdü'nde sağlık sektörünün reformunu sağlayacak uzlaştırma stratejisinin uygulanmasına yönelik tavsiyelere de yer verilmiştir¹⁷⁴.

Daha sonraki dönemde Sağlık Bakanlığı Ulusal Sağlık Politikasını geliştirmek üzere bu seçenek üzerinde çalışmıştır. Bugüne yansıyan reform önerileri bu çalışmanın ürünüdür. Öte yandan, Türkiye'nin sağlık reformu tercihleri dünyadaki diğer örnekleriyle ileri derecede benzerdir. Dünya Bankası ve Dünya Sağlık örgütünün stratejileri Türkiye'de belirleyici olmuştur. 16.8.1990 tarihinde TC Hükümeti ve Dünya Bankası arasında Sağlık Projesi İkraz Anlaşması imzalanmış, bakanlar kurulunda kabul edilerek 7.10.1990 tarihinde resmi gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu anlaşma ile Dünya Bankası Türkiye'ye 75 milyon dolarlık kredi vermiştir. Bu anlaşmayla gelen kredi 1. Sağlık Projesine aittir¹⁷⁵. 1. Sağlık projesi 1991 yılında başlar. 30 Haziran 1997'de tamamlanması beklenmektedir ancak 1998 yılında tamamlanır.

1. Sağlık Projesi ile amaçlanan;

—Proje bölgesinde temel sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği arttırmak,

—Sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık sektörünün yönetiminde etkinliği arttıracak önlemleri almak,

—Sağlık Bakanlığının teknik ve yönetim kapasitesini güçlendirmektir.

Uzun erimli amaç ise yüksek kalitede ve kısmen kendi kendisini destekleyen bir sağlık bakım sisteminin kurulmasıdır. Bu amaç doğrudan sağlık reformlarını ifade etmektedir¹⁷⁶. 2. sağlık projesinin hazırlıkları 1992–1993 yıllarında yapılmıştır. Projeye ilişkin ikraz anlaşması 3805-TU nolu olarak TC Hükümeti ile Dünya Bankası Arasında 28.9.1994 tarihinde imzalanmış, 22.12.1994 tarihinde resmi gazetede yayınlanmıştır. Projenin bütçesi 200 milyon dolar olup, 150 milyon dolarını Dünya

¹⁷⁴ “Türkiye Sağlık Reformları 1998”, TC Sağlık Bakanlığı Yayını, 1998, Ankara, s.22

¹⁷⁵ BELEK İ., “Türkiye Sağlık Reformları”, Toplum Ve Hekim, TTB Yayını, Kasım-Aralık 2001, Cilt 16, sayı 6, s.438

¹⁷⁶ BELEK İ., a.g.m., s.439

bankası kredi olarak finanse edecektir¹⁷⁷. Sağlıkta Dönüşüm Programı için alınan(2004) 60.61 milyon dolarla birlikte¹⁷⁸Dünya Bankasından alınan borç tutarı 286 milyon dolardır. Dünya bankasında alınan bu kredilerin hem finansal hem de alternatif maliyetinin çok yüksek olduğu ve zaten ağır olan borç yükünü daha da ağırlaştırdığı belirtilebilir¹⁷⁹.

1. ve 2. Sağlık Projelerinin içerik, kapsam ve amaçları birbiriyle benzerdir. En önemli amaçları ise sağlık reformlarının planlanması, başlatılması, uygulanması ve bunlar için gerekli maddi, politik ve hukuksal olanakların sağlanmasıdır. Proje kapsamında ele alınan sağlık reformları bütün Türkiye yi ilgilendirmekte, Türkiye sağlık sisteminin tüm boyutlarında köklü, kalıcı değişiklikler gerçekleştirmeyi öngörmektedir.1992 yılının şubat ayında “Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı” adlı bir metin yayınlanmış ve bu metin bir ay sonraki sağlık reformu çalışmalarının tartışmaya açılacağı çevrelere dağıtılmıştır¹⁸⁰. 23–27 Mart 1992 tarihleri arasında, Ankara’da, Sağlık Bakanlığının koordinesinde 1.Ulusal Sağlık Kongresi toplanmıştır. Kongrede Reform başlıklarıyla birlikte diğer sağlık konularından oluşan 34 grup çalışmış ve tartışmıştır. Çalışma gruplarının tartışmalarının sonucu şu şekilde özetlenebilir;

Kongreye gidilirken Sağlık Bakanlığının sağlık sistemimizin değiştirilmesiyle ilgili yapısal nitelikli üç önerisi vardı: Aile Hekimliği, Genel sağlık Sigortası ve hastanelerin özelleştirmeye uzanacak şekilde özerkleştirilmesi. Grup tartışmaları sonucunda, bunlardan aile hekimliği reddedilmiş, genel sağlık sigortası kabul edilmiş, hastaneler konusunda ise özelleştirmeyi dile getirmeyen özerkleştirme önerisi geliştirilmiştir¹⁸¹. Daha sonra Bakanlık tarafından, çalışma grupları raporları ve Sağlık reformu çerçeve taslağının geliştirilmiş biçimi niteliğindeki kitapçık, beraberinde çok yoğun bir tartışmayı da getirmiştir. Özellikle TTB bu yayına sert tepki göstermiştir. Çünkü çalışma gruplarında aile hekimliği sisteminin geriye gidiş olacağı belirtilmişken Taslak dokümanda bunun göz ardı edilmesi tepki toplamıştır.

¹⁷⁷ "2. Sağlık Projesi Başlıyor" Sağlıkta Strateji Dergisi, Aralık 1994, s.3

¹⁷⁸ "Sağlıkta Dönüşüm Projesi" <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/ECAEXT/TURKEYINTURKISHEXTN/0,,contentMDK:20815977~pagePK:141137~piPK:141127~theSitePK:455688,00.html> 8.11.2006

¹⁷⁹ YILDIRIM H.H., " Yapısal Uyum Programları Ve Sağlık Reformları, Türk Sağlık Reformları İçin Çıkarılacak Dersler" , Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi Cilt:5 sayı:1(Kış2000) s.21

¹⁸⁰ BELEK İ., "Türkiye Sağlık Reformları", Toplum Ve Hekim, TTB Yayını, Kasım-Aralık 2001, Cilt 16, sayı 6, s.441-442)

¹⁸¹ BELEK İ., 2001, a.g.m. s.444

Mart 1993 yılında 2. Ulusal Sağlık Kongresi gerçekleştirilmiştir. Kongrede görüşülen konular “Ulusal Sağlık Politikası” olarak yayımlanmıştır.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda;

- 2000 yılına kadar desantralize bir sağlık yönetimi sistemi kurulması;
- Kırsal alanda sağlık evi/ocağı yapıları sürerken, kentlerde küçük nüfus esasına dayalı genel pratisyen/aile hekimliği sisteminin oluşturulması,
- 2000 yılına kadar otonom, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti kurulması,
- 2000 yılına kadar GSS’ nın hayata geçirilmesi öngörülüyordu. Bu süreçte 2002 yılına kadar hiçbir hedefe ulaşılamadı. Bunun birçok nedeni bulunmaktadır¹⁸².

1995 yılında Sağlık reformu Paketi 7. Beş Yıllık Kalkınma Planı Ve Uygulama Takviminde yer almıştır. Yedinci Beş yıllık Kalkınma Planı'nda ülkemizde değişikliğin zorunluluk olduğu vurgulanarak;

" Sağlık Bakanlığı halk sağlığını koruyucu, standart ve norm koyucu bir yapıya kavuşturulacak, doğrudan yataklı tedavi hizmeti sunumundaki rolü giderek azaltılacaktır. Sağlık hizmetlerinde merkezi idarelerin görev, yetki ve sorumlulukları azaltılacak, il sağlık idarelerinin görev, yetki ve sorumlulukları yeniden belirlenecektir. Hizmetin sunulmasında yerel yönetimlerin rolü arttırılacaktır. Sağlık hizmetlerinin her aşamasında toplumun katkı ve katılımı sağlanacaktır" denilmektedir¹⁸³.

¹⁸² BAKAR Coşkun, AKGÜN Seval, "Türkiye de Sağlık Reformları; Sonu Gelmeyen Hikaye" ,Toplum Ve Hekim Der. Eylül-Ekim 2005 Cilt.20 Sayı.5 S.345-6-346

¹⁸³ Türkiye Cumhuriyeti VII: Beşyillik Kalkınma Planı, Ankara, 1996.

BEŞİNCİ BÖLÜM

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI (ÜÇÜNCÜ DALGA SAĞLIK REFORMLARI, 2002- GÜNÜMÜZE KADAR)

2002 yılında erken genel seçimler sonucu ülkenin siyasi yapısı yeniden şekillenmiş ve TBMM nde AKP Hükümeti tek başına iktidara gelerek göreve başlamış ve kısa bir süre sonra da açıkladığı acil eylem planı ile sağlık sektöründe ciddi değişiklikler yapacağını açıkça belirtmiştir¹⁸⁴. TC 58. Hükümet Acil Eylem Planı'nın kapsamında 205 faaliyet yer almaktadır. Bu faaliyetlerin temel başlıkları; kamu yönetimi reformu, ekonomik dönüşüm programı, demokratikleşme ve hukuk reformu ve sosyal politikalardır.

Sosyal politikalarla ilgili yapılacak faaliyetlerin özet tablosunda “Sağlıklı Toplum” başlığı altında; Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılacağı, devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayırımı kaldırılarak tüm hastanelerin tek bir çatı altında toplanacağı, hastanelerin idari ve mali yönden özerk bir yapıya kavuşturulacağı, sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanının ayrılacağı, genel sağlık sigortası sistemi ve kurumu kurulacağı, aile hekimliği uygulamasına geçilerek sağlam bir sevk zincirinin kurulacağı, anne ve çocuk sağlığına önem verilmesi, koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılacağı, özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirileceği kamuoyuna deklare edilmiş ve deklare edilen hususlar öngörüldüğü süreler içerisinde hayata geçirilmeye başlanılmıştır¹⁸⁵.

Diğer yandan Dünya Bankasının Türkiye için son yıllarda yürüttüğü sağlık politikası, Banka tarafından Haziran 2002 de yayınlanan “Türkiye: Yaygınlığı Ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar” adlı

¹⁸⁴ BAKAR Coşkun, AKGÜN Seval, agm. 2005 s..346

¹⁸⁵ ATAY Ender Ethem, SDP, Nihai Rapor,2004,s.7

http://www.google.com.tr/search?hl=tr&q=Do%C3%A7.+Dr.+Ender+Ethem+ATAY%2C+SDP%2CNihai+Rapor%2C2004&meta=lr%3Dlang_tr 20.1.2007

raporda¹⁸⁶ ayrıntılarıyla yer almaktadır. Bu dokümanda yer alan hedefler daha sonra AKP iktidarı sağlık politikası olarak dile getirilmiştir¹⁸⁷.

58. Hükümet Programı özetle sağlıkta aşağıdaki tespitlere yer vermektedir;

- mevcut sağlık sistemi İhtiyaca cevap vermiyor
- nüfusumuzun %19'unun sağlık güvencesi yok
- amaç; etkin, ulaşılabilir, kaliteli bir sağlık sistemi
- devlet, herkesin temel sağlık ihtiyacını özel sektörle işbirliği yaparak yerine getirmek zorunda
- mevcut sağlık sistemi çağdaş değil, maliyetleri yüksek, sağlık hizmetlerine ulaşım zor, sosyal güvenlik kurumları arasında standart birliği yok.
- sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşların ulaşabileceği yapıya kavuşturulması gerek
- sosyal güvenlik kuruluşlarının, sağlıkla uğraşması, asıl yapması gereken işleri engellemiş

Bu tespitlerin ardından, yapılması gerekenler de aşağıdaki şekilde sıralanmıştır;

- devlet-sigorta-kurum hastanesi ayrımı kaldırılacak; tüm hastaneler özleştirilecek
- sağlık bakanlığı, yeniden yapılandırılacak
- sağlık sektörüne rekabet getirilecek
- sağlık hizmeti sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılacak
- sağlık sigortası, uzun vadeli sigorta kollarından çıkarılacak
- nüfusun tamamını kapsayan GSS sistemi kurulacak, ödeme gücü bulunmayanların primleri devletçe ödenecek
- aile hekimliği uygulamasına geçilecek
- sağlık hizmeti sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılacak
- sağlık sigortası, uzun vadeli sigorta kollarından çıkarılacak
- nüfusun tamamını kapsayan GSS sistemi kurulacak, ödeme gücü bulunmayanların primleri devletçe ödenecek
- aile hekimliği uygulamasına geçilecek
- sağlam bir hasta sevk zinciri kurulacak
- bilgi teknolojilerinden azami yararlanılacak, sağlık bilgi sistemi kurulacak

¹⁸⁶ Dünya Bankası Dokümanı, İnsan Geliştirme Sektörü Birimi, Avrupa Ve Orta Asya Bölgesi, Rapor No.24358-TU

¹⁸⁷ PALA Kayıhan, "Dünya Bankasının Türkiye İçin Sağlık Politikası Ve Genel Sağlık Sigortası", Toplum Ve Hekim Der. Mart- Nisan 2003 Cilt18, Sayı.2 ,s.74

—hasta haklarının korunmasında hukuki eksiklik giderilecek¹⁸⁸.

Özellikle 2003 yılından sonra ivme kazanan, sağlık politikalarında köklü değişiklikler öngören sağlık reformu çalışmaları “**Sağlıkta Dönüşüm Programı**” başlığı altında Türkiye gündemindeki yerini almıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), Türk İdari Teşkilatlanmasında merkezi yönetimin yeniden düzenlenerek yetki, görev ve sorumluluklarının günün şartları ile uyumlu hale getirilmesi çabasının sağlık hizmetleri alanında nasıl yansması gerektiğini ifade etmektedir¹⁸⁹.

Mevcut Hükümet sağlık reformlarının iki ana unsurunda da (muhalafete rağmen) kanunlaşmayı sağlayabilmiştir. Aile hekimliği ve GSS. Üçüncü dalga sağlık reformlarının yasama aşamasına ulaşması, yasalaşması ve peyderpey uygulanmaya başlaması bakımından ikinci dalga sağlık reformlarından farklılık arz ettiği söylenebilir. Yani artık yasama aşamasından uygulama aşamasına geçilmiştir. Bunda 4 temel unsurun etkili olduğu söylenebilir;

—Birincisi yönetimde tek partinin olması,

—İkinci unsur AB dinamiği, AB dinamiği, politika değişikliği ve yatırımlar yoluyla doğrudan ve “yayılma etkisi” yoluyla dolaylı yoldan etki de bulunmaktadır.

—Üçüncü unsur reform dinamiğinin kendisi ile ilgilidir.

—Dördüncü unsur olarak DB ve İMF gibi uluslararası kuruluşların reform süreci üzerindeki etkisi belirtilebilir. Örneğin sağlık finansman reformunu da içeren Sosyal Güvenli Reformu(SGR) İMF nin Stand-By kapsamındaki gözden geçirmesinin ön koşulları arasında yer almaktaydı. Ayrıca genelde reformlara, özelde ise sağlık reformlarına finansal ve teknik açıdan destek veren Dünya Bankası(DB) ise son yıllarda AB dinamiği ve tek parti hükümeti politikalarınca karakterize edilen Türk politik ve ekonomik ortamını Türk sağlık politikalarına müdahil olmak açısından bir “fırsatlar penceresi” olarak görmüştür¹⁹⁰. Bütün bu unsurlar, politik istek ve desteği sağlayarak reformların gerçekleştirilmesinde itici güç haline gelmiştir.

¹⁸⁸ SOYER Ata ,Toplum ve Hekim Dergisi,Mart-Nisan 2003,Cilt.18,Sayı.2,s.123

¹⁸⁹ ATAY Ender Ethem , SDP Nihai Rapor,2004,s.7

¹⁹⁰ YILDIRIM Hasan Hüseyin ,”Nasıl Bir sağlık Reformu”, 2007, Ankara, “Örsan Öymen Anısına yılın İnceleme Ödülü 2006” adına yapılan Yayınlanmamış Çalışması,s.16-17

5.1. Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri:

Sağlıkta Dönüşüm Programı, sektörü bütün boyutları ile kavramak üzere şekillendirilmiş toplam 5 bileşenden oluşmaktadır. Her bileşen bir diğeri ile ilişkilendirilmiş olup, programın bütünlüğü içinde uygun olabilecek çözümleri ihtiva etmektedir.

5.1.1. Etkili Yönetim İçin Sağlık Bakanlığı'nın Yeniden Yapılandırılması:¹⁹¹

Bu konu, Sağlık Bakanlığı'nın temel halk sağlığı fonksiyonlarını korurken, kurumsal yapısının hizmet sunucu rolünden politika yapıcı ve hizmet sunumunu düzenleyici role geçişini desteklemektedir. Bu konunun bileşenleri şunlardır ;

5.1.1.1. Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı:

Yönetimde etkinliliğin artırılabilmesine yönelik bakanlık merkez teşkilatının yürüttüğü görev, yetki ve sorumlulukların azaltılması ve hizmetin sunumunda yerel yönetimlerin yetkilerinin artırılması öngörülmektedir. Bakanlığın, merkezi düzeyde yürüttüğü işleri yerel yönetimlere devretmesiyle birlikte yeni bir yapıya kavuşması ve sağlık hizmetlerinde eşgüdüm, danışma, izleme ve değerlendirme, öncelikleri belirleme, düzenleme ve denetleme, sektörel politika yapma rollerinin ortaya çıkması bu roller üzerinde daha fazla yoğunlaşması düşünülmektedir. Buna göre Sağlık Bakanlığı;

- Ulusun sağlığı ve bir bütün olarak sağlık hizmet sunucu sistemi konularında bilgi toplamak, incelemek ve yayınlamak,
- Klinik veya klinik olmayan yöntemlerle sağlığı geliştirmek için maliyet etkililiği olan müdahaleleri belirlemek ve teşvik etmek,
- Her türlü sağlık hizmetinin sunumu ve her tip ürünün güvenliği ve etkililiği için standartlar tanımlamak ve bunları yürütmek (Bu görev hizmet sunucuların, sağlık çalışanlarının ve onların eğitimlerinin akreditasyonunu içermektedir),
- Sağlık hizmet sunumundaki yönetişimi gözetmek ve alt birimlerin ciddi yanlışları olduğu durumlarda kendine verilmiş yetkileri kullanmak,
- Sektördeki kaynak kullanımını incelemek,

¹⁹¹ Sağlık Bakanlığı, (2004), "Sağlıkta Dönüşüm Programının Birinci Fazına Destek Sağlıkta Dönüşüm Projesi Proje İşletim Kılavuzu", Bölüm:I, 31 Temmuz 2004, Ankara.http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/1227_07.pdf 12.1.2007

- Sağlıkta insan kaynakları gelişimi için planlar oluşturmak ve kamu yararına sağlık insan gücünü iş piyasasını yönetmek,
- Ulusal politikaları düzenlemek ve bunların etkin olarak uygulanması için destek vermek,
- Daha az stratejik ama yine de uygun hizmet sunucu sistemini destekleyen merkezi hizmet görevleri şunları içermelidir ;
- Seçilmiş girdilerin satın almasını yürütmek,
- Fiziki altyapı gelişimi için model planlar yapmak.

Sağlık Bakanlığı'nın geriye kalan doğrudan hizmet sunumu görevi kamu halk sağlığı ile ilgilidir. Bunlar mevcut koşullarda ayrılandan daha fazla ilgi ve kaynağı hak etmektedir¹⁹².

5.1.1.2. Ulusal İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumunun kurulması:

Bu alt bileşen kapsamında, önemli harcama kalemleri olarak ve aynı zamanda uygunsuz kullanımlarından dolayı giderek daha da fazla sorun olmaya başlayan ilaçlar ve cihazlar için düzenleyici bir kurumun yasal ve düzenleyici çerçevesinin geliştirilmesi beklenmektedir¹⁹³.

—**Ulusal İlaç Kurumu:** Ülkemizde ilaçlara ve farmasötik ürünlere yapılan harcamalar oransal olarak çok yüksektir. Sosyal güvenlik kurumlarının mevcut politikaları yüzünden nüfusun çok büyük bir bölümü ilaç fiyatlarına karşı duyarsızdır. İlaç fiyat artışlarının da bilimsel bir temeli olmalıdır. İlaçla ilgili temel politikaların belirlenmesi, ilacın ruhsatlandırılması, üretimi, tanıtımı, satışı, araştırma geliştirme faaliyetlerinin yönlendirilmesi gibi konularda düzenleyici ve destekleyici olmak üzere “Ulusal İlaç Kurumu”nun oluşturulması sağlanacaktır.

—**Tıbbi Cihaz Kurumu:** Tıbbi cihaz ve sarf malzemesi temini daha çok ithalata dayalıdır. Denetim, kalite belgesi ve ölçümleme gibi konularda daha çok yurt dışı referanslar dikkate alınmaktadır. Uluslararası referansların yanında ulusal

¹⁹² ŞAHİN Feyzullah “Sağlıkta Dönüşüm Projesi Ve Sağlık Eğitimi Faaliyetleri”, http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/1221_01.pdf 12.1.2007

¹⁹³ Sağlık Bakanlığı, (2004). Sağlıkta Dönüşüm Programının Birinci Fazına Destek Sağlıkta Dönüşüm Projesi Proje İşletim Kılavuzu, Bölüm:II, 31 Temmuz 2004, Ankara.

standartların belirlenmesi ve kalite belgesini tanzimi yerli üretime kolaylık sağlayacaktır. Ayrıca kullanılan cihazların periyodik kalibrasyonu (ölçümleme), tanı ve tedavi güvenilirliğini ve verimliliğini arttıracaktır. Tıbbî sarf malzeme ve cihaz konusunda da standardizasyon ve denetim vazgeçilmez öneme sahiptir. Hastanelerdeki klinik mühendislik hizmetlerine odaklanan ulusal düzeyde denetleyici, eğitici ve düzenleyici yetkilere sahip olarak tasarlanmış bir Tıbbî Cihaz Kurumu'nun kurulması planlanmaktadır¹⁹⁴.

5.1.1.3. Sağlık Tesislerinin Kalite Güvenliği Ve Akreditasyonu:

Sağlık sektöründe hizmetin kabul edilebilirliği ve standardı en az kullanılan ilaç, sarf malzemesi ile tanı ve tedavi araçları kadar önemlidir. Hizmet biriminin belli standarda uygun olması tek başına yeterli değildir. Hizmet sunumu sonunda elde edilen çıktıların değerlendirildiği bir mekanizmanın kurulması gerekmektedir. Bu alandaki düzenleme ve etkinlikler, halen, Sağlık Bakanlığı bünyesinde Temel Sağlık Hizmetleri ve Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüklerine bağlı birimlerce sürdürülmektedir. Bu bağlamda, Bakanlığa bağlı hastanelerde ISO 9000 kalite belgesi almaya yönelik çalışmalar yürütülmektedir. Proje kapsamında, sağlıkta kalite çalışmalarını tek elden eşgüdüm içinde sürdürecektir, ruhsatlandırma, sertifikasyon, akreditasyon, eğitim ve rehberlik işlevini üstlenecek özerk bir kurumun kurulması tasarlanmaktadır.

5.1.1.4. Sağlık Sektöründe Araştırma-Geliştirme Çalışmaları:

Bilgi çağının yaşandığı günümüzde, Türkiye, her alanda olduğu gibi sağlık sektöründe de bilimi, araştırmayı ve teknoloji yaratmayı ve geliştirmeyi ülkenin geleceği olarak görmek ve gereken önemi vermek zorundadır. Sağlık Bakanlığının sağlık alanında yapılan Ar-Ge çalışmalarında etkin bir yer alabilmesi ve özel sektörün de bu konuda teşvik edilebilmesi amacı ile Ar-Ge faaliyetlerinin yeniden yapılandırılması, "Risk Sermayesi Mevzuatı" geliştirilerek ileri teknoloji alanlarında yapılacak olan araştırmaların ve bunlardan üretime intikali uygun görülenlerin riskinin paylaşılması konusunda desteklenmesi sağlanmalıdır. Böylelikle yüksek teknolojinin yatırımlarının ve üniversite-sanayi bilgi paylaşımı ile gerçekleştirilecek

¹⁹⁴ "Sağlıkta Dönüşüm projesi Konsept Notu" Sağlık Bak. Yayını
http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/1221_01.pdf 12.1.2007

projelerin desteklenmesi risk sermayesi kavramının oluşturulması açısından son derece önemlidir. Bu konuda idari, yasal ve insan gücünün yetiştirilmesi maksadı için gerekli olan tüm çalışmalar yapılmalıdır¹⁹⁵.

5.1.1.5. Sağlıkta Dönüşüm Projesi için izleme ve değerlendirme kapasitesinin oluşturulması:

Bakanlık bünyesinde projenin işleyiş, kurumsal kapasitenin artırılması, teknik yardım, eğitim, mal ve ek işletim giderlerinin sağlanması yoluyla güçlendirilmesini de kapsayan izleme ve değerlendirme çerçevesinin oluşturulması planlanmaktadır¹⁹⁶.

5.1.2. Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası:

Tüm nüfusu kapsamı altına almayı hedefleyen GSS, tüm bireylere prim yükümlülüğü karşılığında ve ortak sağlık sigortası hizmeti sunmayı hedeflemektedir. Bu anlamda temel amaç yönetim, uygulama ve finansman bakımından ulusal düzeyde çağdaş ve profesyonel “sağlık sigortacılığını” yerleştirmektir. Bu amaca ulaşabilmek için;

—Halen SSK, Bağ-Kur, ES, kamu çalışanları ve yeşil kartlılar olmak üzere beş farklı kalite ve standartta sunulan kamu sağlık sigortacılığı birleştirilecek ve tüm vatandaşlara eşit kapsam ve kalitede sağlık sigortacılığı hizmeti verilen bir yapıya dönüştürülecektir

—Öncelikle vatandaşlarımızın hastalanmadan, sağlıklı yaşam sürdürmesine yönelik her türlü koruyucu sağlık programının uygulanmasını temel politika haline getirecek bir finansman modeli uygulanacaktır. Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi amacıyla Aile Hekimlerinden sözleşme ile hizmet satın alınacaktır.

Buna rağmen sağlığın bozulması halinde ise, maliyet-etkili tedavi yöntemleriyle kişilerin hastalıklarıyla uyumlu hizmet almasını sağlayacak modeller

¹⁹⁵ Sağlıkta Dönüşüm projesi Konsept Notu Sağlık bak. Yayını
http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/1221_01.pdf 12.1.2007

¹⁹⁶ “Kamuda Yeniden Yapılanmada Sağlık Sisteminin İzlenmesi, Değerlendirilmesi Ve Performans Yönetimi” 26/27 Eylül 2005 Tarihli Çalıştay: http://sbu.saglik.gov.tr/extras/birimler/apk/calistay_07.10.2005.doc 13.6.2007

uygulanacaktır. Tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri, sağlık kuruluşlarından sözleşmeler yoluyla satın alınacaktır.

—Katılımın zorunlu olduğu, prime dayalı bir yapı oluşturulacaktır.

GSS Prim oranı: % 12,5 tir.

Aktif alışanlar iin% 0,5'i iş kazası ve meslek hastalığı primidir

alışan Payı: % 5

İşveren Payı: % 7,5

Emekliler: Prime ya da aylıklarından kesintiye tabi değildir.

Yeşil kartlıların ve yoksulların primi devlet tarafından odenmektedir.

Bağ-Kur'da sağlık primi %20'den %12,5'e inmektedir.

Devlet memurlarından prim alınmaya başlanmaktadır.

SSK için prim oranı aynıdır¹⁹⁷.

— Sistemin mali surdrlebilirliğinin en temel koşullarından biri, sağlığı koruyucu her trl politika önlemine rağmen hastalanan kişilerin tedavisi nedeniyle ortaya çıkan harcamaların doğru ve yerinde yapılıp yapılmadığını denetlemeye uygun, etkin mekanizmaların kurulması ve işletilmesidir. Bu amaçla, öncelikle bilgi teknolojilerine, veri tabanı yönetimine ve yönetim bilgi sistemlerine dayalı geniş kapsamlı denetim araçları geliştirilecektir.

5.1.3. Sağlık Hizmetleri Sunumunun Yeniden Yapılandırılması:

Bu konu, beş alt bileşene sahiptir. Bunlar;

5.1.3.1. Poliklinik Hizmetleri Veya Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Sunumu için Model Olarak Aile Hekimliğinin Kabul Edilmesi:

Proje kapsamında, temel sağlık hizmetleri projesinde de pilot uygulaması yapılan, gelişmiş ülkelerde birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda grlen aile hekimliğine geçilmesi tasarlanmaktadır. Buna bağlı olarak temel sağlık hizmetleri ve dolayısıyla koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılacağı dřnlmektedir¹⁹⁸. Aile

¹⁹⁷ SOSYAL GÜVENLİK REFORMU: SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ NİSAN 2005
http://www.calisma.gov.tr/birimler/sqk_web/html/beyazkitap.doc s.79 11.6.2007

¹⁹⁸ Sağlık Bakanlığı, (2004). Sağlıkta Dönüşüm Programının Birinci Fazına Destek Sağlıkta Dönüşüm Projesi Proje İşletim Kılavuzu, Bölüm:I, 31 Temmuz 2004, Ankara
http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/1227_07.pdf 12.1.2007

hekimliği Pilot uygulaması Hakkındaki kanun, 2004 yılında yasalaşmıştır. Yönetmelikleri 2005 yılında kabul edilmiştir. İlk pilot uygulama 2005 yılında Düzce de başlatılmış olup, diğer illerde aile hekimliği uygulamasına 2007 yılından itibaren geçilecektir. Bu yasa ile aile hekimliği hizmetleri, sözleşmeli ya da bakanlık görevlendirmesiyle çalışan aile hekimliği uzmanı, hemşire, ebe, sağlık memurundan oluşan aile sağlığı elemanları tarafından sunulacaktır. (Resmi gazete,25665,2004;25867;25904,2005) Her bir aile hekimi için kayıtlı kişi sayısı; asgari 1000,azami 4000 dir¹⁹⁹.

5.1.3.2. Daha Fazla Özerklik Yönünde Sağlık Bakanlığı Ve SSK Hastanelerinin Birleştirilmesi Ve Uyumlaştırılması:

Ülkemizde hastanelerle ilgili planlama, denetim, koordinasyon, izin ve ruhsatlandırma gibi işlemler 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin ilgili maddelerine göre Sağlık Bakanlığı'nca yürütölmektedir.

Hastaneyle ilgili çalışmaları yakın bir zamana kadar Sağlık Bakanlığı'nın yanı sıra çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Yüksek Öğretim Kurulu Başkanlığı (YÖK), Milli Savunma Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Posta Telgraf Telefon İşletmeleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Devlet Demir Yolları gibi kamu kurum ve kuruluşu tarafından yürütölmekteydi. Bu kurum ve kuruluşların farklı mevzuata bağlı olmaları ve birbirinden bağımsız bir yapıya sahip olmaları nedeniyle, sağlık hizmetleri tek elden planlanamamaktadır. Ek olarak, kurumlar arası etkili ve verimli bir koordinasyon kurulması ve hizmetin yerine ulaşması zorlaşmaktadır. Bu durum, sağlığa ayrılan kaynakların rasyonel kullanılamamasına yol açmakta ve ortaya çıkan atıl kapasite kaynakların israfına sebep olmaktadır. Sağlık hizmetlerinde kaynak tasarrufu; hizmette etkinlik ve verimlilik için hizmetlerin tek elden yürütölmesi gereklidir.. Bu bağlamda görölen sorunların çözümüne yönelik, Milli Savunma Bakanlığı ve kamu üniversitelerine bağlı sağlık kuruluşları hariç, “Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair 5283 Sayılı Kanun” 19.01.2005 tarihli Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiş ve

¹⁹⁹ BAKAR Coşkun ,AKGÜN Seval,agm.2005 s.346

20.02.2005 tarihinden itibaren kamuya ait tüm sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığı bünyesinde hizmet vermeye başlamıştır.

5.1.3.3. Etkili, Kademeli Sevk Zinciri:

Sağlık hizmetlerinde sevk kavramı ile; sağlık kurumlarına gereksinimlerinden dolayı müracaat eden bireylere temel düzeyde hizmet sunan birinci basamak kurumlardan daha karma ve kompleks hizmet sunan ikinci ve ihtiyaç halinde üçüncü basamak sağlık kurumlarına yönlendirilmesini ifade edilmektedir²⁰⁰. Etkili bir sevk zincirinin kurulabilmesinin ön şartı, hastanın kendi seçtiği ve güvendiği bir hekimden birinci basamak hizmeti almasıdır. Bu da temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve bu hizmet sunumunun kalitesine bağlıdır. Acil haller hariç, kişi hangi sosyal güvenlik kuruluşuna tabi olursa olsun, aile hekiminin sevkı olmaksızın sağlık kurum ve kuruluşlarına müracaat ettiğinde katkı payı alınacaktır²⁰¹.

5.1.3.4. İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri:

Ülkemizdeki hastanelerin tümü, aralarında hiçbir ayırım yapılmaksızın, sigorta kurumu ile sözleşme yapmak ve sevk sistemi esaslarına uymak kaydı ile bütün vatandaşlarımıza hizmet verebileceklerdir. Hastanelerimiz bu hizmeti verirken hizmet kalitesi ve sözleşme esaslarına uygun fiyat uygulamaları açılarından denetim altında tutulacaktır. Kamu hastanelerinin bu değişen yapıya uyum sağlaması, daha verimli işletmeler haline dönüşmesi ve sektörün diğer aktörleri ile rekabet edebilmesi için şu andaki merkeze bağımlı yapısından kurtulması gereklidir. Bu yapının doğal bir sonucu olarak her hastane kendi yönetim kararlarından, hizmet kalitesinden ve verimliliğinden sorumlu olacaktır. Ancak ülkemizdeki kaynak dağılımı dengesizliği göz önünde bulundurularak sosyal devlet ilkesi gereği yetersiz bölgelerdeki sağlık kurumları desteklenecektir²⁰².

²⁰⁰ “Sağlıkta Dönüşüm projesi Konsept Notu” Sağlık Bak. Yayını
http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/1221_01.pdf 12.1.2007

²⁰¹ http://www.pydb.saglik.gov.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=1&Itemid=2 14.1.2007

²⁰² http://www.pydb.saglik.gov.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=1&Itemid=2
14.2.2007

5.1.3.5. Toplum Sağlığı Fonu:

Sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesinden öte toplum katılımını esas alan mekanizmaların desteklenmesi için bir fon ayrılması tasarlanmaktadır.²⁰³

5.1.4. İnsan Kaynakları Kapasitesinin Güçlendirilmesi:

Bu bileşen kapsamında, sağlık işgücünün beceri ve yetkileri, Bakanlığının değişen rolüne uygun olarak yeniden tanımlanması amaçlanmaktadır²⁰⁴. Sağlık hizmetlerinde dönüşümün başarılı olarak gerçekleştirilmesi; uygun, nitelikli insan gücünün varlığına bağlıdır. Program çerçevesinde öncelikle sağlık sektöründe çalışan profesyonellerin, Avrupa Birliği süreci dikkate alınarak görev yetki ve sorumluluklarının tanımlanması düşünülmektedir²⁰⁵. Dönüşümü gerçekleştirmek ve başarıyı sürekli kılmak için, halk sağlığı bilgi ve becerisine sahip, özellikle sağlık politikası, sağlık işletmeciliği, sağlık ekonomisi ve sağlık planlaması konularını bilen insanlara ihtiyaç olduğu inkâr edilemez. Ülkemizde sektörel analizleri yapabilecek, araştırmalar planlayacak, hükümetlere danışmanlık yapacak ve sektörün ihtiyaç duyduğu insan gücüne mezuniyet sonrası eğitimler verecek bir kuruma ihtiyaç vardır. Sağlıkta Dönüşüm Programının öncelikli hedefleri arasında ülkemize böyle bir kurumu kazandırmak vardır²⁰⁶.

5.1.4.1. Halk Sağlığı Okulunun Açılışı:

Bakanlığın kuruluşunun ilk yıllarında eğitim, araştırma gibi etkinlikler; 17.05.1928 tarih ve 1267 sayılı kanunda yer alan, fiilen 02.11.1936 tarihinde kurulan

²⁰³ Sağlık Bakanlığı, (2004). AGK.Bölüm.I http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/1227_07.pdf 12.1..2007

²⁰⁴ Sağlık Bakanlığı, (2004). AGK.Bölüm.I http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/1227_07.pdf 12.1.2007

²⁰⁵ ŞAHİN Feyzullah http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/1221_01.pdf 12.1.2007

²⁰⁶ http://www.pydb.saglik.gov.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=1&Itemid=2

ve 30.12.1940 tarih ve 3959 sayılı kanunla işlerlik kazanan Hıfzısıhha Mektebine verilmiştir²⁰⁷. Okul, kurulduğu tarihten itibaren dönem dönem kesintilere uğramakla birlikte araştırma, toplantı ve yayın çalışmalarını 1982 yılına kadar sürdürmüştür. Kadroları 1982 yılında lağvedilmiş ancak 2003 yılında tekrar açılmıştır. Okul, tekrar açılırken, Bakanlığın hedeflediği desantralizasyon, hastanelerin özerk işletmelere dönüşmesi, aile hekimliği sisteminin kurulması gibi aşamalarda projeye önemli katkılarının olabileceği ve gerekli insan gücünün okul tarafından yetiştirileceği düşünülmüştür. Okulun çalışma usul ve esaslarına belirleyen 15.05.2003 tarih ve 23 sayılı yönergeye göre halen Milli Eğitim Bakanlığı ve YÖK'ün üstlenmiş olduğu örgün eğitim faaliyetlerini değil, mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim etkinliklerini gerçekleştirmesi planlanmıştır. Dolayısıyla, okulun temel işlevi araştırma ve eğitim olacak şekilde planlanmaktadır²⁰⁸. Ayrıca tıpta uzmanlık eğitimi müfredat programlarının, meslek örgütlerinin de katılımı ile geliştirilip denetlenmesi gerekir. Eğitim hastanelerinin yeniden organize edilip, verilmekte olan tıpta uzmanlık eğitimini planlayacak, standardize edecek ve denetleyecek kurumsal bir yapı oluşturulacaktır. Bu uygulamalar Sağlık Akademisi veya Sağlık Uzmanlık Kurumu çatısı altında akademik bir yapıya kavuşturulacaktır.

5.1.4.2. Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü:

Dönüşümlerin başarılı olarak gerçekleştirilmesi, uygun nitelikli ve gerekli insan kaynaklarının mevcudiyetine büyük ölçüde bağlıdır. Program çerçevesinde öncelikle sağlık sektöründe çalışanların görev yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık çalışanlarının ülke geneline dengeli dağılımını, teşvik edici gönüllü politikalarla sağlayacaktır. Bu yaklaşımın sonucu olarak zorunlu hizmet kaldırılmış isteğe bağlı sözleşmeli personel uygulamasına geçilmiştir²⁰⁹.

5.1.5. Sağlık Ve Sosyal Güvenlik Bilgi Alt Yapısının Kurulması:

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bütün bileşenleri arasında uyumun sağlanabilmesi için entegre(bütünleşmiş) bir sağlık bilgi sistemine ihtiyaç vardır.

²⁰⁷ Sağlık Bakanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Hıfzısıhha Mektebi Tarihçesi, [http://www.hm.saglik.gov.tr/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=9],

²⁰⁸ ŞAHİN Feyzullah http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/1221_01.pdf 12.1.2007

²⁰⁹ http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/1221_01.pdf 12.1.2007

Sağlık hizmetlerinde eş güdüm, sağlık envanterinin(dökümünün) oluşturulması, bireylerin tıbbi kayıtlarının korunması, sevk basamakları esnasında bilgi transferi ve temel sağlık uygulamalarındaki verilerin toplanması amacıyla Sağlık Bilgi Sistemi kurulacaktır. Bu sistem, verilerin sağlıklı analizi ile karar vericiler ve sağlık politika yapımcılar için büyük bir destek sağlayacaktır²¹⁰.

—Sağlık Bilgi Sisteminin Ve Sosyal Güvenlik Bilgi Sisteminin Kurulması: Uzun dönemde Türkiye e-Dönüşüm Projesi, kısa dönemde Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin hayata geçirilmesi için sağlık bilgi sistemiyle ilgili çalışmalar başlatılmıştır. Bu konuda, 4 Aralık 2003 tarih ve 25036 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 2003/48 sayılı Başbakanlık Genelgesi ile e-Dönüşüm Türkiye Projesi Kısa Dönem Eylem Planı yayımlanmıştır²¹¹. Sağlık bilgi sistemi /e-sağlığın yapılandırılması amacıyla aile hekimliği bilgi sisteminin oluşturulması, birinci ve ikinci basamak sağlık kurumları ile ilgili diğer kurum ve kuruluşlar bilgi sistemlerinin analizi ve değerlendirilmesi, ulusal sağlık bilgi sistemine geçiş için hazırlık niteliğindeki adımların atılması yer almaktadır²¹². Ayrıca, aile hekimliği sistemi için ihtiyaç duyulan bilgi sistemi alt yapısının oluşturulması amacıyla kullanılacak tanı, ön-tanı, izlemler, doktor ve hasta kimlik bilgilerine ilişkin standartlardır. Bunların yanı sıra, veri setinin ve ilgili kod sisteminin belirlenmesi amacıyla çalışmalar başlatılmıştır. Bilgi İşlem Dairesi Başkanlığı'nın teknik ekibi, aile doktorluğu bilgi sistemi iş süreçlerini belirlemek ve akış diyagramlarını oluşturmak, iş akış modeli ve analiz çalışmalarını tamamlamak üzeredir²¹³.

Ayrıca; bilgi sistemleri kapsamında Sağlık Bakanlığı'nda yürütülen çalışmaların bir benzerinin Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nda da yürütülmesi, çalışmalarda eşgüdüm sağlanması ve ortak dil oluşturulması amaçlanmaktadır.

Yukarıda sıralanan ilke ve bileşenlerden meydana gelen “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın uygulamaya geçirilmesi için, kavramsallaşma, yasalaşma, kontrollü

²¹⁰ http://www.pydb.saglik.gov.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=1&Itemid=2

12.1.2007

²¹¹ Sağlık Bakanlığı Yayını (2004) “Sağlık 2003, 2004” s.45

²¹² Sağlık Bakanlığı Yayını,Ankara (2004). “2005 Yılında Sağlık Ve Sağlık Bakanlığı”, 2004 Aralık s.5

²¹³ Sağlık Bakanlığı Yayını (2004) “Sağlık 2003, 2004” s75

yerel uygulamalar ve ülke genelinde uygulama şeklinde dört aşama²¹⁴ öngörülmüştür. Bu aşamalar tamamlandığında;

- Genel sağlık sigortası,
- Aile hekimliği,
- Sağlıkta tek merkezden yönetim ve sağlık kuruluşlarının tek elde toplanması,
- Performansa dayalı döner sermaye uygulaması,
- Özel sağlık kuruluşlarından artan oranda yararlanma ve özel sektörün özendirilmesi,
- Kamu sağlık kurumlarının sağlık işletmelerine dönüşmesi gerçekleşmiş olacaktır.

²¹⁴ T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm, Aralık 2003, s. 37-38.

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ

6.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Konusunda İlgili Sivil Toplum Örgütlerinin Görüşleri Ve Tepki Nedenleri:

“Sağlıkta Dönüşüm Programı” görüldüğü gibi tüm sağlık örgütlenmesinde yeniden yapılanmayı gerçekleştirmek amacıyla hazırlanmıştır. Devletin yeniden yapılandırılması amacıyla yapılan diğer reform çalışmaları gibi Dünya Bankası ve İMF destekli bir çalışmadır ve temelinde finansman sorunu yatmaktadır. İlgili Sivil toplum örgütleri, Türk Tabipler Birliği (TTB), Kamu Emekçileri Sendikaları Konfederasyonu (KESK), Devrimci İşçi Sendikaları Konfederasyonu (DİSK) ve bunlara bağlı Sağlık Emekçileri Sendikaları ve diğer sivil toplum örgütleri, Emek Platformu adı altında toplanmış ve sağlıkta dönüşüm programı ile yapılmak istenen bu değişikliklere birçok gerekçe ile şiddetle karşı çıkmakta ve gerek basın bildirileri gerekse çeşitli eylemlerle tepkilerini dile getirmektedirler. Özellikle TTB ve illerdeki Tabip Odaları bu programdaki değişikliklerin meslek örgütü çalışanlarının özlük haklarına olduğu gibi, sağlık hizmetlerinden yararlanan vatandaşlarında aleyhine sonuçlar doğuracağını söylemektedir. TTB “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile sağlık hizmetlerinin ticarileştirildiğini, hekimlerin ve sağlık personelinin mesleki geleceğini ve toplumun sağlık hakkının karartıldığını ileri sürmektedir. Hekimi işletmeci, sağlık personelinin güvencesiz işçi ve vatandaşı müşteri yapan bu sistemin Türkiye’imize, hekimlerimize, sağlık çalışanlarına ve halkımıza hiçbir yararı yoktur. Yönetmelik ve yönergeleri hukuki olarak tartışmalıdır denilmektedir²¹⁵.

²¹⁵ <http://www.izmirtabip.org.tr/default.asp?mid=793> 2.4.2007

—TTB ne göre; uygulanan program esas olarak kamu sağlık hizmetlerinin bütünüyle tasfiyesini ve sağlığın ticarileştirilmesi/özelleştirilmesini hedeflemektedir. Bu programın hekimler için anlamı iş güvencesinin ortadan kaldırılması, hekim emeğinin ucuzlatılması, işsizlik tehdidi ve mesleki-etik değerlerin erozyonu nedeniyle saygınlık ve itibar kaybı olduğu artık çok daha açık olarak görülüyor denilmektedir.

—TTB, sağlık hizmetlerini "temel teminat paketi" ile sınırlayıp, parası olanın satın almasını önerecek kadar adaletsiz; aylık geliri 134 YTL'nin üzerindeki bütün yurttaşlarımızdan her ay 70 ile 475 YTL arasında pirim almayı düşünecek kadar gayri insani olan Genel Sağlık Sigortasının süresiz olarak ertelenmesini istemektedirler²¹⁶.

—GSS ve Programdaki diğerk değışikliklerin İMF'ye iletilen niyet mektuplarında belirtildiğı gibi *Sağlık harcamalarının kontrol altına alınması, sağlıklı bir bütçe pozisyonunun korunması adına yapıldığını ileri sürmekte ve bunun "yaşamdan tasarruf" anlamına gelmekte olduğunu söylemektedir.*

—Ayrıca kamuoyunda "Torba yasa" olarak bilinen 5581 sayılı "Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değışiklik Yapılmasına Dair Kanun" 1. maddesi ile hekimler zorunlu mali sorumluluk sigortası kıskacına alınmakta; 2. maddesi ile eğitim hastanelerindeki klinik şefleri ve şef yardımcılarının bilimsel kriterlere ve liyakate göre değıl, siyasi iktidara ve sadakate göre atanması düzenlenmekte; 6. ve 8. maddeler ile yurtdışından ucuz hekim ithalatının önü açılmakta; 7. maddesi ile de anestezi teknisyenlerine hasta uyutma yetkisi verilmektedir, diyerek bu yasaya da karşı çıkmaktadırlar.

28.2.2007 tarihli, doktorlar, diş hekimleri, eczacılar, hemşireler, biyologlar, teknisyenler, hastabakıcılar ve tüm sağlık çalışanları adına yapılan basın bildirisinde TTB;

—Paket fiyat ve ilaç sınırlandırmaları ile halkımızın mağdur edildiğini söylemektedirler.

²¹⁶ http://www.ttb.org.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=584&Itemid=56 14.3.2007

—Aile Hekimliği uygulamaları ile bir yandan sağlık emekçileri fazla çalışmaya-angaryaya mahkûm edilirken, diğer yandan iş güvencesiz ve birbirleriyle sürekli rekabet halinde çalışmaya zorlanmaktadır denilmektedir.

—Sağlık hizmetlerinde taşeron çalışma yaygınlaştırılıp sağlık çalışanlarının iş güvencesi ortadan kaldırılmaktadır.

—Reçete kısıtlamalarıyla hekimleri, sürekli değişen kurallarla eczacıları hastalarıyla karşı karşıya getiren, ülkemizin ilaç harcamalarını olağanüstü artırarak uluslararası ilaç tekellerine pasta olarak sunanlar, vatandaşa sonunda pes dedirtip ilacın çoğunu cebinden alacağı bir sistemi örüyor denilmektedir²¹⁷

TTB ne göre; “Sağlık ocaklarının kapatılarak yerine konulmak istenen "Aile Hekimliği" sistemi'nin birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi anlamına geldiği Dünya Bankası raporlarında tüm çıplaklığı ile belirtilmektedir. Yapılmak istenen; insanların hastalanmasından kazanç elde etmek, daha çok hasta yaratarak ilaç ve teknoloji satmayı hedefleyen tekellerin gelirlerini arttırmaktır. Sağlıklı bir toplumu hedefleyen "Koruyucu Sağlık Hizmetleri" ortadan kaldırılmak istenmektedir”²¹⁸

Ayrıca “Sağlıkta Dönüşüm Programı” kapsamında 5489 sayılı sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortası yasası’na ilişkin olarak; Devrimci İşçi Sendikaları Konfederasyonu(DİSK), Kamu Emekçileri Sendikaları Konfederasyonu (KESK), Türk Tabipleri Birliği (TTB), ve Türk Mühendis Mimar Odaları Birliği (TMMOB) görüş ve değerlendirmelerini bildirmek üzere 2.5.2006 tarihinde Cumhurbaşkanı Ahmet Necdet Sezer e bir mektup yazmışlar, görüş ve düşüncelerini açıklamışlardır. Bu mektubun içeriği EK:2 de verilmiştir.

Yine İzmir Tabip Odası tarafından Aile Hekimliği İle İlgili Yasal Düzenlemelere Karşı Danıştay’a açılan davaların listesi EK:3 te verilmiştir. Aynı gerekçelerle kanunun iptali yönünde, diğer illerdeki Tabip Odalarının ve Sağlık Emekçileri Sendikası (SES)in Danıştay a açtıkları davalar devam etmektedir²¹⁹.

²¹⁷ http://www.ttb.org.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=577&Itemid=57 14.3.2007

²¹⁸ [Http://www.ttb.org.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=553&Itemid=57](http://www.ttb.org.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=553&Itemid=57) 15.3.2007

²¹⁹ <http://www.ses.org.tr/pages/hukuk/SES%20HUKUK%20BROSURU%202007.doc>

6.2. Değerlendirme Ve Öneriler:

Bir ülkede uygulanabilecek ideal sağlık sistemi, ülke genelinde tüm bireylere etkin ve hızlı şekilde hizmet sunabilen, hastaya ve kamuya en makul maliyetli, sağlık çalışanları ve hasta memnuniyetini yüksek seviyede tutan, eğitime ve AR-GE'ye yeterli kaynak ayırabilen bir sistem olarak tanımlanabilir. Bu çerçevede ülkemizin mevcut şartları göz önünde bulundurularak ideal bir sağlık örgütlenmesinin nasıl olması gerektiği konusu yıllardır tartışılmaktadır. 1920 yılında kurumsallaşma çabalarıyla başlayan Türk sağlık örgütlenmesindeki değişim çalışmaları, 1960 yılından itibaren başlayan reform anlamındaki değişimlerle devam etmiş fakat ilerleyen dönemde sağlık hizmetleri finansmanında ve sağlık hizmetlerine erişimde, hakkaniyeti daha verimli kaynak tahsisatını ve kullanımını sağlamayı ve nihayetinde de nüfusun sağlık statüsünü yükseltmeyi yeteri kadar başaramamıştır. Neden bu reform ve değişim girişimleri amaçlarına ulaşmada başarısız olmuştur? Yaşanılan deneyimlerden hangi dersler çıkarılabilir ve kalıcılık adına neler önerilebilir? Türkiye'yi yöneten siyasi kadrolar, 1980 sonrası ekonomik anlamda olduğu kadar devletin yeniden yapılanmasında da neo- liberal politikaları kendine rehber edinmişlerdir. Bu siyasi tercihin sağlık alanındaki son geldiği nokta sağlık örgütünde ciddi yapısal değişiklikler içeren "Sağlıkta Dönüşüm Programı" dır. Bu doğru bir tercih midir? Var olan problemlerin çözümüne yönelik bir yapılanma getirecek midir? Uluslararası genel kabul görmüş temel sağlık hizmetleri anlayışıyla ne kadar örtüşmektedir?

Bu soruların ışığı altında bu çalışmanın amacı; Türkiye de şu ana kadar olan reform (değişim) girişimlerini mevcut sosyal ekonomik ve kültürel şartlar içerisinde tanımlamak, başarısızlık nedenlerini belirlemek, zorlukları tespit etmek, mevcut ve gelecekteki sağlık reformları için dersler çıkarmak ve önerilerde bulunmaktır. Bu amaçla 1920 cumhuriyetin ilanı ile kurumsallaşma ve örgütlenme çalışmalarından başlamak üzere sağlık reform girişimleri tarihsel bir perspektifle ve mevcut siyasi ve ekonomik şartlar da göz önüne alınarak incelenmeye çalışılmıştır.

Görülmüştür ki; toplumsal, ekonomik ve teknolojik değişiklikler; hem insanların ihtiyaçlarında hem de kamu veya özel örgütlerin yeniden yapılanmasında belirleyici rol üstlenirler. Örgütler ait oldukları çevrenin değişimiyle birlikte bu değişime kendilerini uydurmak zorunluluğu ile karşı karşıyadırlar. Çünkü

hayatîyetlerini devam ettirebilmeleri buna bağlıdır. Örgütsel değişimin amacı, örgütsel etkinliği artırmak veya azalmasına engel olmaktır. Nedenleri ise gerek örgütsel gerekse çevresel unsurlarda meydana gelen değişmelerdir. Bildiğimiz gibi toplumu oluşturan bireylerin yaşamlarını sürdürebilmeleri ve mutlu olmaları onların bir kısım ihtiyaçlarının karşılanması bağlıdır. İnsanların ihtiyaçlarının karşılanması içinde örgütlere ihtiyaç vardır. İnsanların ihtiyaçlarının üretimi özel örgütlerle karşılanabildiği gibi bazı alanlarda bu sorumluluğu devlet de üstlenebilir.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin örgütlenmesini de Cumhuriyetin ilanından itibaren devlet üstlenmiştir. Yeni kurulan cumhuriyetle birlikte sağlık hizmetleri günün şartları da göz önünde bulundurularak bir yapılanma içerisine girmiş ve bağımsız bir sağlık örgütünün kurulmasıyla işe başlanmıştır. Olaya değişim yönünden bakarsak; devletin burada bir seçim yapmış olduğunu ve sağlık hizmetlerinin sorumluluğunu aldığını, sosyal devlet anlayışıyla konuya yaklaştığını görüyoruz. Kurumsallaşma dönemi dediğimiz bu dönem içerisinde bu anlayışa uygun olarak gerekli kanunlar çıkarılmış ve sağlık hizmetlerinin örgütsel yapısı kaynaklar ve ihtiyaçlar doğrultusunda oluşturulmaya çalışılmıştır. Sağlık örgütlenmesi bir kamu hizmeti olarak kabul edildiğinden, kamu yönetimindeki yönetim anlayışı sağlık örgütlenmesini de etkilemiştir. Bu dönemde daha çok koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmiş, tedavi edici sağlık hizmetleri yani hastane hizmetlerinin sunumu belediyelere bırakılmıştır. İlerleyen süreçte sosyal devlet anlayışı aynı kalmak şartıyla devletin sağlık hizmetlerindeki sorumluluğu ve bakış açısı devam etmiş fakat gerek yönetsel gerekse finansal yeterlilik sağlanamamıştır.

Birinci dalga sağlık reformları olarak adlandırdığımız 1960–1980 yıllarında sağlık örgütlenmesine, 224 sayılı sosyalizasyon kanunu imzasını atmıştır. Bu kanun bütün dünya da bilimsel çevrelerce kabul edilen Temel Sağlık Hizmetleri ilkelerine uygun bir örgütlenme modeli önermektedir. Sağlık hizmetlerinden yararlanmanın insanlar için sosyal bir hak olduğu, devletin vatandaşlara sağlık hizmeti sağlamasının ödevi olduğu ve ülke coğrafyasında yaşayan her vatandaşın bu hizmetlerden eşit şekilde yararlanabileceği 224 sayılı sosyalizasyon yasası ile kabul edilmiştir. Kanunun ilk çıkarıldığı yıllarda bu anlamda en ücra yurt köşelerinin temel sağlık hizmeti alması ve tanınması konusunda başarılı çalışmalar yapıldığını biliyoruz. Bu yasa ile getirilmek istenen; hizmetlerin, bütünleşmiş, ekiple üretilen, gezici, nüfus-bölge tabanlı, sevk sisteminin işletildiği, kademeli hizmet yapısı, hem

personel hem de eldeki kaynakların kullanımında rasyonel bir yaklaşım olarak değerlendirilmelidir. Bu yasa sosyal devlet anlayışı ile uyumludur. Ve yaklaşımı 1978 yılında Alma-Ata da yayımlanmış bulunan “Temel Sağlık Hizmetleri Bildirgesi” ile de artık tüm dünya ülkeleri tarafından kabul görmüştür.

Fakat kanun daha çok kâğıt üzerinde kalmış, sistem planlandığı gibi kurgulanamamış ve işletilememiştir. Başarısız olmasının pek çok nedeni olduğu sorgulanabilir. Öncelikle kanun, 1960 askeri yönetiminin işbaşına gelmesiyle olağanüstü koşullarda belirlenen bir kanundur. Sivil otorite ve tarafların katılımı sınırlı olduğu gibi ülkenin koşulları ve uygunluğu da gerektiği gibi değerlendirilmeden kabul edilmiş bir kanundur. Bu kanuna, gelen hükümetler ve diğer sivil aktörler (muhalafet, sivil toplum örgütleri, bürokratlar) hiçbir zaman yeterli desteği göstermemişlerdir. Sistemin sağlıklı işleyebilmesi için gerekli olan alt yapı oluşturulamamıştır. Nedir bu alt yapı? Öncelikle hizmet için verilmesi kanunen gerekli ödenekler yeterli düzeyde verilmemiş, sağlık bakanlığının genel bütçe içindeki oranı sosyalleştirme başlangıcından itibaren düşmüştür. Araç gereç ve ilaç sıkıntısı daima büyük sorun olmuştur. Hastane ve sağlık ocaklarına yeter sayıda hekim ve sağlık personeli atanmamış ve eksiklik artarak devam etmiştir. Hekim ve diğer sağlık personeli fakülte ve okullarda hizmetin gerektirdiği şekilde yetiştirilmemiştir. Sağlık ocakları ve hastaneler arasında kopukluklar olmuştur. Sevk sistemi işletilememiş, hekimler tam gün çalışmaya karşı çıkmışlardır. Finansman ve insan gücü konusundaki yetersizlik, siyasi otoritenin bu kanuna yeterli desteği vermemesi nedeniyle amaçlanan hedeflere ulaşmada başarısız olunmuştur. Bu yasa çıktığı günden itibaren iktidarlar, sağlık bakanları tarafından engellenmeye çalışılmış, “ekonomik krizler” söz konusu olduğunda ilk olarak elden çıkarılan sektörün sağlık olduğu açık biçimde görülmüştür. Yasanın içindeki en temel ve ekonomik yatırım gerektirmeyen maddeler bile (sevk sistemi, sürekli eğitim gibi) uygulanmamıştır. Sağlık Bakanlığı Türkiye sağlık sistemini belirleyen yasayı uygulamayan kurumdur.

1980 yılında yapılan askeri müdahale ve eş zamanlı olarak küresel ölçekteki değişim dinamikleri Türkiye’nin ekonomik ve siyasi sisteminde yeni bir döneme girmesine neden olmuş ve neo- liberal politikalarla karakterize bir döneme girilmiştir. Bundan sonraki süreçte devletin temel rolü hizmet sunumundan hizmetlerin düzenlenmesi ve kolaylaştırılmasına doğru kaymıştır. Tük sağlık sistemi de bu

değişimlerden kendi payına düşen payı yapılan değişikliklerle alacaktır. 2002 yılına kadar olan bu süreyi değerlendirecek olursak; bu dönemde ilgili kurum, sektör, üniversiteler ve sivil toplum örgütlerinin göreceli desteği alındığından ve göreceli toplum katılımı sağlandığından, hazırlık sürecinin daha demokratik olduğu, uzlaşma temeline dayandığı, belirtilebilir. Buna rağmen reform stratejileri kanunlaşmamış dolayısıyla da uygulanamamıştır. Bunu nedeni; politik (örn. koalisyon hükümetleri) ve ekonomik istikrarsızlık (örn. ekonomik krizler), demokratik kültür eksikliği, çıkar gruplarının muhalefeti, toplumsal destek yetersizliği ve entelektüel kapasitedeki eksiklikler gibi yapısal problemler sayılabilir. Bu durumlar bu dönemdeki sağlık reformlarının kanunlaşması ve uygulanmasında başarısızlığa yol açmıştır.

Genel olarak reform diye tanımlayabileceğimiz değişim girişimlerinin başarısızlığında ise, şu nedenlerin etkisini de belirtmekte fayda var; Daha önce de belirttiğimiz gibi sağlıkta reform sürecine etkide bulunan birçok aktör vardır. Toplum, politikacılar, üniversiteler, medya, çıkar grupları, profesyoneller ve bürokratların baskın olanları, çıkarları ya da görece güçleri reformların şekillenmesinde, başarılı ya da başarısızlığında sorumlu olabilmektedir. Çoğu zaman politikacılar siyasi rant peşinde olduklarından, işin siyasi yönüyle ilgilenmekte ve onların sağlığa bakış açısı toplumsal önceliklerle örtüşmemektedir. Genelde politikacılar sağlığın uzun dönemli yaratacağı faydalardan ziyade kendi siyasi kariyerleri içerisinde sonuçlarını hemen alacakları konulara öncelik vermektedirler. Bu da genellikle tedavi edici hizmetlere öncelik verme yönündedir. Özellikle 2000 yılından sonra bu eğilimin daha fazla öne çıktığını söyleyebiliriz. Ülkemizde özellikle 1980 sonrası Sağlık Bakanlığının Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğüne ayırdığı bütçe payı her zaman Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bütçesinden fazla olmuştur. Aslında olması gereken tersi durumdur. Sağlık sektöründe hekimin, merkezi konumda olmasının da bu konudaki payı fazladır. Hekimlerin sağlık sektörünün politika ve planlamasını önemli ölçüde belirleyici güçleri vardır. Bu nedenle sağlığın tıbbi modeli ülkemizde daha hâkimdir.

Toplumda yerleşmiş bir demokrasi kültürünün olmaması bir diğer etkidir. Toplumun sahip olduğu sivil toplum örgütlerinin yetersizliği veya yokluğu, karar verici durumundaki siyasilerin denetlenememesine neden olmaktadır. Bir hesaplaşma platformu yoktur. Kurumlarda yaşanan olumsuzluklar toplum tarafından sorgulanmıyor, ayrıca üniversiteler de kendilerinden beklenen katkıyı yeterince

gösteremiyorlar. Medyanın, kültür ve ahlak temelinde demokratik bir anlayışın gelişmesinde olumlu anlamda katkı yapması gerekirken bu görevini yeterince yaptığını da söyleyemeyiz.

1980 yılında temelleri atılmaya başlayan ve halen devam eden reform çalışmalarının nihai adı “Sağlıkta Dönüşüm Programı”dır. Bu programın bileşenleri 5. bölümde incelenmiştir. Bir önceki dönemde reform adına başlatılan girişimlerin yasalaşma aşaması ve uygulama aşaması bu dönemde gerçekleşmeye başlamıştır. Verimsizlik eşitsizlik gibi doğru sorunları saptayarak yola koyulmuş olan bu reform çalışmasının genel olarak bakıldığında, sağlık sistemlerini piyasaya açmayı, sağlık sistemleri içine rekabet ilişkilerini sokmayı, kamunun sağlık hizmetleri üretimindeki ağırlığını azaltmayı, özelleştirmeyi hedeflediğini görebiliriz. Reform sürecinin bu aşamaya gelmesinde birçok unsurun belirleyici olduğunu görebiliriz.

Öncelikle İMF ve Dünya Bankası gibi uluslararası kuruluşların bu süreçteki etkisi yadsınamaz. Dünya Bankası tarafında Haziran 2002 de yayınlanan “Türkiye: Yaygınlığı Ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar, Rapor No:24358-TU” adlı rapor hedefleri AKP hükümetince “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nda vücut bulmuştur ve uygulamaya sokulmuştur. Tüm dünyada yapılmak istenen sağlık reformlarının amaçlarında görüldüğü gibi “Sağlıkta Dönüşüm Programının” “çıkış noktası da; harcamaların sınırlanması, kamu sağlık harcamalarının azaltılması, kamu dışında yeni kaynak kanallarının yaratılması ve var olan kaynakların daha verimli kullanılmasıdır. Ayrıca sağlık finansman reformunu içeren “Sosyal Güvenli Reformu” İMFnin Stand-By kapsamındaki gözden geçirmesinin ön koşulları arasında yer almaktaydı. İMF, Sosyal Güvenlik Reformunun gerçekleştirilmesini Türkiye’de son yıllarda görülen ekonomik krizlerin aşılması ve sürdürülebilir bir sosyal güvenlik sistemi açısından güçlü bir araç olarak görmekteydi. Her iki uluslararası kuruluş da Türkiye’nin ekonomik ve politik ortamını Türk Sağlık politikalarına müdahil olmak açısından fırsat görmüşlerdir.

Yasalaşma aşamasını tamamlamak üzere olan sağlık reform girişimlerinin uygulanmaya başlanmasındaki diğer unsurlarda şunlardır. Öncelikle yönetimde tek partinin (AKP) olması yasaların daha kolay çıkmasını sağlamıştır. Diğer unsur Avrupa Birliği’ne katılım sürecinin getirdiği dinamiktir. Bu durumun ekonomik ve politik alandaki gelişmelere ivme kazandırdığı inkâr edilemez. Bir diğeri reformun

kendisi ile ilgilidir. Yıllarca tartışılan sağlık reformlarında çelişkili bile olsa artık belli bir uzlaşma düzeyine gelindiğine inanılmaktadır. Reform sürecinde gelinecek noktaya baktığımızda şu anda tarafların ve sivil toplumun politika sürecine tam katılımları ve destekleri sağlanmış değildir. Mevcut ekonomik ve politik ortam da uygulamalar açısından henüz tam olarak uygun değildir. Geçmişten bu güne baktığımızda sağlık örgütlenmesinde iyileştirmeye yönelik değişim girişimleri ve reform çalışmalarının başarısızlığının genel olarak finansal ve yönetsel sorunlardan kaynaklandığını görüyoruz. Ülke yöneticilerinin politik tercihleri de bu konuda belirleyici unsurlardan birisidir. Peki, arzulanan ve bilimsel çerçevesi çizili olan, ülke şartlarına en uyumlu sağlık örgütlenmesi nasıl olmalıdır, bu nasıl başarılabilir? Bence bunun yolu; gerek politikaları oluşturan siyasi erkin gerekse ilgili bilimsel ve sivil tarafların ilkelerde uzlaşmaya varmalarıyla bulunabilir. Bu ilkelerin, ülkenin mevcut ekonomik, sosyal, siyasi ve kültürel şartlarını da göz önüne alan, bilimsel çevrelerde kabul gören bir yaklaşımla, sorunlara çözümler içermesi gerekmektedir. Bu bakış açısıyla olması gerekenler konusunda şunları söyleyebiliriz;

Genel felsefi anlayış olarak; Öncelikle şu anlayışa sahip çıkılması gereklidir; Sağlık ve sağlıklı yaşamak doğuştan kazanılmış bir haktır. Dünya Sağlık Örgütü'nün Anayasası da, sağlığı, yalnızca hastalık ya da sakatlıkların olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Bu tanımın çağdaş olarak nitelendirilmesini olanaklı kılan en önemli özelliği, bir hak olarak tanımlanmasıdır. Bu anlayış sağlığın en önemli sosyal boyutlarından birisidir. Ve anlamı da toplumun tüm bireylerine sağlıklı yaşam hakkı sunmak yani “Herkesin Sağlığıdır. Bu anlayış doğrultusunda, sağlık düzeyini koruyucu ve geliştirici nitelikteki politika ve uygulamalarda, hastalığı yalnızca hasta olan kişinin sorunu olmadığını anlayarak, sağlam-hasta ayrımı yapmaksızın tüm topluma yönelmek gerekmektedir. Sağlık doğası gereği diğer mal ve hizmetlerden farklıdır bu nedenle piyasa şartlarında alınıp satılmamalı ve devlet gerek finansmanını gerekse hizmetin sunulduğu sorumluluğu üzerine almalıdır.

—Kesinlikle oluşturulacak sağlık politikalarında ilgili tarafların görüşü alınmalı ve bir uzlaşma ortamının sağlanması için gerekli girişimlerde bulunulmalıdır. Bilimsel bilgi ışığında sağlık politikalarının oluşturulması için üniversitelerle işbirliği içinde olunmalıdır.

—Başarı ve başarısızlıklardan gerekli dersler çıkarılmalıdır.

- Siyasi istek ve irade şarttır.
- Uluslararası deneyim ve birikimler yol göstericidir ve yararlanılmalıdır.
- Sistemin tüm unsurlarında profesyonel bir anlayış hâkim kılınmalıdır.

Sağlık örgütlenmesi konusunda; Sağlık hizmetleri, ekonomik, coğrafi ve kültürel olarak ulaşılabilir nitelikte olmalıdır. Ekonomik olarak kişinin ödeyeceği para, sosyal engellerden; ırk, yaş ya da sosyal sınıf farklılıkları, coğrafi olarak; hizmetin uzaklığı, ulaşmak için gerekli zaman ve hizmetin hazır bulunması buna örnek olarak verilebilir. Hizmetin kamu tarafından finanse edilmesi ve hizmetlerin kamu çalışanlarınca sunulması hizmetlerin ulaşılabilirliğini artırır.

—Hizmette mutlaka etkili ve kademeli bir sevk sisteminin kurulması gereklidir. Sevk zincirinin yetersizliği gereksiz maliyet, zaman ve işgücü kaybına ve hastanelerde yığılmalara neden olmaktadır. Hastaneler uzman hekimlerin çalıştığı yataklı tedavi kuruluşlarıdır. Her hastanın, doğrudan hastanelere başvurması çağdaş sağlık hizmetlerine uymaz. Hastaların, önce birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşlarına (sağlık ocağı) başvurmaları ve buralarda evde ve ayakta teşhis ve tedavi edilemeyenlerin ikinci basamak olan hastanelere sevk edilmeleri gerekir. Böylece, hastaneler gereksiz yükten korunacak, hastalar hastaneye kadar gelme zahmetinden kurtulacak, aynı zamanda daha erken ve kolayca tedavi edilebileceklerdir.

—Birinci basamak sağlık hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmetleri öncelik taşınmalı ve örgütlenme buna uygun nitelikte olmalıdır.

—Örgütün etkili bir bilgi iletişim sistemine ve ağına sahip olması için gerekli önlemler alınmalıdır.

—Birinci basamak sağlık hizmetleri, çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve toplum kalkınması çalışmalarını da içerecek bir bütünsellik içinde sunulmalıdır. Yirminci yüzyılın benimsediği sağlık anlayışı, bireyi sosyal çevresi ile bir bütün olarak ele almakta ve sağlığı etkileyen etmenlere karşı çok boyutlu bir bakış açısı geliştirmektedir.

—Örgütlenmede nüfus büyüklüğü esas alınmalı ve coğrafi bir zemin üzerinde tanımlanmalıdır.

—Sunulacak hizmetin bütünleşmiş bir hizmet olmasından dolayı bir ekip çalışması gereklidir. Sağlık hizmetleri hiç bir meslek grubunun tek başına verebileceği hizmetler değildir. Bu hizmetler, ancak bir ekip tarafından yürütülebilir. Ekip, bilgileri,

becerileri, yetkileri ve sorumlulukları yönünden birbirlerini tamamlayarak, ayrı amaç için bir arada çalışan farklı meslek mensupları olarak tanımlanabilir. Sağlık ekibi içindeki hiç bir meslek üyesi diğerinden daha önemli olamaz. Her birinin önemli ve değerli rolü vardır.

—Sağlık personelinin eğitiminden devlet sorumlu olmalıdır. Bu sorumluluk bireyin kendi tercihi ve kaynaklarına bırakılmamalıdır.

—Sağlık personelinin ülke içinde adil ve eşit dağılımı sağlanmalıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilmek istenen modelde ise; sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi amaçlanmaktadır. Sağlık Bakanlığı çatısı altında tek elden üretilen birinci basamak sağlık hizmetleri binlerce aile hekimine parçalanmak istenmektedir. Bu parçalanma eşgüdüm, standardizasyon, yönetsel sorunlar yaratacak ve hem yönetim maliyetlerini hem de tıbbi bakım masraflarını arttıracaktır. Mali sorunlar etik sorunlara da neden olabilecektir. Oysaki sağlık örgütlenmesi olabildiğince sade, erişilebilir, yaygın, denetlenmesi ve koordinasyonu kolay olmalıdır.

Bu program ile sağlık personelinin iş güvencesi ve özlük hakları da kısıtlanmaktadır. Oysa sağlık hizmeti kamusal bir sorumluluk olmalı ve kamu adına bu sorumluluğu sağlık çalışanları üstlenmelidir. Hastanelerin yerel yönetimlere devri ve özertleştirilmeleri olumlu bir yaklaşım olarak değerlendirilebilir. Hastanelerin yerel yönetimler tarafından işletilmesi ve özel sektörün desteklenmesi Behçet Uz döneminden beri istenen bir yaklaşımdır, fakat bir türlü gerçekleştirilememiştir. Sistem içerisinde özel sektörün de yer alması ve sistemi desteklemesi, hizmet kalitesi ve işletmecilik anlayışı bakımından olumludur fakat sektörün tamamının özel sektöre devredilmesinin, hizmetten yararlanmadaki eşitsizlikleri arttıracığı düşünülmektedir. Çünkü burada hizmet metalaşacak, sosyal bir hak olmaktan çıkacaktır. Özellikle temel sağlık hizmetlerinin devletin kontrolünde ve sorumluluğunda olması, sosyal devlet anlayışının gereğidir. Sosyalleştirme kanunundaki örgütlenme modeline uygun olarak örgütlenmek hem maliyet hem de hizmete erişilebilirlik açısından en uygun çözümdür.

Sağlık hizmetlerinin niteliği konusunda; Hizmetler kapsayıcı, çok yönlü ve bütüncül olmalıdır. Koruyucu ve tedavi edici hizmetler birlikte verilmelidir. Entegre hizmetlerin bazı üstünlükleri vardır. Bu tür hizmetlerde kişi değil, aile veya toplumun

tümü söz konusudur. Yine bu tür hizmetlerde, kişinin her türlü sağlık sorunu bir bütün olarak ele alınır. Entegre hizmetlerin halk tarafından kullanımı da kolaydır. Çünkü vatandaşın başvuracağı bir tek kuruluş vardır. Entegre hizmetler, hizmet sunucular açısından da bazı kolaylıklar getirir. Zamandan, personelden, araçtan, yakıttan ve paradan tasarruf sağlar.

—Sağlık hizmetleri sürekli olmalıdır. Sağlık hizmeti almak bir insan hakkıdır. Dolayısıyla, herkese, her zaman ve her yerde verilmelidir. Sağlık, bir hak olduğuna göre, vatandaşlara bu haklarını vermek hükümetlerin görevleridir. Bu görevlerini yerine getirirken hükümetlerin, vatandaşın yaşadığı her yerleşim yerini gözetmek zorunlulukları vardır. Hizmetleri yalnızca kentlere götürmek dengeyi sağlamaz. Sağlık sorunları, kırsal kesimlerde yoğunlaşmaktadır. Buna karşılık bu kesimlerde yaşayan halkın sağlık hizmetlerini yeterince kullanma alışkanlığı da yoktur. Unutulmamalıdır ki, sağlık açısından, hizmeti kullanmayanlar, kullananlardan daha fazla risk altındadırlar. O halde yapılacak şey, hizmeti bu kişilerin ulaşabilecekleri kadar yakınlarına götürmek olmalıdır. Öte yandan bu hizmetleri vatandaşın yanı başına kadar götürmek konuyu çözmeye yetmez. Bu hizmetlerin, aynı zamanda alıcının, yani toplumun kültürüne uygun, onun benimseyebileceği ve kullanabileceği biçimde verilmesi de gerekir.

—Sadece hastalara değil sağlıklı kişilere de hizmet götürmelidir.

—Hizmet götüren kuruluşlar standart olmalı yeterli donanıma sahip, maddi olanaklar da ülke içinde eşit olarak dağıtılmış olmalıdır.

Yönetim konusunda;

—Sağlık hizmetlerinin tek elden ve Sağlık Bakanlığınca yönetilmesi koordinasyon sorunlarını ortadan kaldıracaktır.

—Demokratik bir yönetim olmalı ve yerel yönetimlere gerekli yetki devri yapılabilmelidir. Hizmetler yerel öncelikler göz önüne alınarak ve onların katkısıyla planlanmalıdır. Halk, sağlık hizmetlerini benimser ve ona sahip çıkarsa, başarı artar. Bu nedenle, hizmetlerin planlanması ve uygulanması aşamalarında o hizmetleri alacak kişilerle ilişki kurmak ve onları karar mekanizmasına katmak esastır.

—Yöneticilerin nitelikli ve eğitilmiş olmaları ve liyakat özelliğine göre yükselmeleri, görev yapmaları gereklidir.

—Personelin görev tanımları, performans kriterleri net olarak çıkartılıp, eğitim ve denetimleri süreklilik arz etmelidir.

Finansman konusunda; Sağlığa ayrılan kaynaklar diğer gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında, ülkemizde hiçbir zaman yeterli düzeyde olmamıştır. Bu durumun, ekonomik zenginlikle alakası olduğu kadar, ülke yönetiminde söz sahibi olan yöneticilerin eldeki kaynakları kullanmadaki öncelik tercihleri ile de alakası vardır. Örneğin, Sağlık bakanlığının 2007 yılı bütçesi içindeki payı %3.2 dir. Bu oran gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında oldukça düşüktür. Ayrıca bu %3.2 nin ne kadarının tedavi hizmetlerine ne kadarının temel sağlık hizmetlerine ayrıldığı da önemlidir. Ülkemizde özellikle 1992 yılından sonra hastane harcamalarındaki artış dikkat çekicidir. Bunun yanında eğitim ve temel sağlık hizmetlerinin payı ise sürekli düşmüştür. Yani en çok önem verilmesi gerekli olan eğitim ve koruyucu sağlık hizmetleri ihmal edilmiştir. Doğru olan, var olan kaynakların ağırlıklı olarak temel sağlık hizmetleri ve sağlık eğitime ayrılmasıdır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı ülkemizin olduğu gibi diğer tüm dünya ülkelerinin de sorunudur ve ülkelerin siyasal tercihleriyle yakından alakalıdır. Her ülke içinde bulunduğu ekonomik sosyal ve siyasal şartlar içerisinde finansman sorununa çözüm bulmaya çalışmış ve örgütlenmesini buna göre oluşturmuştur. Günümüzde gerçekleştirilmek istenen “Sağlıkta Dönüşüm Programının” en önemli ayaklarından birisi sağlık sektörünün yaşadığı finansman krizinin çözülmesi bakımından Genel Sağlık Sigortasının (GSS) hayata geçirilmesidir.

—Genel sağlık sigortası; bütün nüfusu doğumdan ölüme kadar kapsayan, az gelirli ve yoksul kesimin sağlık hizmetlerine ulaşabilirliğini arttıran ve cebinden ek para ödemek zorunda kalmadığı, bir düzenleme getirmelidir.

—Sağlık harcamaları daha yüksek düzeye çıkarılıp, hizmet alımındaki eşitsizlikleri ortadan kaldıran bir özellikte olmalıdır.

—Sağlığın finansmanı genel bütçeden karşılanmalıdır, genel bütçe oluşturulurken gelirle artan oranlı vergi sistemi uygulanmalı, vergi adaleti ve denetimi sağlanmalıdır. Fakat sağlık sisteminin genel vergilerle finanse edilebilmesi içinde bazı koşulların yerine getirilmesi gereklidir. Bunlar;

—Adaletli bir vergi sistemi

—Yüksek ve dengeli dağılmış bir refah düzeyi

—Bütçe tahsisatında öncelikli yere sahip bir sağlık sistemi

Türkiye bu 3 koşula her ne kadar sahip değilse de bu yöntem önerilebilir. Çünkü ödeme gücü daraltılmış kesimlere ek yük getirecek prim adı altındaki ödemeler sağlık hizmetlerinin alımındaki eşitsizlikleri arttıracaktır. Veya GSS'nin, hiç kimseyi dışarıda bırakmayacak özellikte, devlet destekli ve kullanıcı katkılarının mümkün olduğunca az, temel teminat paketinin mümkün olduğunca geniş, sağlıklı bir gelir tespiti ile prim ödeyemeyecek olanların primlerini devletin ödediği daha karma bir sistemin ilkeleri ile oluşması da düşünülmelidir.

Fakat ilgili sivil toplum örgütlerince ve yazarın düşüncesine göre de GSS ile getirilmek istenen; sınırlı yardım anlayışı ve temel teminat paketi ile SSK, Emekli Sandığı, Bağkur ve Yeşil karta sahip vatandaşların sahip oldukları bütüncüllüklü sağlık hizmetlerinin, dar kapsamlı hale getirileceği düşünülmektedir. Şartlı sağlık hizmeti anlayışı ile sistem içindeki vatandaşlara; katılım payı ödeme zorunluluğu getirilmekte, prim ödeme şartı, prim ödeme oranı gibi düzenlemelerle herkesin eşit olarak sağlık hizmetlerinden faydalanmasına şartlar getirilmektedir. Cezalandırıcı hizmet anlayışı ile sigortalı ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin sağlıklarını korumada asli olarak sorumluluklarının bulunduğu ve bu sorumluluğu yerine getirmedikleri takdirde sağlık giderlerinin hasta kişilerce ödeneceği gibi cezalandırıcı bir anlayış getirilmek istenmektedir. GSS esas olarak prim ve katkı payı temelli olduğu ve bunun da az gelirli yoksul kesimler tarafından sağlanacağı düşünüldüğünde sistemin sürdürülmesinin zor olacağı görülmektedir. Çünkü işsizlik, kayıt dışı sektörlerdeki küçük işletmelerde çalışanlar, tarım kesiminde çalışıp düzenli geliri olmayanların primlerini düzenli ödememeleri bu kişilerin GSS dışına itilerek sağlık güvencesinden mahrum kalmalarına neden olacaktır.

Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 16/6/2006 tarihli resmi gazetede yayınlanmış ve 1/1/2007 tarihinde yürürlüğe girecekken Cumhurbaşkanı tarafından Anayasa mahkemesine götürülmüş ve ilgili kanunun bazı maddeleri memurlar yönünden iptal edilmiştir. Gerekli düzenlemelerin yapılması amacıyla meclise gönderilen ilgili kanun şu anda 2008 yılına kadar ertelenmiştir. GSS'nin prime dayalı bir fon olması hem sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizliklerin yaşanmasına neden olacak hem de prim toplama problemleri yaşanacaktır.

—Sağlık çalışanlarının gelirinin, emeğin nitelik ve niceliğine uygun olarak ücret esasına göre belirlenmesi ve performans ücretiyle desteklenmesi düşünülmelidir.

Sağlık personeli; kamusal sorumluluk olarak üstlendikleri sağlık hizmetlerini yerine getirirken iş güvencesine sahip olmalıdırlar.

Bizim bu önerilerimiz Ulusal bir sağlık sisteminin oluşmasına rehberlik edebilir. Fakat böyle bir sistemin uygulanabilmesi için öncelikle ülkenin siyasi seçeneklerinin ve tercihlerinin de gözden geçirilmesi gereklidir. Şu anda ülkenin ekonomik ve siyasal tercihi liberal politikalardan ve özelleştirmeden yanadır. Ve kurgulanan sağlık örgütlenmesindeki yapısal değişimler de bu çerçevede oluşturulmuştur. Reform takvimi işlemektedir. Sonuçlar ülkemiz adına umarım hayırlı olur.

KAYNAKLAR

Kitap ve Makaleler:

1-ATAAY, Faruk , “Kamu Hizmetlerinin Metalaştırılması ve Sağlıkta Yansımaları”, Toplum ve Hekim Derg. (TTB Yayını), Ocak-Şubat 2005,Cilt.20,sayı.1

2-AYDIN E. “Atatürk’ün Sağlık Kavram Ve Anlayışı” Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası,1995;48(1)(Gökay FK, Onbeş Yılın Manası. Tıbbiyeliler Bayramı. Tecelli Basımevi, İstanbul,1938

3-AYDIN Erdem ,”Türkiye de Taşra Ve Kırsal Kesim Hizmetleri Örgütlenmesi Tarihi”,Toplum ve Hekim Der.,c.12,Sayı 80,Türk Tabibler Birliği Yay.,İstanbul 1997

4-AYDIN Erdem, “Türkiye’de Sağlık Teşkilatlanması Tarihi”, Natürel Yayınevi, Ankara, 2002

5-AYKAÇ Burhan ,”Yönetimin İyileştirilmesi ve Örgütsel değişim”, TODAİE Dergisi, C.24 S.2,Haziran 1991

6-AYMAN Birgül Güler, ”Yeni Sağ Ve Devletin Değişimi, Yapısal Uyarlama Politikaları”,TODAİE Yayını, Ankara 1996,

7-ANTEZANA FS.,VELASQUEZ G.”Health Economics Drugs and Health Sector Reform”, WHO,1996

8-AKDUR R.”Türkiye de Sağlık Politika Ve Hizmetleri”,Yeni Türkiye Cumhuriyeti III,(s.23–24);1984- 1995, ”Türkiye de Sağlık Hizmetleri” Yeni Türkiye Cumhuriyeti III,(s.23-24):1976-1983. 1998

9-BAKAR Coşkun, AKGÜN Seval, “Türkiye de Sağlık Reformları; Sonu Gelmeyen Hikaye”, Toplum Ve Hekim Der. Eylül-Ekim, Cilt.20 Sayı.5, 2005

10-BELEK İlker , “Sağlıkta İç Piyasa Ve Yönetilen Rekabet: Özelleştirmenin Genişleyen Etki Alanı”, Toplum Ve Hekim Der. Eylül-Ekim, Cilt.12 Sayı.81,1997

11-BELEK İ.,”Türkiye Sağlık Reformları”,Toplum Ve Hekim,TTB Yayını,Kasım-Aralık ,Cilt 16,sayı 6, 2001

12-ÇELEBİOĞLI Fuat ,”Davranış Açısından Örgütsel Değişim”,(İstanbul: İstanbul Üniversitesi, İşletme Fak. Yay. No:238,1990

13-DENNİS W.Organ.W.,CLAY “Hamner,Organizational Behavior”,business Pub.,USA,1982 s.475, .Zeyyat Sabuncuoğlu, Melek Tüz,”Örgütsel Psikoloji”Bursa 1996

14-EREN Nevzat, “Sağlık Hizmetlerinde Yönetim”, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara 1985,

15-EREN Erol,” Yönetim Psikolojisi”, 4.B.,Beta Basım Yayım Dağıtım,No.402, İstanbul,1993,

16-EREN Erol, ”Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi”, Ocak, İstanbul,2000

17-EKİN Nusret, TUNA Orhan, “Otomasyon ve Sosyal Meseleler”,İstanbul Üniv.İktisat Fak.Yayını,No.262,İstanbul,1970

18-GÜLER Birgül A. , “Yeni Sağ ve Devletin Değişimi”, TODAİE Yay, Ankara, 1996

19-GÖZÜBÜYÜK Şeref , “Anayasa Hukuku”,4.Bası, Turhan Kitabevi, Ankara, Ocak 1993

20-GÖZÜBÜYÜK A.Şeref , “Anayasa Hukuku”, Turhan Kitabevi, Ankara 1986, s. 142- 143.

21-GİRAY Filiz ,”Sağlık Hizmetleri ve Türkiye deki Durum (IV. Ve V. Beş yıllık Kalkınma Planı Dönemleri),Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Bursa 1989

22-HUSSEY D. E. "How to Manage Organizational Change". Kogan Page Limited. London, 1995

23-HAMZAOĞLU Onur, ÖZCAN Umut, "2006 Sağlık istatistikleri",TTB yayını.2007

24-KARAMAN İsmail, "Türkiye'nin Cumhuriyet Dönemindeki Ekonomik ve Sosyal Alandaki Değişiklikler", Yeni Türkiye Dergisi, Ankara, Eylül Aralık 1998

25-KOÇEL Tamer , "İşletme Yöneticiliği", 7.b., Beta Yayınları, İstanbul, 1999,

26-KOLASA Blair J.,"Davranış Bilimine Giriş",Çev.Kemal Tosun, Fulya Aykar, Fatih Yayınevi,İstanbul, 1979,s.590-591; Erol Eren,"Yönetim Psikolojisi,4.B.,Beta Basım Yayım dağıtım,No.402,İstanbul,1993

27-LIPPET G. Lt,"What Do We Know About Leadership",The Planning,change,Ed:Bennis and All,New York,1962

28-MAERSE H.,"Health Care reform for health Gain", European health Policy Conference Vol. S.IV:,1994

29-MORDEN Tony , "Business Strategy and Planning", London: Mcgraw-Hill Book Company,1993,

30-NORTHCRAF Gregory B. ve NEALE Margaret A. , Organizational Behavior, Orlando-Florida: The Drayden Pres,1990,

31-ÖZTEK Zafer, EREN Nevzat , "Sağlık Ocağı Yönetimi" ,Ankara 1996

32-ÖZTEK Zafer, EREN Nevzat , "Halk Sağlığı (Temel Bilgiler)" Editörler Prf. Dr. Münevver Bertan Doç. Dr. Çağatay Güler, Ankara, 1997

33-ÖZKALP Enver ve KIREL Çiğdem , "Örgütsel Davranış", Eskişehir: Anadolu Üniversitesi ETAM Yay. No:111,1996

34-ÖZER Atilla , “Gerekçeli ve 1961 Anayasasıyla Mukayeseli 1982 Anayasas”ı, Bilim Yayınları, Ankara, 1984

35-ÖZTÜRK Y., AĞRIDAĞ G. ”Sağlık Hizmetlerini Sosyalleştiren 224 Sayılı Kanunun Günümüzdeki Uygulanışı ve Sorunları”, 224 Sayılı Yasa da Dün-Bugün-Yarın,Ankara Tabib Odası Yayını,1997

36-PALA Kayıhan, ”Dünya Bankasının Türkiye İçin Sağlık Politikası Ve Genel Sağlık Sigortası”, Toplum Ve Hekim Der. Mart- Nisan , Cilt18, Sayı.2,2003

37-PEKER Ömer,1995 “Yönetimi Geliştirmenin Sürekliliği”, TODAİE 1995

38-ROETHLESBERGER F.J.,”The Adminisrator’s Skill:Communication”,Harvard Business Review,Novamner December,1958,s.10;W.A.Faunce,”Automation and the Automobile Worker”,Social problems,Vol.6,No.1,1958,

39-SAĞLAM Mehmet , “Örgütsel Değişme” TODAİE yy., ANKARA,1979

40-SABUNCUOĞLU. Zeyyat, TÜZ Melek , ”Örgütsel Psikoloji” Bursa 1996

41-SOYER Ata ,” Türkiye’nin İktisadi Ve Sosyal Tarihi Bağlamında Başlangıcından 1960 a Kadar Sağlık Hizmetleri Ve Sağlık Bakanlığı”, Toplum Ve Hekim, Kasım-Aralık , Cilt. 16,Sayı. 6.,2001

42-SUR Haydar, HAYRAN Osman, “Sağlık Hizmetleri El Kitab”ı, , İstanbul, 1998

43-SEZEN Seriya, “Devletçilikten Özelleştirmeye Türkiye’de Planlama”, TODAİE, Yayın No:293, Ankara, 1999

44-SALİHOĞLU Serhat ,”Sosyal Güvenlikte Piyasalaşma Dönemi Ve Sendikalar”,Toplum Ve Hekim Der.Mart- Nisan Dön.,Cilt.20,Sayı.2, 2005

45- SÖNMEZ Ümit, DİNLER Demet "Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı: Halkın İhtiyaçlarına Yönelik Reform Mu? Neoliberal Dönüşümün Kurumsallaşması Mı?", , A.Ü. SBF GETA Tartisma Metinleri, Özel Sayı (2), No.60, Kasım 2003

46-SALTMAN R.B.,Figueras J.(ed.by)Europe Health Care Reform, Analysis of Curret Strategies,WHO.Regional Office for Eurape,Eurapen Series;No.72,Copenhagen'in özetlenmiş çevirisi,Çev.H.Hüseyin Yıldırım,Top. Hek.Der.,Eylül Ekim,Cilt 14,Sayı 5,1999

47-TOKAT Bülent "Örgütlerde Değişim ve Değişimin Yönetimi". Dumlupınar Üniversitesi Yayın No: 6, Kütahya,1996

48-TÜZ Melek Vergiliel , "Organizasyonlarda Değişim, Değişime tepki Ve Tepkilerin Önlenmesi" Uludağ Ün.İ.İ.B:F.dergisi,C:14,S. 1-2 Bursa, 1993

49-TATAR Mehtap, TATAR Fahreddin, "Yerel Yönetimler ve Sağlık", Ankara, Aralık, 1998

50-ÜLGEN Hayri, "Örgütsel Değişim",Organizasyon Dergisi,Yıl:2,sayı:5(1981),s.25 den Gordon L.Lippitt,Organization Renewal,(New Jersey: Prentice-Hall Inc.,Englewood Cliffs,1969

51-YILDIRIM Hasan Hüseyin, "En Değerli Sermayem Ticarileşiyor; Sağlık, Sağlık Reformları Ve Sağlıkta Özelleştirme", ,Hastane Yaşam Dergisi, Yıl.1 Sayı.2, Temmuz-Eylül 2004,

52-YILDIRIM Hasan Hüseyin, " Yapısal Uyum Programları ve Sağlık Reformları Türk sağlık Reformları İçin Çıkarılacak Dersler" , Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi Cilt:5 sayı:1(Kış2000)

53-YILDIRIM Hasan Hüseyin Yıldırım,"Nasıl Bir sağlık Reformu" , Ankara, "Örsan Öymen Anısına Yılın İnceleme Ödülü 2006" adına yapılan Yayınlanmamış Çalışması,2007

54-SALTMAN R.B.,FİGUERAS J.(ed.by)Eurapean Health Care Reform,Analysis of Curret Strategies,WHO.Regional Office for Eurape,Eurapen Series;No.72,Copenhagen'in özetlenmiş çevirisi,Çev.H.Hüseyin Yıldırım,Toplum ve Hekim Dergisi., ,Cilt 14,Sayı 5, Eylül Ekim 1999

55-Atatürk, MK. TBMM Zabıt Ceridesi ;7(3):4.D.2., 1970

56-Dönüşüm Projesi Proje İşletim Kılavuzu, Bölüm:II, SB yay.,31 Temmuz 2004, Ankara.

57-Cumhuriyetten Bu Yana Sağlıkta Büyük Taarruz, SB Yayını,1998,

58-“Türkiye Sağlık Reformları 1998”, TC Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara 1998,

59-“2. Sağlık Projesi Başlıyor” Sağlıkta Strateji Dergisi, SB. Yay. Aralık 1994

60-Sağlık Bakanlığı Yayını (2004) “Sağlık 2003, 2004”

61-Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara (2004). “2005 Yılında Sağlık Ve Sağlık Bakanlığı”, 2004 Aralık

62-T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm, Aralık 2003

63-Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, SSYB Yayını, 1973

64-SAYDAM Refik, Dirim 1935 ;Dr. Refik Saydam 1881-1942 Ölümünün 40. Yıl Anısına SSYB 1982; Sağlık Bülteni, s.2., Refik Saydam Özel Sayısı 1982; Saydam R. SİMV 1942; Sıhhiye Mecmuası Fevkalade Nüshası 1942, Terzi oğlu A.,1982

65-Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etüdler (20.12.1954).Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekaleti Neşriyatı No:177.Ankara ,1954;

66-Başbakanlık Basın-Yayın ve Enformasyon Genel Müdürlüğü,Türkiye
,Ankara,Şubat 1993

67-Kalkınma Planı (Birinci beş Yıllık) 1963–1967

İNTERNET KAYNAKLARI:

1-AKTAN Coşkun Can,"Sağlık Bakanlığı Organizasyon Ve Yönetiminde Yaşanan Sorunlar Ve Mevcut Durum Analizi",
<http://www.canaktan.org/ekonomi/saglikdegisim-caginda/pdf-aktan/durum-analizi.pdf>
2.11.2006

2- KOZAK Meryem, GÜÇLÜ Hatice, "Turizm İşletmelerinde Değişim Yönetimi Üzerine Kavramsal Bir İnceleme"
http://www.isguc.org/?avc=arc_view.php&ex=29&hit=zend&pg=m 10.10.2006

3-VARDAR Abdül. 2001. "Bireysel ve Kurumsal Değişimde Yeniden Yapılanma Stratejileri. Kariyer Yayıncılık İletişim, Eğitim Hizmetleri Ltd. Şti., İstanbul. Turizm İşletmelerinde Değişim Yönetimi Üzerine Kavramsal Bir İnceleme"
http://www.isguc.org/?avc=arc_view.php&ex=29&hit=zend&pg=m 10.10.2006

4-GÜLEÇ Sevcan, BEDÜK Aykut , "Küçülen Devlette Yaşanan Örgütsel Davranış Sorunları", Makale,
(<http://i+ibf.ogu.edu.tr/kongre/bildiriler/16> 25.10.2006

5-AKSOY Hasan Hüseyin,"Değişme Ve Yenileşme"
<http://education.ankara.edu.tr/~aksoy/seminer.htm> 18.11.2006

6-LEBLEBİCİ Doğan N.,BENSGHİR Türksel Kaya ,a.g.m.2001, Ankara
http://www.mcozden.com/ikf10_odd1.htm 5.10.2000

7-NADLER, D.A. (1987). "The Effective Management of Organizational Change". J. W. Larsh (ed.) *Handbook of Organizational Behavior*. Englewood Cliffs, NJ. Prentice Hall. s .358-369.
<http://www.baltas-baltas.com/kaynakdergiyazi.asp?PRI=81&SAYI=7> 15.1.2007

8-ŞİMŞEK Hasan “ Değişim Ve Değişim Yönetimi”

<http://www.mebnet.net/duyurular/seminer/DEGISIM%20VE%20DEGISIM%20YONETIMI.pdf> 6.11.2006

9-TUNCİL Veysel ,”Kamu Hizmeti”

http://www.turkhukuk sitesi.com/makale_199.htm 15.1.2007

10-Kamu Yönetiminin İyileştirilmesi Ve Yeniden Yapılandırılması Özel İhtisas Komisyon Raporu Ankara 2000 Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı

<http://ekutup.dpt.gov.tr/kamuyone/oik527.pdf> 2.9.2006

11-SARAÇ Osman “Kamu Yararı Kavramı”, makale, syf. 7–8 bkz.

<http://www.sgb.gov.tr/calismalar/yayinlar/md/md139/O.%20SARAC.pdf> 3.9.2006

12-GÜLER Birgül, KESKİN Nuray E. “Devlet Reformunu Tarihten Çalışmak”

http://www.politics.ankara.edu.tr/WP/SBF_WP_88.pdf 22.6.2007

13-YILMAZ Osman “Kamu Yönetimi Reformu: Genel Eğilimler Ve Ülke Deneyimleri” s.1-6

<http://ekutup.dpt.gov.tr/kamuyone/yilmazo/reform.pdf> 7.11.2006

14-GÜLER Birgül A. , "Devlet Reformu Sorunu" içinde Liberal Reformlar ve Devlet”, Yay. Haz. Aytül Güneşer, KIGEM Vakfı Yay., Ankara, 2004, s. 359

<http://yonetimbilimi.politics.ankara.edu.tr/CAS.pdf> 3.12.2006

15-SUR Haydar, GÜROL Hacer, “Cumhuriyetimizin 75 Yıllık Geçmişinde Sağlıkta Yaşananlar”

http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/627_1cumhuriyet_75yil_saglik.pdf 5.2.2007

16-“Sağlıkta Dev Adımlar” 29.Ekim 1998, Haber

<http://arsiv.hurriyetim.com.tr/fix98/75yil/25ekl.htm> 15.1.2007

17-“Dünden Bugüne Türkiye de Sağlık Hizmetleri”

<http://www.tibbiyelilercemiyeti.com/modules.php?name=News&file=article&sid=45>

9.11.2006

18- <http://www.tibbiyelilercemiyeti.com/modules.php?name=News&file=article&sid=45>

9.11.2006

19-METİN Bekir , “Türkiye’nin sağlık sorunları, Cumhuriyet Döneminde Sağlık Reformları”

<http://195.142.135.65/who/bulten/turk/bul7turksorunlar.htm> 3.10.2006

20-Nusret Fişekin Kitaplaşmamış Yazıları,

http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/13.html 17.11.2006

21-“1961 Anayasası” <http://www.tbmm.gov.tr/tarihce/kb11.htm> 10.11.2006

22-“Kalkınma Planlarında Sağlık Hakkı”

http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/241_4kalkinma_planlarinda_saglik_hakki.pdf 10.11.2006

23-“Sağlıkta dönüşüm Programı”, s.11

http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/1223_03.pdf 12.1.2007

24-“10 Soruda 224 Sayılı sağlık hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”

<http://www.istabip.org.tr/guncel/224.asp> 19.11.2006

25-ÖZTEK Zafer, “Temel Sağlık Hizmetleri,

<http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D3/7/3033.doc> 15.1.2007

26-METİN Bekir

<http://195.142.135.65/who/bulten/turk/bul10BMETINSAGLIK.HTM> 14.9.2006

27-<http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/3654.pdf> 22.10.2006

28-http://www.ceterisparibus.net/veritabani/dpt50_92/9a.htm#7 20.1.2007

29-<http://www.cedgm.gov.tr/cevreatlasi/saglik.pdf> 20.1.2007

30-”Sağlıkta Dönüşüm Projesi”

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/ECAEXT/TURKEYINTURKISHEXTN/0,,contentMDK:20815977~pagePK:141137~piPK:141127~theSitePK:455688,00.html> 8.11.2006

31-ATAY Ender Ethem , SDP,Nihai Rapor,2004,s.7

http://www.google.com.tr/search?hl=tr&q=Do%C3%A7.+Dr.+Ender+Ethem+ATAY%2C+SDP%2CNihai+Rapor%2C2004&meta=lr%3Dlang_tr 20.1.2007

32-Sağlık Bakanlığı, (2004), “Sağlıkta Dönüşüm Programının Birinci Fazına Destek Sağlıkta Dönüşüm Projesi Proje İşletim Kılavuzu”, Bölüm:I, 31 Temmuz 2004, Ankara.

http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/1227_07.pdf 12.1.2000

33-ŞAHİN Feyzullah “Sağlıkta Dönüşüm Projesi Ve Sağlık Eğitimi Faaliyetleri”, http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/1221_01.pdf 12.1.2007

34- “Sağlıkta Dönüşüm projesi Konsept Notu” Sağlık Bak. Yayını

http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/1221_01.pdf 12.1.2007

35-“Kamuda Yeniden Yapılanmada Sağlık Sisteminin İzlenmesi, Değerlendirilmesi Ve Performans Yönetimi” 26-27 Eylül 2005 Tarihli Çalıştayı
http://sbu.saglik.gov.tr/extras/birimler/apk/calistay_07.10.2005.doc 13.6.2007

36- SOSYAL GÜVENLİK REFORMU: SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ NİSAN 2005

http://www.calisma.gov.tr/birimler/sqk_web/html/beyazkitap.doc s.79 11.6.2007

37- http://www.pydb.saglik.gov.tr/index.php?option=com_content&task=view

http://www.pydb.saglik.gov.tr/index.php?option=com_content&task=view &id=1&Itemid=2 14.1.2007

38-Sağlık Bakanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Hıfzısıhha Mektebi Tarihçesi,

<http://www.hm.saglik.gov.tr/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=9>

39-<http://www.izmirtabip.org.tr/default.asp?mid=793> 2.4.2007

40-http://www.ttb.org.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=584&Itemid=56 14.3.2007

41-http://www.ttb.org.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=577&Itemid=57 14.3.2007

42-http://www.ttb.org.tr/index.php?Option=com_content&task=view&id=553&Itemid=57 15.3.2007

43-http://www.disk.org.tr/content_images/GSS.doc 15.3.2007

44-<http://www.ses.org.tr/pages/hukuk/SES%20HUKUK%20BROSURU%20007.doc>

45-<http://www.izmirtabip.org.tr/images/docs/aile.doc> İzmir, 17.04.2006

46-<http://www.ses.org.tr/pages/hukuk/SES%20HUKUK%20BROSURU%20007.doc> 17.05.2007

EK:1

KISITLAR:

Ülkemizde, 1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde, “Sağlıkta Dönüşüm Programı” kapsamında Aile hekimliğine geçiş süreci yaşanmaktadır.2005 yılında Düzce’de başlayan, daha sonraki süreçte ise 12 pilot ilde uygulanmaya başlayan Aile Hekimliği uygulamasının İzmir’deki başlangıç tarihi 15.5.2007 dir. Bu değişimden direkt etkilenecek sağlık personelinin görüş ve düşüncelerini öğrenmek, değişimden nasıl etkilendikleri, olumlu, olumsuz görüş ve düşünceleri, olası tepki nedenleri konusunda bir anket çalışması yapmak istedim. Uygulamanın kapsamını da İzmir’in metropol ilçelerinden Konak bölgesi olarak belirledim. Resmi kurumlarda böyle bir anket çalışması yapabilmek için resmi izin almak gerektiğinden, 11.1.2007 tarihinde Konak Sağlık Grup Başkanlığına anket gerekçemle birlikte anket sorularını da içeren bir dilekçe ile başvurdum. Fakat dilekçeme, birçok kereler gerek kendim gidip sormama gerekse telefon etmeme rağmen şu ana kadar olumlu bir cevap alamadım. Şu anda yapılmak istenen değişimlerin örgüt içinde yeterli desteği bulamadığını düşünen yetkililerin bu anket çalışması ile personeldeki memnuniyetsizliğin açığa çıkması olasılığını göze alamadıkları ve bu nedenle izin vermediklerini düşünmekteyim. Bu nedenle çalışmamda çok gerekli olduğuna inandığım saha çalışması yapılamadı. Çalışmamızın en büyük kısıtı Türkiye de büyük bir örgütsel değişim yaşamakta olan sağlık personelinin bu konudaki görüş ve düşüncelerine saha çalışmasıyla yer verememektir. Onun yerine çalışmamızda ilgili sivil toplum ve meslek örgütlerinin basında yer alan düşünce , tepki ve danıştaya açtıkları davalara yer verilmiş ve gerekçeleri açıklanmaya çalışılmıştır. Dilekçemin bir örneği ve anket soruları ektedir.

KONAK SAĞLIK GRUP BAŞKANLIĞINA
İZMİR

9 Eylül Üniv. Sosyal Bilimler Ens. İşletme ABD. Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetiminde Yüksek lisans yapmaktayım. Yüksek lisans tez konum **“Türkiye de Sağlık Örgütlenmesinde Değişim”**

Çalışmamızın teorik kısmında örgütsel değişim kavramı, örgütsel değişime direnç ve direnci yenmenin yolları, Türk kamu yönetimi ve sağlık örgütlenmesinde Cumhuriyet tarihimiz boyunca yaşanan değişim çabaları ve son günlerde Türkiye gündeminde yer alan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” üzerinde durulmuştur.

Bildiğimiz gibi ister kamu ister özel olsun tüm örgütlerin en değerli kaynağı insandır. Örgütlerdeki insan unsuru; gerçekleştirilmek istenen değişimlerin başarılı olup olmamasında her zaman belirleyici olmuştur. Sağlıkta dönüşüm Programı kapsamında; 1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde, Aile Hekimliğine geçiş süreci yaşayan sağlık personelinin düşünce ve tutumlarının öğrenilmesi izlenecek stratejilerin belirlenmesinde yardımcı olur. Çalışmanın amacı da budur.

Uygulama; İzmir in Metropol ilçelerinden biri olan Konak bölgesinde, 1. Basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin kapsamaktadır.

Çalışmamızın teorik kısmında; örgütsel değişime direnç ve tepki nedenleri başlığı altında incelediğimiz nedenler, anket sorularımızın hazırlanmasında bize yol göstermiştir.

Uygulama anket yöntemi uygulanarak gerçekleştirilecektir. Anket soruları ilişikte eklenmiştir.

Anketi gerçekleştirmek için gerekli iznin verilmesini saygılarımla arz ederim.

11.1.2007

Tijen Bağırhan

Adres: 355 sok.No:212 D.6

Şirinyer/İzmir

Tel:4387134

Çalışmamızın teorik kısmında; değişime direnç ve tepki nedenlerini 7 temel başlık altında ele almıştık. Bu direnç ve tepki nedenleri anket sorularımızın hazırlanmasında bize yol göstermiştir.

ANKET SORULARI:

DEMOGRAFİK BİLGİLER:

1.Cinsiyet

a- Kadın

b- Erkek

2.Yaşınız

a-20-25

b-26-30

c-31-35

d-36 Yaş Ve Üzeri

3.Mesleğiniz

a-Doktor

b-Hemşire

c-Ebe

d-Sağlık Memuru, Çevre Sağ. Tek., Laborant

4.Öğrenim Durumu

a-Lise

b-Önlisans

c-Lisans

d-Yüksek Lisans- Doktora

5. Meslek Yılınız

a-1-5 Yıl

b-6-10 Yıl

c-11-15 Yıl

d-16 Yıl Ve Üzeri

SORULAR:

1. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Aile Hekimliğine geçiş ile yaşanan tüm değişiklikleri onaylıyorum.

a-Tamamen Katılıyorum

b-Katılıyorum

c-Kararsızım

d-Katılmıyorum

e-Hiç Katılmıyorum

2. Aile Hekimliğine geçiş Sağlık Sistemimiz için gereklidir.

a-Tamamen Katılıyorum

b-Katılıyorum

c-Kararsızım

d-Katılmıyorum

e-Hiç Katılmıyorum

3. Aile Hekimliği konusunda yeterli şekilde bilgilendirildim.

a-Tamamen Katılıyorum

b-Katılıyorum

c-Kararsızım

d-Katılmıyorum

e-Hiç Katılmıyorum

4. Aile Hekimliğine geçtiğimizde gelir durumum daha iyi olacak.

a-Tamamen Katılıyorum

b-Katılıyorum

c-Kararsızım

d-Katılmıyorum

e-Hiç Katılmıyorum

5. Özlük haklarım bakımından daha iyi durumda olacağım.

a-Tamamen Katılıyorum

b-Katılıyorum

c-Kararsızım

d-Katılmıyorum

e-Hiç Katılmıyorum

6. İş güvencem etkilenmeyecek.

a-Tamamen Katılıyorum

b-Katılıyorum

- c-Kararsızım
- d-Katılmıyorum
- e-Hiç Katılmıyorum

7.Var olan mesleki bilgi ve becerilerim , Aile Hekimliğine geçişte yeterli olacaktır.

- a-Tamamen Katılıyorum
- b-Katılıyorum
- c-Kararsızım
- d-Katılmıyorum
- e-Hiç Katılmıyorum

8. Ekonomik, sosyal ve kişisel beklentilerim, Aile Hekimliğine geçtiğimizde zarar görecektir.

- a-Tamamen Katılıyorum
- b-Katılıyorum
- c-Kararsızım
- d-Katılmıyorum
- e-Hiç Katılmıyorum

9. İş yerim değişecek, iş arkadaşlarımı ve dostlarımı kaybedeceğim.

- a-Tamamen Katılıyorum
- b-Katılıyorum
- c-Kararsızım
- d-Katılmıyorum
- e-Hiç Katılmıyorum

10. İş yüküm ve sorumluluklarım artacak.

- a-Tamamen Katılıyorum
- b-Katılıyorum
- c-Kararsızım
- d-Katılmıyorum
- e-Hiç Katılmıyorum

11. Şu anki iş pozisyonum, yetkilerim ve kariyerimde olumsuz değişiklikler olacak.

- a-Tamamen Katılıyorum
- b-Katılıyorum
- c-Kararsızım
- d-Katılmıyorum
- e-Hiç Katılmıyorum

EK:2

Sayın
AHMET NECDET SEZER
Cumhurbaşkanı
Çankaya-ANKARA

02.05.2006

Sayın Cumhurbaşkanımız,

Onaylarınıza sunulan 5489 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası, çalışanların, emekçilerin, yoksulların ve geniş kitlelerin gereksinimi ve hakları gözetilmeden, bu konuda dile getirilenler ve talep edilenler içeriğine yansıtılmadan, toplumsal bir uzlaşma ve oydaşma olmadan, yasama sürecinde işlem ve yöntem kurallarına uyulmadan, kamuoyunun bilgi edinme hakkı gözetilmeden, Anayasanın sosyal hukuk devleti, eşitlik ve sosyal güvenlik hakkı ilkeleri ihlal edilerek, TBMM tarafından görüşülmüş ve kabul edilmiştir.

Önünüze gelen bu Yasa'ya ilişkin değerlendirmelerimizi;

- 1-Sosyal Güvenliğe İlişkin Genel Değerlendirme,
- 2-Genel Sağlık Sigortası Hükümlerinin Değerlendirilmesi,
- 3-Sosyal Sigortalara İlişkin Madde Değerlendirmeleri,
- 4-Referandum Sonuçları ve Değerlendirmesi.

başlıkları altında sunuyoruz.

Saygılarımızla.

Türkiye Devrimci İşçi Sendikaları Konfederasyonu
Kamu Emekçileri Sendikaları Konfederasyonu
Türk Mühendis Mimar Odaları Birliği
Türk Tabipleri Birliği

1-Sosyal Güvenliğe İlişkin Genel Değerlendirme

Bu yasa ile, sosyal devlette gelirin yeniden dağıtımının araçlarından birisini oluşturan sosyal güvenlik ile ulusal gönenci ve sosyal adaleti sağlayan; yurttaşların geleceğini ve sağlık gereksinimlerini güvence altına alarak, onların onurlu yaşama hakkını gerçekleştiren ve gelecek kaygısı duymaksızın güvenli bir toplum içinde yaşadıkları duygusunu ve güvencini pekiştiren sosyal politikaların önemli bir bölümünü oluşturan sosyal sigortalar ve sağlık hakları, yeniden bir düzenleme ile basit bir yardım anlayışına dönüştürölmek istenmektedir.

Bu dönüşüm aynı zamanda insan odaklı gereksinimler için değil; hak niteliğindeki bu gereksinimleri ticari mallar olarak tanımlayan ve pazarlayan bir anlayış doğrultusunda tasarlanarak biçimlendirilmektedir.

Makamınıza sunulan bu yasa, Anayasamızla güvence altına alınan sosyal hukuk devletinin dönüştürölmesi için uygulamaya konulan bütönlükçü planın parçalarından biridir.

Dünya Bankası²²⁰ tarafından tasarlanan ve IMF²²¹ tarafından yürürlüğü sağlanan kapsamlı bir programın parçası olan bu yasa, bir yandan çalışma ilişkileri alanını düzenleyen yasalarla, bir yandan sağlıkta dönüşüm adı altında, kamu hizmeti olarak yürütölen sağlığın piyasalaştırılması için yaratılan fiili durumlarla, bir yandan sosyal güvenlik kurumlarının varlıklarına son verilerek ve ardından ortadan kaldırılarak yaratılan belirsizlik ortamı ile varılmak istenen hedefin bir aracı durumundadır.

Sosyal Güvenlik hakkı ve bu hakkı uygulamaya geçiren sosyal güvenlik sistemleri, tarihin çeşitli dönemlerinde toplumların yazgısını değıştirici işlevler üstlenmişlerdir. Bugün geline aşamada, sosyal güvenlik yüzyılların süzgecinden geçerek oluşın sosyal devleti ve bu devleti yaşama geçirmenin başlıca aracıdır. Sosyal güvenlik ekonomik kriz dönemlerinde kendisini daha da hissettiren eşitsizliklere ve toplumsal adaletsizliklere müdahale ile toplumun ve ekonomik

²²⁰ Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma:9, Sosyal Güvenlik Reformu:Sorunlar ve Çözüm Önerileri Teşekkür Yazısı, TC Başbakanlık, Ankara, Nisan 2006.

²²¹ IMF'ye 24.11.2005 tarihli gönderilen Niyet Mektubu.

yaşamının yeniden toparlanmasını sağlarken günümüzde ekonomik politikaların başarısı için insanı gözden çıkararak ve devleti üstlendiği yükümlülüklerden arındırarak, gerçekte insan için tasarlanması gereken tüm alanların, karlılık alanları olarak düzenlenmesi amacıyla tasfiye edilmektedir.

Ülkemizdeki mevcut sosyal güvenlik modeli veya sosyal güvenlik sistemimiz, tarihsel oluşum ve gelişim sürecinde Avrupa modelinden esinlenmiş, önemli eksiklerine karşın, Avrupa sosyal modeli ile uyum göstermektedir. Sosyal Güvenlik Reformu kapsamında, 5489 sayılı Yasa ile öngörülen model, büyük ölçüde Amerikan Modelini esas almaktadır. Öngörülen model, ülkemiz koşullarına uygun ve mevcut sorunlara çözüm getirebilecek bir model değildir.

Sosyal güvenlik sistemimizi tasfiye eden bu girişimler gerçekleştirilirken, anayasal bir temel insan hakkı niteliğindeki sosyal güvenlik hakkı da insanlarımızın elinden alınmaktadır.

1961 Anayasası'nda, Evrensel İnsan Hakları Bildirgesi'nin 22. maddesinden esinlenilerek düzenlenen sosyal haklar ve sosyal güvenlik hakkı, 1982 Anayasası'nda da, korunmuştur. Anayasanın 2. maddesinde Cumhuriyetin niteliklerinden birinin de sosyal devlet ilkesi olduğunu vurgulamaktadır. Anayasanın “Sosyal ve Ekonomik Haklar ve Ödevler” başlığını taşıyan İkinci Kısım Üçüncü Bölümünde sosyal haklara ve bu arada 60. maddesinde sosyal güvenlik hakkına geniş bir yer verilmiş ve sosyal güvenliği sağlama görevini devlete vermiştir. Bugün tasfiye etmek istediğimiz sosyal güvenlik kuruluşları da, Anayasanın bu buyruğu doğrultusunda sosyal güvenlik hakkını sağlamak için oluşturulmuşlardır.

Anayasa Mahkemesi, çeşitli kararlarında, Anayasanın 2. maddesinde yer alan sosyal devlet ilkesinin anlamını açıklığa kavuşturmuştur. 1961 Anayasası döneminde verilen bir karara göre, “**demokratik sosyal hukuk devleti, insan hak ve özgürlüklerine saygı gösteren, ferdin huzur ve refahını gerçekleştiren ve teminat altına alan, kişi ile toplum arasında denge kuran, emek ve sermaye ilişkilerini dengeli olarak düzenleyen, çalışanların insanca yaşaması ve çalışma hayatının kararlılık içinde gelişmesi için sosyal, ekonomik ve mali önlemler alarak çalışanları koruyan, işsizliği önleyici ve milli gelirin adaletle uygun dağılmasını sağlayıcı önlemleri alan, adaletli bir hukuk düzenini kuran**

ve bunu devam ettirmeye kendini yükümlü sayan.... devlet demektir.... Anayasa, devleti işverenle işçi arasında ekonomik ve sosyal bir denge kurmak, sermayenin emeği ve emeğin sermayeyi sömürmesini önleyici tedbirler almakla yükümlü tutmuştur” (AYMK. 26-27.9. 1967, E. 1963/336, K. 1967/29, AMKD, S: 6, 26-27). Bu kararda, sosyal devlete özgü olarak, emek-sermaye dengesi, çalışanların insanca yaşaması, işsizliğin önlenmesi ve ulusal gelirin adaletli dağılımı, unsurları ön plana çıkmaktadır.

Anayasa Mahkemesinin 1982 Anayasası döneminde verdiği bir kararda, sosyal devlet ilkesinin, Anayasanın 5. maddesi ile de bağlantısı kurularak, sosyal adalet, sosyal güvenlik ve insan onuruna uygun biçimde yaşama unsurları ön plana çıkarılmıştır. Bu yöndeki karara göre, “ **devletin temel amaç ve görevleri arasında insanın maddi ve manevi varlığının gelişmesi için gerekli şartları hazırlamaya çalışmak, kişiyi mutlu kılmak, onların hayat mücadelesini kolaylaştırmak, insan haysiyetine uygun bir ortam içinde yaşamalarını sağlamak gibi hususlar da yer alırlar. Gerçekten, yarattığı gelecek güvencesiyle bu mutluluğa hizmet eden araçlardan biri de kişinin sosyal güvenliğinin temin edilmiş olmasıdır**” (AYMK., 21.10. 1986, E. 1986/ 16, K. 1986/ 25, AMKD., S: 22, 290-291).

Başka bir kararında **Anayasa mahkemesi** sosyal devleti şöyle tanımlamaktadır: “**Sosyal hukuk devleti, güçsüzleri güçlüler karşısında koruyarak gerçek eşitliği yani sosyal adaleti ve toplumsal dengeyi sağlamakla yükümlü devlet demektir...Hukuk devletinin amaçladığı kişinin korunması, toplumda sosyal güvenliğin ve sosyal adaletin sağlanması yoluyla gerçekleştirilebilir... Anayasa’nın, Cumhuriyetin nitelikleri arasında yer verdiği sosyal hukuk devletinin dayanaklarından birini oluşturan sosyal güvenlik kavramının içerdiği temel esas ve ilkeleri uyarınca toplumda yoksul ve muhtaç insanlara Devletçe yardım edilerek onlara insan onuruna yaraşır asgari yaşam düzeyi sağlanması, böylece, sosyal adaletin ve sosyal devlet ilkelerinin gerçekleşmesine elverişli ortamın yaratılması**” gerekir (26.10.1988, E. 1988/ 19, K. 1988/ 33, AMKD, S: 24, 451-452).

Anayasa Mahkemesi, sosyal güvenliği, Anayasanın 17. maddesinde düzenlenen “yaşama hakkı “ ile bağlantılandırmıştır. Anayasa mahkemesine göre, “ **hukuk devletinin amaç edindiği yaşama hakkının korunması, sosyal güvenliğin sağlanmasıyla gerçekleşecektir. Sosyal güvenliği sağlayacak olan**

kuruluşların yasal düzenlemeleri ‘yaşama hakkı ile maddi ve manevi varlığı koruma haklarını zedeleyecek veya ortadan kaldıracak hükümler içermemesi gerekir”. Bu gerekçeyle Anayasa Mahkemesi, 506 sayılı Kanunun 34. maddesinde öngörülen ve sosyal sigortalılara yapılacak sağlık yardımını 18 ayla sınırlayan hükmünü, “sağlık yardımı sonunda henüz iyileşmemiş ve tedavisi sürmekte olan kişinin gerek yaşama hakkının gerekse maddi ve manevi varlığını koruma hakkının özünü zedeler bir nitelik taşıdığından Anayasa’nın 17. maddesine aykırı” görmüştür. Bu karar, sosyal güvenlik hakkı çerçevesinde yapılacak sağlık yardımlarının, Anayasanın 65. maddesindeki sınırlamaya tabi olamayacağını söylemektedir. Bu nokta, Anayasa Mahkemesinin kararında açıkça belirtilmiştir: “Anayasa’nın 60. maddesi kişilere sosyal güvenlik hakkını vermekle birlikte ikinci fıkrasında bunun için alınacak tedbirleri devlete görev olarak verirken 65. madde ile de bu göreve bazı sınırlamalar getirmiştir. Ancak, 60. maddede belirtilen bu sosyal hak, yine Anayasa’nın 17. maddesinde düzenlenen ‘yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma.... hakkı’ ile çok sıkı bağlantı içindedir. Dolayısıyla devlet ekonomik ve sosyal alandaki görevlerini yerine getirirken uygulayacağı sınırlamalarda ‘yaşama hakkını’ ortadan kaldıran düzenlemeler yapamayacaktır” (AYMK., 17.1.1991, E. 1990/ 27, K. 1991/ 2, AMKD, S: 27, C:1, 13-39).

Anayasa Mahkemesinin bu kararları uyarınca, **sosyal devleti, sosyal adalet ve sosyal güvenliği sağlamak ve herkes için insan onuruna yaraşır asgari bir yaşam düzeyini gerçekleştirmekle yükümlü devlet olarak tanımlamak olanaklıdır.** Oysa, 5487 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Yasası ve 5489 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası ile biçimlenen Dünya Bankası ve IMF Modeline dayalı Sosyal Güvenlik Reformu” sosyal devleti ve sosyal güvenlik hakkını toptan reddetmekte, bireyin yazgısını mali piyasaların gücüne terk etmektedir.

Öngörülen Sosyal Güvenlik Reformunun gerekçeleri, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın, Dünya Bankası uzmanlarının da katılımıyla hazırlanan “Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform Önerisi (Taslak Metin)- 29 Temmuz 2004” ve aynı içerikteki “Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform, Nisan 2005” başlıklı belgelerde açıklanmıştır. Buna göre:

- Mevcut sosyal güvenlik kurumlarının, sosyal güvenlik sistemlerinin en önemli amacı olan vatandaşlarımızı yoksulluğa karşı koruma amacını etkili bir biçimde ve yeterince yerine getirememeleri; her üç Sosyal Güvenlik Kuruluşu arasında eşitsizlikler ve farklı uygulamaların bulunması, demokrasinin temel unsurları olarak eşitlik ve adalet ilkelerinin zedelenmesi ve bunun sonucu olarak toplumsal dayanışmanın zayıflaması,

- Devlet bütçesinden karşılanan açıkların (genel bütçeden yapılan transferlerin 2003 yılı GSMH'nın %11'ine ulaşması) ülkemizin borçlarını ve faiz oranlarını artırması, hayat pahalılığına, yatırımlarda daralma ve işsizliğe yol açması ve sosyal güvenlik sisteminin mevcut yapısının ülke ekonomisinin geleceğini ve toplumsal barışı tehdit etmesi.

Bu gerekçelere dayalı reformun, sonuçları ya da öngörülleri ise; "...bütüncül bir yaklaşımla gerçekleştirilecek bir reformun sağlayacağı tek ve önemli bir yarar, sistemin uzun vadede mali açıdan sürdürülebilir bir hale getirilmesini sağlamak olmayacaktır. Daha da önemlisi, kurumsal etkinliği artıracak olan böylesi bir reform, ayırım gözetmeksizin bütün vatandaşlarımıza, eşit koşullarda, hak ettikleri kapsam ve kalitede sosyal koruma olanağı sağlayacaktır" olarak açıklanmıştır.

Bu amaçla, hazırlanan dört taslak metin üzerinden çalışmalar başlamıştır. Bu yasa taslakları:

1. Emeklilik Sigortası Yasası Tasarı Taslağı,
 2. Genel Sağlık Sigortası Yasası Tasarı Taslağı,
 3. Sosyal Güvenlik Kurumu Yasası Tasarı Taslağı,
 4. Primsiz Ödemeler ve Sosyal Yardım Yasası Tasarı Taslağı,
- olarak adlandırılmıştır.

Çalışmaların ilerlediği süreçte, İlk iki taslak, "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası" adı altında birleştirilerek, tek bir yasa tasarısı olarak görüşülmüş ve TBMM tarafından 5489 sayı ile kabul edilmiş; Sosyal Güvenlik Kurumu Yasası 5487 sayı ile onaylarınıza sunulmuştur. **Reformun dördüncü ayağı olarak nitelenen metin ise henüz taslak halindedir. Bu taslak, sistemin işleyişindeki kilit rolü ve yoksulluk kriterlerini belirlemesi ve sistemin finansman boyutunu ortaya**

koyacak sonuçların değerlendirilmesi açısından önemli bir nitelik taşımaktadır.

Reform gerekçesinde yer alan kimi saptamalar genel doğruları yansıtsa bile, kimi gerekçe ve öngörüler gerçek anlamda, bir sosyal güvenlik sisteminin doğruluk kazanmış evrensel ilke ve değerleri karşısında bilimsel bir dayanaktan yoksundur.

Sosyal güvenliğin temel amacı, sosyal bir riskle karşılaşan bireye, ekonomik bir güvence sağlamaktır. Bu güvence yeterli düzeyde ise, bireyin yoksulluğa düşmesini, önleyecek ve toplumda gelir dağılımında bir iyileşmeye de neden olacaktır. Bu dolaylı etki dışında, sosyal güvenliğin temel amacı yoksulluğa karşı koruma ve eşitsizlikleri ortadan kaldırma değildir. Ayrıca, öngörülen modelin, sayısı ve büyüklüğü konusunda hiç bir veri olmayan yoksulluğu nasıl ortadan kaldıracağı belirsizdir. Yeni sistemin dayandırıldığı temel daha başlangıçta yanlıştır. Mevcut sistem içinde kalınarak da aynı amaç ve sonuca varılabilecekken, sistemin köklü bir biçimde değiştirilmesine ilişkin öne sürülen gerekçelerin bilimsel ve doğru bir temeli bulunmamaktadır.

Ülkemizdeki, çok yapıli bir sosyal güvenlik sistemi, ileri sürüldüğü gibi, sosyal güvenliğin genel ilkelerine ters düşmemektedir. Avrupa ülkelerinin birçoğunda sosyal güvenlik kuruluşlarında çokluk ilkesi egemendir. Bu ülkelerde bu durumun, eşitlik ve adalet ilkelerinin zedelediğı ve bunun sonucu olarak toplumsal dayanışmanın zayıfladığı yönünde bir eleştiri söz konusu değildir.

Reform önerisinin en belirgin gerekçesini, “kara delik” olarak algılanan sosyal güvenlik kuruluşlarının bütçe açıkları oluşturmaktadır. Reform kapsamındaki yasalarla, bu kuruluşlara ulusal bütçeden yapılan kaynak transferinin önleneceğı ve giderek bütçe açığının azaltılarak faiz dışı bütçe fazlası hedefine daha kolay ulaşılacağı ifade edilmektedir.

IMF, 8. Niyet Mektubunda da, üç kurumun birleştirilmesi halinde emeklilik sistemine ilişkin açıkların 2007 yılına kadar sürekli azalan bir seyir izler hale getirilmesinin ve bu açıkların uzun dönemde GSMH’nın %1’i seviyesine düşürülmesinin amaçlandığı, belirtilmektedir. Bu gerekçe ve projeksiyonlar da

inandırıcı değildir. Sosyal güvenlik sisteminin finansman darboğazı, asıl olarak, işsizlik ve kayıt dışı istihdamdan kaynaklanmaktadır. Bu sorunlara köklü çözüm getirilmeden, hangi model kabul edilirse edilsin, sosyal güvenliğin finansman sorununun çözümülenmesi olanaklı değildir.

Bütçe açıklarının asıl nedenleri üzerinde durulmadan, tüm olumsuzlukların kaynağı olarak sosyal güvenlik kurumları gösterilmektedir. Konsolide bütçe giderlerinin yalnızca %11,33'nü oluşturan sosyal güvenlik kuruluşlarının açıklarını, bütçe açığının ve olumsuz ekonomik dengelerin başlıca nedeni olarak görmek ve sosyal güvenlik açıklarının azaltılması ile bütçeye ilişkin tüm sorunlara çözüm bulunacağı yönündeki tespit ve öngörü de ciddi bir yanılgıya dayanmaktadır. Gerçeği çarpıtan bu yaklaşım, borç stokunun artmasına yol açan birçok faktörü gözden uzak tutmaya yaramaktadır.

Ankara Ticaret Odası'nın bir araştırmasına göre, Türkiye son on yılda iç borç ve dış borç ana para ve faiz olmak üzere toplam 970.8 milyar dolar borç ödemiştir. Aynı Rapora göre, on yılda 144.3 milyar dolarlık dış borç ana para, 54.5 milyarlık faizi olmak üzere toplam 198.8 milyar dolarlık dış borç ödemesi yapılmıştır.

Reform gerekçesinin açıklandığı metinlerde, sosyal güvenlik kurumlarının finansman açığının ekonomi üzerindeki olumsuz etkileri sıralanırken, 1994-2003 dönemindeki açığın Hazine iç borçlanma faiz oranları dikkate alınarak hesaplanan 2003 yılı güncel değerinin 345 katrilyon olduğu, on yıllık transferlerin toplamı olan bu tutarın neredeyse 2003 yılında yaratılan toplam ulusal gelire eşit olduğu belirtilmektedir.

DİSK'in yaptığı bir araştırmada aynı yöntemle yapılan hesaplamalarda, 1990-2003 yılları arasında sosyal güvenlik kurumlarına yapılan transferlerin Hazine faiziyle güncellenmiş değeri 404 katrilyon, "Reform metinlerinde" gözden kaçırılan bir başka kalem olan faiz ödemelerine yapılan transferlerin güncellenmiş değeri ise, 2.351 katrilyon olarak bulunmuştur. Yani faiz ödemeleri için ayrılan kaynak, 2003 yılı ulusal gelirinin yedi katıdır. Bakanlıkça yapılan hesaplamaların mantığına uygun bir başka anlatımla, toplumun büyük bir çoğunluğunu oluşturan dar gelirli ve yoksul kesimlere yurttaşlık hakkı temelinde sosyal güvenliğe bütçeden 1 birim aktarılırken, küçük bir azınlığı oluşturan varsıl; tefeci ve rantiyeye 7 birim aktarılmıştır.

TABLO
SOSYAL GÜVENLİK KATKILARI VE FAİZE ÖDEMELERİ 1994-2004(Milyar TL)

Yıl	Sosyal Güvenlik Katkıları			Faiz Ödemeleri		
	Miktar	Milli Gelire Oranı	Bütçeye Oranı	Miktar	Milli Gelire Oranı	Bütçeye Oranı
1994	40.580	1.0(%)	4.5(%)	298.285	7.7(%)	33.2(%)
1995	108.200	1.4(%)	6.3(%)	576.115	7.3(%)	33.7(%)
1996	335.300	2.2(%)	8.5(%)	1.497.401	10.0(%)	38.0(%)
1997	760.000	2.6(%)	9.5(%)	2.277.917	7.7(%)	28.5(%)
1998	1.400.000	2.6(%)	9.0(%)	6.176.595	11.5(%)	39.6(%)
1999	2.750.000	3.5(%)	9.8(%)	10.720.840	13.7(%)	38.2(%)
2000	3.225.685	2.6(%)	6.9(%)	20.439.862	16.3(%)	43.9(%)
2001	5.112.000	2.9(%)	6.4(%)	41.064.609	23.3(%)	51.1(%)
2002	11.205.000	4.1(%)	9.7(%)	51.870.659	18.9(%)	44.8(%)
2003	15.922.000	4.5(%)	11.3(%)	58.609.163	16.4(%)	41.7(%)
2004	19.300.000	4.5(%)	13.8(%)	58.488.490	13.6(%)	41.7(%)
Toplam Ortalama	60.158.765	3.9(%)	10.3(%)	252.019.936	16.3(%)	43.3(%)

Kaynak:Hazine, DPT ve Maliye Bakanlığı verilerinden derlenmiştir.

Ekonomik istikrarsızlığın nedeni, ileri sürüldüğü gibi “sosyal güvenlik sisteminin kendisi” değil, iş yaratma hedefi olmayan ve toplumun çoğunluğu için yapılan sosyal güvenlik harcamalarını yük olarak gören, toplumun küçük bir azınlığına kaynak aktarımını amaçlayan ekonomik sistem ve bunu sürdürmeyi amaçlayan siyasi tercihler ve politikalarıdır.

Reform Önerisi, gerekçeleri açısından yanlışlara dayanmakla kalmamakta, reform ile ulaşılmak istenen hedefler ve öngörüler de bilinmez veriler içermektedir. Dahası, amaçlar ve sonuçlar arasında çok ciddi çelişkiler bulunmaktadır. Örneğin, Reform ile sosyal güvenliğin kişiler açısından kapsamının yaygınlaşacağı öngörüsünde bulunmaktadır. Ancak, sistemin kapsamı genişledikçe finansman yükü de o oranda artış gösterecektir. Bu sonuç, bütçeden sosyal güvenlik için yapılan transferlerin azaltılması amacıyla daha başlangıçta çelişki yaratmaktadır. Kayıt dışı istihdamı, kayıt altına alamayan bir ülkenin, öngörülen hedefe nasıl ulaşacağı da belirsizlik yarattığı gibi; öngörülen modelin bu yapıda başarıya ulaşmasının olanaklı olmadığını da göstermektedir.

Mevcut sistemin yoksulluğu ortadan kaldırmadığı, eşitsizliklere yol açtığı ifade edilerek reform sayesinde bu sorunun çözüme kavuşturulacağı hedeflenmektedir. Sosyal güvenlik sisteminin gelir kaynaklarından ciddi bir artış

sağlanmadan bu hedefe ulaşma olanağı da bulunmamaktadır. Çünkü, kapsamlı ve etkin bir sosyal korumanın sağlandığı Avrupa Birliği ülkelerinde sosyal koruma harcamaları, GSMH'nın %19-30'u düzeyine ulaşmıştır. Reform ile öngörülen hedefe ulaşılabilmesi için sosyal güvenlik harcamalarına aynı düzeyde pay ayrılması gerekmektedir.

TABLO
AB'DE BÜTÇEDEN SOSYAL GÜVENLİĞE AYRILAN PAY(2003)

	Milli Gelire Oranı	Bütçeye Oranı
AB 25	19.3	40.1
AB Yeni 10	17.1	36.9
Almanya	22.4	46.6
Avusturya	21.4	42.2
Belçika	18.1	35.5
Britanya	16.5	37.8
Çek Cumhuriyeti	14.6	27.4
Danimarka	25.2	44.7
Estonya	10.4	29.1
Finlandiya	21.7	42.5
Fransa	21.1	39.3
Hollanda	18.6	38.0
İrlanda	10.0	29.3
İspanya	12.9	34.1
İsveç	24.9	42.5
İtalya	18.3	37.5
Kıbrıs(Güney)	11.3	24.8
Latviya	10.8	30.2
Litvanya	10.1	29.6
Lüksemburg	19.3	42.4
Macaristan	17.0	33.9
Malta	14.3	28.1
Polonya	19.9	44.7
Portekiz	15.7	33.0
Slovakya	15.7	40.0
Slovenya	18.3	38.0
Yunanistan	20.9	43.4

Kaynak:Eurostat

Mevcut koşullarda, sosyal güvenlik kurumlarının açıklarını kapatmak için genel bütçeden yapılan transferlerin milli gelirin %4.5'ine ulaşmasının, “ülke geleceği ve toplumsal barış” açısından bir tehdit gibi algılandığı dikkate alındığında, sosyal güvenlik harcamalarının Avrupa ülkelerinde olduğu gibi, GSMH'nın %20-25'ine ulaşması için hangi kaynaklara başvurulacağı hususu da çok daha ciddi bir endişe kaynağı olmaktadır.

Dünyadaki sosyal güvenlik sistemleri incelendiğinde, bugün ve gelecekte sosyal güvenliğin finansmanının, sadece prim gelirleriyle karşılanamayacağı yönündeki gerçek kesinlik kazanmış bulunmaktadır. Dolayısıyla, devletin de genel bütçeden, sosyal güvenliğin finansmanına düzenli katkı yapması kaçınılmaz görünmektedir. Ülkemizin tam üye olmak istediği Avrupa Birliği ülkelerinde, sosyal korumaya devlet katkısı, ülkeden ülkeye farklılık göstermekle birlikte, %30 ortalamasına ulaşmaktadır.

Reform Önerisinin bir parçası olan 5489 sayılı Yasa, bu bilimsel gerçeği dışlayarak, bilinmezliklerle dolu projeksiyonlara yaslanmaktadır. Bu durum, bu projeksiyonlara dayalı hesaplamaların ve sigorta tekniğine uygun, aktüerya hesaplarına dayalı modellerin TBMM'ne de sunulmadığı gerçeği ile doğrulanmaktadır. Plan ve Bütçe Komisyonu İç Tüzük hükümlerine aykırı olarak, ekinde hesap tabloları bulunmayan bir tasarımı görüşerek genel kurula göndermiştir.

Sosyal güvenlik sisteminin finansman darboğazının aşılması ve Avrupa Birliği standartlarına uygun düzeyde sosyal koruma sağlanabilmesi için, bütçeden kaynak transferinin azaltılması yerine, düzenli olarak artırılması gerekmektedir. Bunun için, sistemin köklü bir biçimde değiştirilmesine gerek bulunmamaktadır. Reformda esas alınan Dünya Bankası ve IMF Modeli, sosyal devlet ve sosyal güvenliği mali piyasalara feda eden bir modeldir. Ülkemizin yazgısı ve geleceği, bu modele terk edilecek kadar önemsiz değildir.

ILO'nun yaptığı araştırmalardan, Dünya Bankası ve IMF reçeteleri doğrultusunda, ülkemizde uygulanmak istenen modelin eski Doğu Bloğu ülkeleri olan Polonya, Macaristan ve kısmen de Çek Cumhuriyetinde yürürlüğe konulduğu bilinmektedir.

Söz konusu model, bu ülkelerde de doğrudan Dünya Bankası uzmanları tarafından hazırlanmıştır. Bu sistem, iki ya da üç ayaklı sosyal güvenlik modeli öngörüsüne dayanmaktadır. Sistemin ilk ayağını, herkese maktu olarak ve asgari düzeyde sosyal güvenlik hakkı değil de yardımı (örneğin emekli aylığı) sağlayan kamu sosyal güvenlik rejimi oluşturmaktadır. Onayınıza sunulan, 5498 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı" da, benzer modellerde olduğu gibi, sistemin bu ilk basamağını karşılamaktadır. Sistemin ikinci ayağını ise, fon

biriktirme esasına dayalı özel emeklilik programları oluşturmaktadır. Ülkemizde de, daha önce uygulamaya konulan bireysel tasarruf ve emeklilik sistemi, bu ikinci basamak güvenceyi karşılamak üzere, hazırlanmıştır.

Belirtilen ülkelerde uygulanan bu model, sigorta primlerinde önemli bir artışa yol açmış, emeklilik yaşının yükseltilmesi sonucunu doğurmuş, primlerin bir bölümünün özel emeklilik programlarına yönlendirilmesi nedeniyle kamu rejiminin finansman dengesi bozulmuş, yoksulluk sınırının altında maktu emeklilik aylığı ödenmesi nedeniyle, emeklilerin yaşam koşulları aşırı ölçüde kötüleşmiştir. Özel emeklilik programlarında ise, bir kaos yaşanmış, özel emeklilik şirketlerinin bazıları iflas etmiş, rekabet nedeniyle anılan şirketlerin yönetim giderlerinde artış olmuş, özel emeklilik fonlarının verimliliği konusunda ciddi belirsizlikler ortaya çıkmıştır. Aynı sorunların, modelin uygulanmaya konulmasıyla ülkemizde 1980’li yıllarda yaşanan banker ve son olarak da banka skandalları göz önüne alındığında özel emeklilik sigortasında da yaşanabileceği gerçeği, ürkütücü bir gelecek öngörüsüdür.

Bu Yasayı da kapsayan bu “Reform” denemesi ile sosyal güvenlik yerine uygulanan ekonomi politikalar sonucu büyümeyi ve artmayı sürdüren yoksulluğun yönetimi için, “sosyal koruma” kavramı yerleştirilmeye çalışılmaktadır.

Öngörülen, kayıtlı kesim üzerinden sağlanacak kaynakla, giderek sayıları artacak olan yoksulların da sosyal gereksinimlerinin karşılanmasıdır. Yeni kaynak yaratılmadığı, kayıt dışı alanın ortadan kaldırılmadığı, kitlelerin kurlsızlık içinde acımasızca çalıştırıldığı kaos koşullarında, ortaya çıkacak sonuç, ancak toplumsal karşı çıkışların bastırılması amacıyla en zorunlu gereksinimleri, olabilecek en düşük düzeyde karşılanabilen, en azla yetinmesi beklenen, bireyleri yoksullukta eşitlenmiş bir toplum olacaktır.

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası, bütüncül sosyal politika ilkelerine uygunluk amacı gütmemekte, bu kaygıyı taşımamaktadır. O nedenle, sosyal bir nitelik taşımadığı gibi, toplumda yaratılan beklentiye de karşılayamayacağından, bu biçimiyle bir yanılsama olarak ortaya çıkmaktadır.

Bu Yasa’nın sağlık, emeklilik ve sosyal sigortaları, sosyal haklar temelinde ve devletçe karşılanmasını asıl alarak; amacına, evrensel değer ve ilkelere, toplumun

gereksinimine ve ülkenin gereklerine göre; toplumsal bir uzlaşmaya ve gelecek için öngörülen toplumsal modele dayalı olarak yeniden düzenlenmesi gerektiği kanısındayız.

2-Genel Sağlık Sigortası Hükümlerinin Değerlendirilmesi,

Sosyal devletin temelini oluşturan sosyal güvenlik hizmetleri sayesinde kişilerin gelir düzeyi ne olursa olsun toplumda eğitim seviyesinin yükselmesi, sağlık hizmetinden yararlanabilmeleri ve yaşlılık dönemlerinde varlıklarını sürdürebilecekleri düzenli gelirleri olması, ihtiyaç durumunda sosyal yardım imkanlarından yararlanabilmeleri sağlanmıştır. Bu sosyal politikalar, toplumun sağlık seviyesini yükselmesinde; bebek ölüm oranları, anne ölüm oranlarının düşmesinde, bağışıklıma oranları yükselmesinde, sağlık verilerinin olumlu gelişme göstermesinde önemli rol oynamıştır. Tüm bunların sonucu olarak da insan ömrü daha önceki dönemlerle mukayese edilemeyecek ölçüde artmıştır.

Sosyal devlet uygulamaları ile toplumsal hizmetlerde, özelliklede sağlık alanında yaratılan olumlu gelişmelere rağmen, bugün sağlık sistemlerinde yaşanan sorunların ele alınışında önemli bir mantık kayması yaşanmaktadır. Günümüzde uluslararası finans kuruluşları ve tıbbi teknoloji sektörü, yalnız başına sağlık sistemlerinin organizasyonu, finansmanı ve toplum gereksinimlerine verdikleri yanıtlar ile ülke içinde veya ülkeler arasında, hatta zengin ve yoksulun sağlık düzeylerinde eşitlik sağlanabileceğine dair bir iddiayı yaygınlaştırmaktadırlar. Medikal hizmetlerin bir ülkede mortalite ve morbitidenin azaltılmasında temel öneme sahip olduğunu söylemektedirler. Ancak bu iddiaları bu güne kadar bilimsel olarak ispatlanamamıştır.

Elde edilen tüm bilimsel veriler ise; sağlık verilerinin yükselmesinde ve mortalite düzeyinde ulaşılan durumun açıklanmasında politik müdahalelerin, refah ve gelir dağılımının, sosyal politikaların medikal hizmetlerden daha önemli olduğunu göstermektedir. Bir ülkede toplum sağlığını geliştirmek ve insan ömrünü uzatmak için en etkin yolun gelir dağılımını yeniden düzenleyen ve tam istihdam sağlayan, toplumsal eşitsizlikleri ortadan kaldırılmasına dönük ekonomik ve sosyal politikalar, aynı zamanda, son derecede doğru ve temel bir sağlık politikasıdır. Bu nedenle sosyal devlet ve sosyal güvenlik, sadece dönemsel ekonomik rakamlar ve ekonomik

programlarla ele alınamaz; tüm toplumun sağlıklı yaşamı ve geleceğini doğrudan etkileyen son derecede önemli bir konudur.

Dünya Bankası'nın teknik desteği ile Sağlık Bakanlığı 1980 sonlarından itibaren, sağlık sistemindeki sorunların 'çözümü' için Dünya Bankası'nın önerilerini 'kendi çözümleri' olarak sunmaya ve geliştirmeye çalışmaktadır. Ancak bu sunulan çözüm önerilerinin hiçbirisinin ülkemizin ihtiyaçlarına cevap vermek temelinde olmadığı, Dünya Bankası tarafından Türkiye gibi az gelişmiş ülkelere önerilen şablon nitelikli projeler olduğunu en başta saptamak gerekir.

IMF, Dünya Bankası, GATS, vb. uluslararası finans güçlerinin sağlık sektörüne yönelttikleri aşırı ilgi, bu sektörde dönen çok önemli hacimdeki paradır. Bu para 1970'lerin sonlarına dek, yani sosyal devlet formu içinde, kamu ve devlet kurumları eliyle toplandı, kullanıldı ve denetlendi. Hizmet de kamu ağırlıklı olarak üretildi. Her şeyin ticarileştirilerek alınırsatılır hale getirilmek istendiği serbest piyasa anlayışının tüm yaşam alanlarını istila ettiği, günümüzde sağlık sektörünün de ticari sermaye için önemli bir cazibe alanını oluşturduğu görülmektedir. **Kısacası özel sektör; ilaç endüstrisiyle, tıbbi teknolojiyle, özel sağlık sigortasıyla ve özel sağlık hizmeti sunumuyla sağlık sektörünün tüm bileşenlerinin daha fazla kar anlayışına uygun olarak dönüştürülmesini istemektedir.**

Yaklaşık 15 yıllık dönem içinde sağlık ortamında bilinçli ve amaçlı olarak yaratılan sorunlardan yola çıkarak 'Sağlıkta Dönüşüm'. 'Reform' için önemli maddi ve moral destek yaratıldığı görülmektedir. Hükümetin büyük bir kararlılıkla sahiplendiği ve uygulamaya koyduğu dış kaynak ve dayatmalı 'Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin üç önemli ayağı bulunmaktadır:

1) Birinci basamak sağlık sisteminin sorunlarının çözümü bakımından Aile Hekimliği İşletmesi Modeli.

2) Piyasa ekonomisine uygun olarak hastanelerin Sağlık İşletmeleri haline getirilmeleri

3) Sağlık sektörünün yaşadığı finansman krizinin çözümlenmesi bakımından da Genel Sağlık Sigortası.

Ülkemizde sağlık ortamında yaşanan sorunların tespit ve değerlendirilmesinde, bu sorunları yaşayan insanlar ve ilgili kurumlar büyük ölçüde benzer değerlendirmeleri yapmaktadırlar.

Bu değerlendirmeleri kısaca ifade etmek gerekirse;

1-Türkiye'de sağlık sisteminde finans yetersizliği yaratılmıştır. İki büyük sağlık hizmeti üreticisi kurumun; Sağlık Bakanlığı ve SSK'nın finans kaynakları iyice kısıtlanarak bu iki kurum neredeyse hiçbir yatırım yapamaz ve ihtiyaca uygun personel istihdam edemez hale getirilerek hizmet alanlarda da memnuniyetsizlik yaratılmıştır. Böylelikle de kamusal sağlık hizmeti veren bu kuruluşlar bilinçli olarak çökertilmiştir. Yürütülen çökertme politikalarına paralel olarak da, sağlık hizmeti veren özel kuruluşların geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması için özel teşviklerde bulunulmuştur. Ayrıca kamu sağlık kuruluşlarının özel sağlık kuruluşlarından hizmet alımına yöneltilmesiyle, özel sağlık kuruluşlarına hasta garantisi sağlanmıştır. Bunun sonucunda özel poliklinikler, özel hastaneler, özel görüntüleme merkezleri sayılarında büyük artışlar sağlanmıştır. Tüm bu uygulamalarla özel sağlık kuruluşlarına kamudan önemli miktarda kaynak aktarımı yoluna gidilmiştir.

2-Hizmet üretiminde kurumlar arasında iletişimsizlik, denetimsizliğin yanı sıra kurumların ve sağlık personelinin de bölgelere dağılımında dengesizlik vardır. Birinci basamak sağlık sistemi bozuk olup koruyucu sağlık hizmetlerinin asıl üreticisi olan bu kurumlar büyük ölçüde desteksiz bırakılarak, son derecede yetersiz olanaklar içinde hizmet vermeye itilmiştir. Birinci basamak ile hastaneler arasında olması gereken sevk sistemi yeterince işletilmemiş, halkın da tedavi hizmetlerine olan eğilimini teşvik eden politikalar ile hastanelerde yığılmalara yol açılarak, kamu kaynakları son derece verimsiz kullanılmıştır.

Kısacası sağlık finansman sistemi ve sağlık hizmet kuruluşlarının her ikisinin de yıllar boyu ihmal edilmeleri ile yaşanan sorunlar büyümüş ve derinleşmiştir.

Sonuçta ;

- hekimlerin ve sağlık personelinin eğitiminden istihdamına,
- sağlık hizmetinin sunumuna,
- finansmanına,

kadar köklü değişimlerin, sağlığın bir hak olduğu ve bu hakkın da kamusal bir anlayışla karşılanması gerekliliği üzerinden köklü değişimlere acilen gidilmesi gerektiği son derece acıktır.

Sağlıkta finansman sorunun nasıl çözüleceği yalnızca Türkiye'yi ilgilendiren bir soru değildir. Soru son yıllarda, sosyal devlette sosyal hak olarak kabul edilen tüm kamusal hizmetlerin ticarileştirilmesinin nasıl gerçekleştirileceği bütün ülkelerin gündeminde önemli bir yer tutuyor. Ülkelerin gündemine bunları sorun olarak taşıyan da hazır çözüm önerileri sunan da uluslararası finans odakları olduğu görülmektedir. Bu kuruluşlar “nasıl bir finans sistemi” önermektedir. Bunun cevabını Genel Sağlık Sigortası Yasa’sında bulabiliriz:

Ülkelerin sağlık finansmanını 3 şekilde sağlandığı görülmektedir. Bunlar;

- a) özel finansman,
- b) kamu sağlık sigortacılığı,
- c) genel vergilerden oluşturulan ulusal sağlık sistemleridir.

a)Özel finansman; özel sigortacılık uygulamalarını ve hizmeti kullanım anında cepten yapılan ek ödemeleri temel alan bir sistemdir. Dünya Sağlık Örgütü'nün de belirlediği gibi toplumda parası olan, ayrıcalıklı toplum kesimlerinin ayrıcalıklı gereksinimlerine yanıt vermek üzere ortaya çıkan ayrıcalıklı bir sistemdir. Bu yapılanmada özel sigortalar ve özel sağlık kurumları arasında herhangi bir eşgüdüm sağlamak da olanaksız olduğundan, yönetsel maliyetlerin en fazla oranda arttığı model de budur. Özel finansman anlayışı tamamen bireysel hizmet sunumuna göre şekillendiğinden, doğası gereği, özel sigorta şirketlerinin, toplumsal sağlık sorunlarının çözümünde hiçbir rol üstlenmedikleri de görülmektedir.

b)Kamu sağlık sigortacılığı sistemi; Hükümetin kaynak yetersizliği, bütçe açıkları gerekçesiyle dar gelirli ve yoksul toplum kesimlerinden prim ve ek ödeme temelinde oluşturduğu zorunlu kamu sigortacılığı sistemidir. Hükümetlerin uyguladığı ekonomik ve sosyal politik tercihler nedeniyle sayıları hızla artan az gelirli ve yoksul toplum kesimlerinin yaşadığı koşullar nedeniyle yüksek sağlık taleplerini prim ve ek ödeme vb. zorunluluklar ile kontrol altına almayı hedefleyen bir sistemdir.

Bu sigorta sisteminde uygulanan prim ödemesi ile genel vergiler dışında sağlık için bir tür özel ek vergi getirilmektedir. Bu ek vergi anlayışı geniş halk kesimleri üzerine ek bir finansman yükü daha ilave edeceği nedeniyle olumsuz tablo daha da ağırlaşmaktadır. Oluşturulmak istenen bu sistemin, kendisine kaynak olarak dar gelirlileri ve yoksulları belirlemesi sistemin açmazını oluşturmaktadır. Ülkemize önerilen bu sistemin açmazı da zaten tam bu noktada düğümlenmektedir.

Ayrıca kamu sigortası sistemleri, kaynakları daha fazla oranda tedavi edici hizmetlere yönlendiren yapısal bir özelliğe sahiptir. Genel olarak hükümetlerin sağlıktaki popülist politikaları ile halkın tedavi edici sağlık hizmetlerine tercih eğilimi birleştiren bir sistemdir. Bu sigorta modeli halktaki bu doğal eğilimi daha da artırıcı bir etki yaratmaktadır. Ve bu etki Moral Risk olarak bilinmektedir. Sigorta uygulamasıyla oluşturulan kaynağın, ya da denetim altına alınan fonun tedavi edici sağlık hizmetlerine yönlendirilmesi, halkın doğal tedavi yönelimli tercihi ile birleştğinde sağlık sistemi bakımından hiç de tercih edilmeyen bir sonuç ortaya çıkmakta ve sistem bütün olarak tedavi yönelimli bir nitelik kazanmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin son derece zayıf olduğu bu sigorta modeli, toplumun sağlık verilerinde iyileşmeyi sağlayamadığından etkinliğini de tartışma konusudur.

c)Genel vergilerden oluşturulan ulusal sağlık sistemleri; Kamusal finansman ile sağlık hizmetlerinin bir bütün olarak kamusal bir anlayışla sunulmasını birleştiren bir sistemdir. Sağlık hizmetlerinin ticarileştirilmesinin önünde önemli bir engel olarak görüldüğünden, serbest piyasacılar tarafından her yerde yoğun olarak eleştirilmektedir.

Sağlık sistemini geliştirip etkin kılmak ve tüm toplum kesimlerinin gereksinimlerine eşit olarak yanıt üretmek, adaletli bir vergi sistemine dayalı genel bütçeden finanse edilen bir sistemle mümkündür. Özellikle gelir dağılımının ileri derecede bozulduğu ülkelerde az gelirli ve yoksul kesimleri koruyan, gelir dağılımını düzeltme aracı olarak sosyal güvenliği genel bütçeden karşılan bir sisteme ihtiyaç bulunmaktadır.

Genel vergilerle finanse edilen ulusal sağlık sisteminde, finansmanla hizmet üretiminin entegre biçimde sunulması ve sağlık hizmetlerinin de koruyucu ve tedavi edici olarak bu sistem içinde entegre edilmesi, etkinliği daha da arttırmaktadır. Böylelikle, merkezi yürütme aygıtı, kaynakları hangi sorunlara, hangi alanlara

kaydıracağına karar verme, koruyucu ve tedavi edici hizmetleri, birinci basamakla diğer basamakları uygun noktada dengeleyebilme şansına sahip olabilmektedir.

Kısaca ulusal sağlık sistemi, yani genel vergilerin sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılması; sigorta modeline göre daha eşitlikçi, daha etkin, koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamağı öncelediği için daha az maliyetli bir sistem yaratmaktadır. Deneyimler ve araştırmaların gösterdiği sonuç budur. Bu sebeple olsa gerektir ki;

Güney Avrupa bölgesinde yer alan ülkeler (İtalya, Portekiz, Yunanistan, İspanya) sağlık hizmetlerinde sosyal sigortaya dayalı finansmandan, vergiye dayalı finansman sistemine geçiş sürecindedirler. Bu gruptaki ülkeleri vergiye dayalı sistemi kurmaya yönelten, daha önce sigorta kapsamında olmayan nüfusun kapsam altına alınmasının ve tüm nüfus için kapsamlı hizmet sunumu gerekliliğinin fark edilmesi olmuştur. Sosyal sigortanın iyi işlediği iddia edilen ülkelere Almanya, sağlık hizmetlerinin finansmanında yaşadığı ciddi sıkıntıları aşabilmek için teminat paketlerinin kapsamını daraltma eğilimine girmekte; Belçika gibi ülkeler ise sosyal sigorta sistemindeki devletin sübvansiyonunu artırarak sorunu aşmaya çalışmaktadır.

Genel Sağlık Sigortası Hükümlerine İlişkin Değerlendirmelerimiz

Genel Sağlık Sigortası ile;

- Herkesin sosyal güvence altına alınacağını,
- Tek çatı ile sağlık hizmet sunumundaki eşitsizlikler sona erdirileceğini,
- Hekim hasta arasındaki para ilişkisi kaldırılacağı belirtilmektedir.

Genel Sağlık Sigortasını topluma, kişilere, hastalara, sağlık çalışanlarına neler getirdiğine bakarak değerlendirmek gerekmektedir.

1- Sağlık hakkı yönünden etkileri

Ülkemizde 3/12/2003 tarihli ve 5013 sayılı Kanun'la onaylanması uygun bulunan "Biyoloji Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi"ni imzalayan, devletler; 10 Aralık 1948 tarihinde Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından ilan edilen İnsan Hakları Evrensel Beyannamesini; 4 Kasım 1950 tarihli İnsan Hakları ve Temel Özgürlüklerin Korunması Sözleşmesini;

18 Ekim 1961 tarihli Avrupa Sosyal Şartı'nı; 16 Aralık 1966 tarihli Uluslararası Medeni ve Siyasi Haklar Sözleşmesini ve Uluslararası Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesini; 28 Ocak 1981 tarihli Kişisel Verilerin Otomatik İşlenmesine Karşı Bireylerin Korunması Sözleşmesi'ni; 20 Kasım 1989 tarihli Çocuk Hakları Sözleşmesi'ni göz önünde bulundurarak, Sözleşme hükümlerinin yürürlüğe sokulması bakımından kendi iç hukuklarında gerekli tedbirleri almayı taahhüt etmişlerdir. Bu sözleşmenin "İnsanın önceliği" başlıklı 2. maddesinde; 'İnsanın menfaatleri ve refahı, bilim veya toplumun menfaatlerinin üstünde tutulacaktır', denildikten sonra, 3. maddesinde; 'Taraflar, sağlığa duyulan ihtiyaçları ve kullanılabilir kaynakları göz önüne alarak, kendi egemenlik alanlarında, uygun nitelikteki sağlık hizmetlerinden adil bir şekilde yararlanılmasını sağlayacak uygun önlemleri alacakları' kabul edilmiştir.

Öte yandan İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25. maddesinde "herkesin sağlığını korumaya ve bu nedenle yeterli bir yaşam düzeyine ve hastalık halinde gerekli güvenliğe hakkı vardır" biçiminde dile getirilen sağlık hakkı Anayasamızın 56. maddesiyle de güvence altına alınmış ve devlet herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla yükümlü kılınmıştır. Anayasa'nın 2., 5., ve 56. maddelerinde bireylerin ve toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesi için gerekli önlemlerin Devlet tarafından alınması gerektiği; bireylerin maddi ve manevi varlıklarını geliştirebilmeleri bakımından karşılaştıkları engellerin kaldırılmasının Devletin ödevleri arasında bulunduğu belirtilmiştir. Ayrıca Anayasanın 17. maddesinde ise kişilerin maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkı bulunduğu belirtilmiştir.

GSS Yasası'nın Genel Gerekçe kısmında da sağlık hakkının yaşam hakkının ayrılmaz bir parçası olduğu belirtilmektedir. Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde yer alan : 'her insan yiyecek, giyecek, konut, tıbbi bakım ve gerekli toplumsal hizmetler de dahil olmak üzere, kendisinin ve ailesinin sağlığı ve refahını sağlayacak uzun bir yaşam düzeyine hakkı olduğu; işsizlik, hastalık, sakatlık yada geçim olanaklarından iradesi dışında yoksun kaldığı diğer hallerde güvenlik hakkına sahip olduğu' belirtilmekte ve Anayasa'nın 60'ıncı maddesinde, 'herkesin sosyal güvenlik hakkına sahip olduğu, Devletin bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alacağı ve gerekli teşkilatı kuracağı' hatırlatılmaktadır.

İnsanlığın tarihsel gelişim içinde ulaştığı hak anlayışı ve bu hakkın sağlanmasında devletin rolü ve görevi doğru şekilde ortaya konmaktadır. Bu görev doğrultusunda; 'GSS, kişilerin ekonomik gücüne ve isteğine bakılmaksızın, ortaya çıkacak hastalık riskine karşı, toplumun bütün fertlerinin sağlık hizmetlerinden eşit, ulaşılabilir ve etkin bir şekilde faydalanmasını sağlayan, sağlık sigortası' olarak tarif edilmektedir.

Ancak Yasanın tasarı gerekçesinde yer alan;

- 'GSS kapsamındaki primler, belirlenmiş sağlık hizmetlerini kapsayacaktır'

- '..kişiler için **gereken ölçüde** sağlık hizmetlerinin bedelinin karşılanması esas alınmakla birlikte, bu hizmetlerin kişilerin her türlü bireysel isteklerini ve taleplerini sınırsız olarak karşılaması beklenemez.' cümleleriyle getirilen sistem tarif edilmektedir. GSS ile sağlığı bir hak olarak kabul eden, dolayısıyla da sağlığı bütüncül olarak gören ve bunu sağlayan bir sistem yerine sadece belirlenmiş sağlık hizmetleri için belirlenmiş miktarı aşmayan sağlık yardımı yapan bir sistem getirilmektedir.

Genel Sağlık Sigortası Taslağı'nın Madde 87'nin Gerekçe kısmındaki; 'Sistemin sürdürülebilirliği açısından GSS kapsamında sağlanacak sağlık ve sağlıkla ilişkili hizmetler ile bu hizmetlerin sağlanması için sigortalılardan alınması gereken prim miktarları arasında paralellik kurulması zorunludur. Bu kapsamda sağlanan sağlık hizmetlerinin sınırsız artırılması ve genişletilmesi doğal olarak aktüeryal pirim miktarının da yükseltilmesi sonucunu doğuracaktır' cümleleri kişilere yapılacak sağlık yardımlarının 'sınırsız olamayacağını' ve bunun da toplanan prim miktarı ile paralellik göstereceği acık olarak söylenmektedir.

Genel Sağlık Sigortası kişilere sağlık haklarının gereği olarak sağlık hizmeti sağlanmasını değil prim temelinde cüzi sağlık yardımında bulunulması ve geri kalanın da katılım payıyla tamamlanmasını sağlamak üzere oluşturulmuştur.

Nitekim 64. Maddede kurumca sağlanmayacak sağlık hizmetleri sayılmış olmasına rağmen, 63. maddede finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri ve bunun süresi ayrıca düzenlenmiştir. Üstelik 63. maddenin sondan ikinci fıkrasında "Kurum, finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavi yöntemleri ile (f) bendinde belirtilen sağlık hizmetlerinin türlerini, miktarlarını ve kullanım sürelerini

Sağlık Bakanlığının görüşünü alarak belirlemeye yetkilidir. Kurum, bu amaçla bilimsel komisyonlar kurar, ulusal ve uluslararası tüzel kişilerle işbirliği yapabilir.” düzenlemesi ile sağlık hizmetin bir hak olarak görülmediği, kapsamının yürütme tarafından daraltılabileceği kabul edilmiştir.

Temel bir insan hakkı olan sağlık hakkının kapsamının daraltılmasına ilişkin yetkinin çıkarılacak bir yönetmeliğe bırakılmış olması asli düzenleme yetkisinin yürütmeye bırakılması anlamına gelmektedir. Yürütmenin, Anayasanın 8 inci maddesinde belirtildiği gibi, Anayasanın gösterdiği ayrık haller dışında asli düzenleme yetkisi yoktur. Bu yetki Anayasanın 7’nci maddesinde yasamaya verilmiştir ve devredilemez. Bu durum Anayasa’nın 7. ve 8’inci maddelerine aykırıdır. Cumhuriyet’in nitelikleri arasında yer alan hukuk devleti, bütün işlem ve eylemlerinin hukuk kurallarına uygunluğunu başlıca geçerlik koşulu sayan, her alanda adaletli bir hukuk düzeni kurmayı amaçlayan ve bunu geliştirerek sürdüren, hukuku tüm devlet organlarına egemen kılan, Anayasaya aykırı durum ve tutumlardan kaçınan, insan haklarına saygı duyarak bu hak ve özgürlükleri koruyup güçlendiren, Anayasa ve hukuk kurallarına bağlılığa özen gösteren, yargı denetimine açık olan, yasaların üstünde yasa koyucunun da uymak zorunda olduğu temel hukuk ilkeleri ile Anayasanın bulunduğu bilinci olan devlettir. Anayasanın herhangi bir hükmüne aykırı bir düzenlemenin Anayasanın hukuk devleti ilkesi ve Anayasanın üstünlüğü ve bağlayıcılığı ilkelerini ifade eden Anayasanın 11 inci maddesi ile bağdaşması da beklenemez.

2. Sınırlı Yardım Anlayışı : 'Temel Teminat Paketi'

Sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri olarak bütüncül bir yapı gösterir. Kişilerin hastalık öncesi alacakları hizmet ile hastalıklarında ulaşacakları tedavi hizmetleri ve ihtiyaç durumunda da tedavi sonu rehabilitasyon hizmetleri bir bütünsellik içindedir. Bu bütünselliği ortadan kaldıran ve her bir hizmet sunumunu da kendi içinde parçalara ayırtıran bir sağlık yardımı anlayışı sağlık hizmet etkinliğini olumsuz olarak etkileyecektir.

Avrupa Sosyal Şartı, Avrupa Birliği Temel Haklar Bildirgesi, Temel Sağlık Hizmetleri konulu Alma Ata Bildirisi, Dünya Sağlık Örgütü Ljubljana Bildirgesi’nde de yer aldığı üzere sağlık hizmetleri alanında yapılacak bütün

düzenlemeler; birinci basamak sağlık hizmetleri olarak, her düzeyde sağlık hizmetlerini iyileştirmeyi ve sağlığı korumayı, hayat kalitesini iyileştirmeyi, hastalıkları önlemeyi ve tedavi etmeyi, hastaların rehabilitasyonunu ve acı çeken ve ölümcül hastalara bakılmasını temin etmelidir.

Genel Sağlık Sigortası sağlık hizmetlerinin bu bütünselliğini ortadan kaldıran bir anlayışla hazırlanmıştır. Yukarıda belirtildiği üzere Yasa'da teminat kapsamındaki sağlık hizmetlerinin sayılarak belirlenmesi yöntemine gidilmiş ve bu hizmetlerin, hangi tedavi yöntemleri ile ne kadar süre ile verileceğini de yürütmenin belirlemesi kabul edilmiş, bazı sağlık hizmetleri ise başından itibaren kapsam dışında bırakılmıştır.

Bazı koruyucu sağlık hizmetleri ile bazı hastalıkların, bazı tahlil ve tetkiklerin, bazı tıbbi müdahalelerin Genel Sağlık Sigortası'nca sağlanacağı bir sistem getirilmiştir. Şu anda hangi sağlık hizmetlerini kapsayacağını bilmediğimiz ve Genel Sağlık Kurumu'nun tamamen kendi yetkisi içinde; '.. maliyet-fayda, maliyet-etkinlik ve benzeri ölçütler' i temelinde belirlenecek sağlık hizmetlerinin toplumun ve kişilerin sağlık ihtiyaçlarına göre değil de Kurum'un mali durumuna göre yönetmeliklerle ilan edileceği belirtilmektedir. Bu anlayış, zaten sağlıkta var olan eşitsizliklerin artırıp, pekiştirilecektir.

Belirlenen bu asgari düzeyin üzerinde ve bütünlüklü sağlık hizmetine gereksinimi olanlar, bu ihtiyaçlarını nasıl karşılayacakları sorusuna cevap GSS Taslağı'nın Madde 87'nin Gerekçesinde belirtilmektedir : **'Düzenleme ile GSS kapsamı dışında tutulan...sağlık hizmetlerinin kişilerin istekleri doğrultusunda kendilerinin yapacakları doğrudan ödemelerle veya özel sağlık sigortası hizmeti sunan kurumlardan satın alacakları sağlık sigortacılığı hizmetlerinden yararlanma yoluyla karşılayabilmelerinin yolu da açık bulunmaktadır.'**

Kalp hastaları, kanser hastaları, diyaliz hastaları gibi sürekli tedavi gören ve tedavi masrafları fazla olan hastalıklar, büyük bir ihtimalle, kapsam dışı tutularak, bunlar için tamamlayıcı sigortacılık getirilecektir. Özel tamamlayıcı sigortaların da bu tür hastalıklar için yapılacakları sağlık ödemelerin yüksekliği nedeniyle bu 'masraflı hastaların' primlerini yükseltmeleri gündeme gelecektir. Kısacası tamamen kişisel

ekonomik güce cevap veren bir sağlık hizmeti anlayışının egemen olacağı, yaşamını devam ettirme talebinin serbestçe pazarlanacağı bir düzen getirilmektedir.

Sonuçta, GSS ile birlikte SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve Yeşil Kart'ta tabi kişiler, şimdiye kadar sahip oldukları bütüncüllüklü sağlık hizmeti yerine getirilen dar kapsamlı bir sağlık hizmeti anlayışı nedeniyle önemli bir hak kaybına uğramaktadırlar.

Türkiye tarafından onaylanan **Avrupa Sosyal Şartı**'nda "Bölüm I " başlığı altında "Akit Taraflar, ulusal ve uluslararası tüm uygun yolları izleyerek aşağıdaki hak ve ilkelerin etkin biçimde gerçekleştirilebileceği koşullara ulaşmayı politikalarının amacı sayar" denildikten sonra şu hükme yer verilmiştir:

"11. Herkes ulaşılabilir en yüksek sağlık düzeyinden yararlanmasını mümkün kılan her türlü önlemlerden faydalanma hakkına sahiptir."

Yapılan düzenlemeler, Avrupa Sosyal Şartı'nın açıklanan bu hükmüne ve dolayısı ile Anayasanın 90'ıncı maddesine de aykırı düşmektedir.

Diğer taraftan, bir yasa kuralının Anayasanın herhangi bir kuralına aykırılığının tespiti onun kendiliğinden Anayasanın 2'nci ve 11 inci maddelerinde ifade edilen hukuk devleti, Anayasanın üstünlüğü ve bağlayıcılığı ilkelerine de aykırılığı sonucunu doğuracaktır (Anayasa Mahkemesinin 03.06.1988 tarih ve E.1987/28, K.1988/16 sayılı kararı, AMKD., sa.24, shf. 225).

Anayasa Mahkemesi'nin 1990/27 Esas, 1991/2 Karar sayılı ve 17.01.1991 günlü kararında, sağlık yardımlarında süre ile sınırlandırmayı içeren 506 sayılı Kanun'un 34. maddesinin 3. fıkrasındaki, "... 18 aya kadar..." ibareyi iptal gerekçesinde, gerek Anayasa'nın 17 ve 56. maddelerindeki hakları, gerekse de, Avrupa Sosyal Güvenlik Sözleşmesi'nin 13. maddesindeki hastalık durumunda gerekli olan tüm bakımların sağlanmasının öngörüleceğini belirterek, sağlık yardımlarında yapılacak kısıtlamaları Anayasa'ya aykırı bulmuştur.

3.Şartlı Sağlık Hizmeti Anlayışı

3. 1- Kişinin Prim Borcunun Bulunmaması şartı

Herkesin sağlık hizmetlerinden yararlanması en doğal hak ve devletin de bu hakkın kullanılmasını sağlamak yükümlülüğünü yerine getirmesi gerekirken, kişilerin GSS'ndan 'Genel Sağlık Sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanabilmeleri için;

'....son bir yıl içinde 30 gün genel sağlık sigortası primi ödeme gün sayısı olması'

'...sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte kısa ve uzun vadeli sigorta primleri dahil genel sağlık sigortası prim borcunun bulunmaması,kişilerin prim borcunun bulunmaması'. (**madde 67**) şart koşulmaktadır.

Prim ödemelerini GSS de belirtilen düzenlemeye uygun ve zamanında yapmayan sigortalılar ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler ödenmemiş primleri ödeninceye kadar GSS'nın sağlık hizmetlerinden, acil durumlar dışında yararlanamayacaktır. Özetle, Devlet tarafından sağlık sigortası kapsamına alınmış kişiler prim ödeyenler ve ödemeyenler olarak ikiye ayrılmaktadır. Sunulan sağlık hizmetleri, tıp biliminin esasları içinde herkese eşit ve adalet ilkesi çerçevesinde sunulması gerekirken, bunun aksine prim temelli ve katkı paylı bir sistemin parası olanlara daha fazla yaşam anlamına geleceğinden, bu durum ne insan hakları nede sosyal adalet ve hukuk devleti ilkeleri ile bağdaşmaktadır.

3.2. Katılım Payı Ödeme Zorunluluğu

GSS Yasa Tasarısı Taslağı'nda sağlık hizmetleri katılım payı alınacaklar (Madde 68) ve katılım payı alınmayacaklar (Madde 69) şeklinde ayrı ayrı düzenlenmektedir. Düzenleme açısından katılım payı alınacakların belirtilmesi, alınmayacakları ortaya koyacakken, böylesi bir düzenleme ile bu günden ön görülmeyen hizmetlere karşı da Kurum lehine bir nevi önlem alınmaktadır:

'..sağlık hizmetlerinden katılım payı alınacak sağlık hizmetleri..:

- a) Ayaktan tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi.
- b) , ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri.

c) Ayaktan tedavide verilen ilaçlar

olarak tanımlanmıştır. Böylelikle, Genel Sağlık Sigortası kapsamındaki herkesin hizmet alımı esnasında cepten katılım payı ödemesi zorunlu kılınmaktadır. Bu zorunluluğu 'Genel sağlık sigortası kapsamında sağlanacak sağlık hizmetlerinin amaç dışı ve gereksiz kullanımını önlemek;..sıklıkla gündeme gelen suiistimalleri önüne geçmek, sağlık hizmetlerini kullananların da oto kontrol mekanizmalarına etkili bir şekilde katılımını sağlamak, kişilerin genel sağlık sigortasından sağladıkları faydayı her hizmet aşamasında fark etmelerini sağlamak ve bu şekilde sistemi sahiplenme düzeyini arttırmak, sağlanan sağlık hizmetlerinde ve tıbbi ürünlerin kullanımı esnasında Kanunla belirlenen oranları aşmamak üzere sağlık hizmeti kullanıcılarının katılımı öngörülmektedir.' (Kanun gerekçesi)

Asıl gerekçe ise GSS Kanun Tasarısı'nın bir önceki versiyonunun Genel Gerekçe'sinde söylenmektedir : '.. sağlık sigortası sisteminin temelini katkı oluşturmaktadır'. Yapılmak istenen; sağlık hizmetlerini sıradan bir tüketim nesnesi olarak benimsetip, kullanan da öder mantığının tüm topluma benimsetilmesidir. Şimdiye kadar sosyal güvenlik kurumlarında herhangi bir ücret ödenmeyen hizmetler için getirilen yüzdelik katılım paylarının, hastalar bu "sorumluluk bilinci"ne alıştırdıktan sonra hızla yükseltilmesi mümkün olacaktır.

'katılım paylarının hesaplanmasında..tespit edilen sağlık hizmeti tutarı esas alınır' denilmekte ve bunu da belirlemede Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu yetkili kılınmaktadır. Kurum tarafından ödenecek sağlık hizmetlerinin bedelleri, dolayısıyla da bu bedel üzerinden yüzde olarak alınacak katılım payları Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu'nca belirlenmektedir. Komisyonun sağlık hizmetlerinin fiyatlarını ; 'sağlık hizmetinin sunulduğu basamak, sağlık hizmetlerinin maliyeti, Devletin doğrudan veya dolaylı olarak sağlamış olduğu sübvansiyonlar, kanıta dayalı tıp uygulamaları, teşhis ve tedavi maliyetini esas alan maliyet-etkinlik ölçütleri ve genel sağlık sigortası bütçesi dikkate alınmak suretiyle, her bir sağlık hizmeti için belirleme..' ile görevlendirildiği görülmektedir.

GSS'nın prim toplama sıkıntısına bağlı olarak bütçesindeki yetersizliklerin doğrudan doğruya sağlık hizmetlerinin fiyatlarına dolayısıyla da katılım paylarına yansıtılacağı acık olarak ifade edilmektedir. Ayrıca son 20 yılda ücretlerdeki artış ile

sağlık hizmetlerindeki fiyat artış karşılaştırıldığında, sürecin ücretlilerin aleyhine olarak geliştiği bilinmektedir. Katılım payları önemli bir gelir kaynağı olarak değerlendirildiğinden katılım paylarındaki artış oranı az gelirli geniş toplum kesimlerinin sağlık hizmetlerine ulaşmasında önemli bir sorun oluşturacaktır. Düzenli gelir sahibi olanlar için,'Katılım payları, gelir veya aylık alan kişilerin gelir veya aylıklarından, çalışanların ücret ve maaşlarından mahsup edilmek suretiyle tahsile ve katılım paylarının ödenme usulünü belirlemeye Kurum yetkilidir' denilmektedir. Düzenli gelir sahibi olanların sağlık hizmeti alınması esnasında ödenmek zorunda olduğu katılım payı için verecekleri nakit paralarının olmaması durumunda 'hizmetin aksamaması' ve de katılım payının mutlak garanti altına alınması mekanizmasının da oluşturulmaya çalışıldığı görülmektedir. Böylelikle sağlık hizmetlerine ulaşmak için katılım payı ödemesi zorunlu kılınan az gelirli emekli ve çalışanların maaşlarına kaynaktan el koyma imkanı sağlanmaktadır. Asgari ücretle çalışanlar ve emekliler maaşları almaya gittiklerinde GSS sürprizi ile karşılaşabileceklerdir. Asgari ücretlinin maaşını kaybetmenin yanı sıra borçlu çıkmaması içinde 'kişilerin sağlık hizmet sunucusuna ödeyecekleri katılım payının tutarı, asgari ücretin %75'ini geçemez' denilerek 'sosyal korumaya' dikkat edildiği görülmektedir(!)

GSS primleri devlet tarafından ödenecek derecede yoksul olduğu kabul edilen, yeşil kart sahibi toplum kesimler (Yeşil Kart sahipleri, 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler, İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler, Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler, Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre koruma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler, Vazife malullüğü aylığı alan er, erbaş ve sivil görevliler) için 'ödemiş oldukları katılım payları...Sosyal Yardımlaşma ve dayanışmayı Teşvik Kanunu hükümlerine göre kendilerine geri ödenir' denilmektedir. Toplumun en yoksul ve korunmaya muhtaç kesimlerinin sağlık hizmeti esnasında katılım payı ödemek zorunda bırakılmaları daha sonra da ödedikleri katılım payını geri almak için uğraş vermek durumunda bırakılmalarını sosyal adaletle bağdaştırmak mümkün değildir.

Katılım payı dışında, GSS anlaşmalı olduğu sağlık işletmelerine yataklı tedavi hizmeti sunumunda; '...otelcilik hizmetleri ile öğretim üyesi tarafından sağlanan sağlık hizmetleri için genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden alınabilecek fark ödemesi, 72. maddeye göre belirlenen tutarın iki katını geçemez' (Madde 73) denilerek ek ücret talep edilmesine olanak sağlamaktadır. Böylelikle kişiler sağlık işletmelerinde yatarak tedavi durumunda kendilerine gösterilen yüksek ücretlerini ödeme ile karşı karşıya kalabileceklerdir.

Asgari ücretle çalışan az gelirli işçiler, ilaç için gereken katkı payını dahi ödemekte zorlanırken, hatta ilaç alımından vazgeçmek zorunda kalınırken ve bu uygulama kaldırılmıyken sağlık hizmetinde katılım payı alımını genişletmek ve oran olarak arttırmak sağlıkta var olan eşitsizlikleri daha da arttıracaktır. GSS primleri devlet tarafından ödenecek derecede yoksul olduğu kabul edilen, yeşil kart sahibi ve korunmaya muhtaç toplum kesimlerinin toplum kesimleri başta olmak üzere asgari ücretle geçimlerini sağlamak durumundaki yoksul toplum kesimlerinin sağlık hizmetine ulaşmak için katkı payı ödemek zorunda bırakılmaları bu kesimlerin sağlık hizmetine ulaşmalarını ortadan kaldıracaktır.

Kısaca sigortalı olunması sağlık hizmeti almasının hiçbir şekilde garantisini oluşturmamaktadır. GSS ile herkesin doğumdan ölüme kadar sağlık güvencesine kavuşacağı söyleminin karşılığı Yasa'da görülmemektedir.

3. 3 - Prim Ödeme şartı ve Prim Ödeme Oranı

SSK, Emekli Sandığı, Bağ-kur kapsamına giren çalışanlar, asgari ücretin 1/3 kadar (127 YTL) aylık geliri olan kişiler ve işsizlik ödeneğinden yararlananlar prim ödeyerek, 127 YTL'dan az aylık geliri olan kişiler ise primleri hazinece ödenmek üzere Genel Sağlık Sigortası'na kayıt olmak zorundadırlar.

Sigortalı sayılanlardan alınacak prim oranı,

'Genel sağlık sigortası primi, kısa ve uzun vadeli sigorta kollarına tâbi olanlar için 82'nci maddenin birinci fıkrasına göre hesaplanan prime esas kazancın % 12,5'idir. Bu primin % 5'i sigortalı, % 7,5'i ise işveren hissesidir. Yalnızca genel sağlık sigortasına tâbi olanların genel sağlık sigortası primi, prime esas kazancın % 12'sidir' (Madde 81) olarak belirlenmiştir.

GSS için prim toplanırken kişilerin gelirlerinin bilinmesi bir zorunluluktur. DİE'ye göre Türkiye'de 11.4 milyon kişi “kayıt dışı” çalışmaktadır. Devlet vatandaşının gelir durumundan haberdar da değildir. Bu durumda GSS primi “neye göre” ve “nasıl” toplanacaktır

Çeşitli ülke deneyimleri incelendiğinde GSS için kayıt-dışı ekonominin olmaması ve sağlık kayıtlarının güvenilir olmasının önemli olduğu görülmektedir. Maliye Bakanlığı Hesap Uzmanları Kurulu'nun raporunda yer verildiği gibi, kayıt dışı ekonominin GSMH'ya oranının %61'lere ulaştığı ve sınırları içinde yaşayanları bile tam anlamıyla bilmeyen bir ülkede, GSS önemli finanssal ve örgütsel sorunlarla karşı karşıya kalacaktır.

Sağlık Bakanlığı'nın henüz kamuoyuna açıklanmayan Ulusal Sağlık Hesapları 2000 çalışmasından yansıyan gayri resmi bilgiler nüfusun %32.5'nin hiç bir sağlık güvencesi olmadığı yönündedir. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nca hazırlanan Sosyal Güvenlik Sistemi Reform Önerisi dokümanına göre ise 13 milyon Yeşil Kartlının dışında sağlık sigortası kapsamında olmayan nüfus 14,39 milyondur.

Çoğunluğu kırsal kesimde yaşayan veya kayıt dışı sektörde çalışan, yada işsiz ve marjinallerden oluşan ve devletin bile vergi alamadığı bu devasa kitleden düzenli olarak ne kadar GGS primi toplayabileceği kimse tarafından bilinmemektedir. GSS incelenince de zaten devletin ne bu kesimden prim toplama umudu olduğunu nede GSS için kendisinin yeterince kaynak ayırmaya niyetli olduğu görülmektedir. Sistem esas olarak düzenli ve kayıtlı bir işi olan sigortalıların ödeyeceği primlerle ve katılım paylarıyla döndürölmek istenmektedir.

SSK ve Bağ-Kur sistemleri de prim toplama üzerine oluşturulmuş sistemlerdir. Bu sistemlerin prim toplama başarısı GSS'nin prim toplama başarısına ışık tutabilecektir. Bu nedenle her iki kuruluşun prim toplama durumlarına bakıldığında ;

- Bağ-Kur'da düzenli primini ödeyenlerin oranı %15 olduğu ve Bağ- Kur'un prim toplama oranının da %36 da kaldığı görölmektedir.
- SSK'da ise prim toplama oranı %85'dir.

- Tarım sigortalılarda bu güne değin hiç prim ödemeyenlerin oranı %53'e ulaşmaktadır.

Bu gerçeklik GSS'nın prim toplamada ve bunu sürekli kılmada son derece büyük zorluklar yaşayacağını göstermektedir. Buna bağlı olarak da hizmete ulaşma anında alınması kararlaştırılan katkı paylarının sağlık hizmetlerinde daha da yaygınlaştırılması ve artırılması durumu ile karşılaşılacaktır.

Genel Sağlık Sigortası'nda oluşacak açıklar gerekçe gösterilerek, dünya örneklerinde olduğu gibi zaman için de prim oranlarının bu şekilde uzun süre devam etmeyeceği bilinmelidir.

Hükümet prim ödeme durumu olmayan yoksul kişilerin primlerinin hazine tarafından ödeneceğini böylelikle yoksulların da sağlık güvencesine kavuşturulacağını söylemektedir. Ancak bu gerçeği yansıtmaktan uzaktır:

1- Yalnızca aylık gelir durumu asgari ücretin üçte birinden, yani 127 YTL'dan az olan kişilerin yoksul olarak belirlendiği görülmektedir.

2- Daha önce de belirtildiği gibi 127 YTL altında aylık geliri olanlara yapılacak sağlık yardımı bu günkü Yeşil Kart ile sağlanan sağlık hakkı tüm sağlık hizmetlerini kapsarken GSS ile sadece belirli sağlık hizmetleri için sağlık yardımında bulunulacaktır. Ayrıca yeşil kart sahiplerinin sağlık hizmet alımında daha önceleri katılım payı ödemez iken GSS ile ulaşabildikleri sağlık hizmeti için katılım payı ödemek zorunda bırakılmaktadırlar. Bu anlamıyla Yeşil Kart sahibi yoksul toplum kesimleri de önemli bir hak kaybına uğramaktadır.

3-İçinde bulunduğu yoksulluk ve cehalet vb. nedeniyle daha yüksek sağlık risk gurubu içinde yer alan toplumsal kesimlerin daha sık sağlık hizmeti talepleri nedeniyle, katılım payı ödemek zorunda bırakılmaları, yoksulluk ve hastalığın yanı sıra ek bir ceza anlamına gelmektedir.

3.4- Cezalandırıcı Hizmet Anlayışı

GSS'nın sigortalıya verdiği sağlık yardımına rağmen sigortalının tedavi süresinin uzaması ve iş göremezliğinin artması durumunda Kuruma ek yeni masrafların çıkmasını önlemek amacıyla sigortalıyı cezalandırıcı hükümlere yer verilmektedir (Madde 22).

Kişi hekim tarafından kendisine önerilen tedavi ve uygulamaları başta yoksulluk olmak üzere cehalet, kültürel vb çeşitli nedenlerle yerine getirememesi durumunda, Kurumun da yapacağı iş görmezlik ödeneğini dörtte birine kadar azaltılması kişinin sağlığını daha da önemlisi varlığını olumsuz olarak etkileyecektir. Bu anlayışa göre örneğin diskal herni tedavisi gören bir fabrika işçisi, hekimin önerisine rağmen iş yerinde yük kaldırmak veya taşımak durumunda kalması nedeniyle hastalığının tekrarında hekime yeniden başvurduğunda 'hekimin daha önce bildirdiği tedbir ve tavsiyelere uymadığı' gerekçesiyle geçici iş görmezlik ödeneğinin yarısını alabileceği veya tamamen alamayacağı için tedavinin önemli bir kısmını oluşturan yatak istirahatinin gerektiğini ortadan kaldıracaktır.

c) Kasti bir hareketi yüzünden iş kazasına uğrayan, meslek hastalığına tutulan, hastalanan veya Kurumun yazılı bildirimine rağmen teklif edilen tedaviyi kabul etmeyen sigortalıya yarısı tutarında ödenir (Madde 22)

İş sağlığı ve güvenliği bilincinin son derece düşük olduğu ülkemizde işsizliğin de yüksek oranda olması sonucu işini kaybetmemek için işveren tarafından önerilen her türlü işi yapmak durumunda kalan işçiler başlarına gelebilecek iş kazası sonucu mağduriyetlerinin yanı sıra 'kasti hareketi' gerekçe gösterilerek iş görmezlik ödeneği veya sürekli iş görmezlik gelirinden mahrum kalabilecektir.

Tüm bu düzenlemeler sağlığın sosyal, kültürel, ekonomik, çevresel ve politik nedenlerden bağımsız sadece kişinin kendisine ait bir durum olarak kabul eden ve bunu Genel Sağlık Sigortası'nın daha önceki versiyonlarındaki '..sigortalı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler sağlıklarının korumaktan asli olarak sorumludurlar' anlayışının Kabul edilen Yasa'da da sürdüğünü göstermektedir. Bu yaklaşım tamamen bilim dışıdır. Bilim dışına çıkılmasının nedeni ise GSS'nın kişiyi hastalanmasından sorumlu kılınarak bu sorumluluğunu gerektiği gibi yerine

getirmemesi durumunda da ekonomik olarak cezalandırmak, sağlık hizmetlerinin giderlerini hasta kişiye yönelterek, Kurumu ekonomik olarak korumaktır.

4-Yasa Sağlık Hizmetlerinde vatandaşların hizmetin planlanmasına ve yürütümüne katılma haklarını yok saymaktadır.

Yasa’da sağlık hizmetleri ile ilgili kurul ve komisyonlarda sağlık hizmetinden yararlananların temsilcilerinin katılımına olanak sağlanmamıştır.

Yasa’nın 72. maddesinde; “63 üncü madde hükümlerine göre sağlanan sağlık hizmetlerinin ve 65 inci madde gereği ödenecek gündelik, yol, yatak ve yemek giderlerinin Kurumca ödenecek bedellerini; sağlık hizmetinin sunulduğu il ve basamak, sağlık hizmetlerinin maliyeti, Devletin doğrudan veya dolaylı olarak sağlamış olduğu sübvansiyonlar, sağlık hizmetinin niteliği itibariyle hayati öneme sahip olup olmaması, kanıta dayalı tıp uygulamaları, teşhis ve tedavi maliyetini esas alan maliyet-etkililik ölçütleri ve genel sağlık sigortası bütçesi dikkate alınmak suretiyle, her bir sağlık hizmeti için belirlemeye Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu yetkilidir.

Komisyon; Maliye Bakanlığını, Sağlık Bakanlığını, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığını, Hazine Müsteşarlığını ve Kurumu temsilen toplam beş üyeden oluşur.

Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunun çalışmasına, görev ve yetkileri ile bu maddenin uygulanmasına ilişkin diğer usûl ve esaslar, Komisyon üyesi kurumların görüşleri alınarak Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.” hükümlerine yer verilmiştir.

Yukarıda belirtilen uluslararası belgelerde açıklıkla belirtildiği üzere; ‘Vatandaşlar, aşağıda yer alan ilkeler doğrultusunda sağlık tedavi haklarının korunmasına ilişkin kamu politikalarını tanımlama, uygulama ve değerlendirme hakkına sahiptir:

Tüm insanların hem bireysel, hem de toplum olarak kendi sağlık hizmetlerini planlama ve yürütülmesi işlerine katılmaları hakları ve görevleridir.’ Ancak Yasa

insanların bu haklarının kullanmalarına olanak veren bir düzenleme içermemekte, aksine yürütmenin hiç bir yetkiyi paylaşmadığı düzenlemeleri barındırmaktadır.

5. Hekimlikte Mesleki Bağımsızlık Ortadan Kaldırılmaktadır

Sağlık hizmetinde, hekimlik meslek değerleri ve ahlakı ilk hekimlik uygulamalarından günümüze kadar, binlerce yıllık bir birikime dayanmaktadır. Hekimlik mesleğine gösterilen saygı, sevgi ve güvenin temelini de bu değerler oluşturmaktadır.

Hekimin hastasına duyduğu sevgi ile tıbbi bilgisini hiçbir etki altında kalmaksızın onun yararına ve hakları doğrultusunda kullanması her şeyin önündedir. Hekim, mesleki uygulama esnasında din, ırk, parti politikaları ve zengin yada yoksul her türlü toplumsal konumun tıbbi uygulamalarını etkilemesine izin vermediği gibi her türlü ayrımcılığı da reddeder.

Antik çağdan modern topluma kadarki bu süreçte, hekim, hekimlik mesleğinin bu değerlerini ısrarla yerine getirmede sürekli bir çaba içinde olmuştur. Bu moral değerleri daha da güçlendirmek, hukuksal bir norm haline getirmek doğrultusunda, hekimler ve geniş toplum kesimleri birlikte yoğun ve meşakkatli bir uğraş yürütmüşlerdir.

Dünya Tabipler Birliği içinde 82 ülkenin ulusal hekim örgütlerinin bir araya gelerek yürüttüğü çalışmaların önemli bir bölümünü hekimlik uygulamaları ve hasta hakları oluşturmaktadır. Hekimlerin mesleklerini en yüksek düzeyde sürdürmeleri ve hastanın yararı için özgür, bağımsız olarak vereceği kararların hiçbir çıkar güdüsü tarafından etkilenmesine izin verilmemelidir. Bu nedenle de Hekim- hasta ilişkisinde hekimlerin mesleklerini siyasi veya ekonomik hiçbir baskıya maruz kalmadan hastanın yararına uygun olarak yapabilmelerinde devlete büyük görev düşmektedir. Genel anlamıyla sağlık, sadece hekim-hasta ilişkisinin ötesinde toplumu da kapsadığından tıp eğitimi ve hekimlik uygulamalarının denetimi kamunun güvencesinde olup, kamu aynı zamanda hekimi haksız taleplerden korumak ve özerkliğini güvence altına almak durumundadır.

Nitekim 'Biyoloji Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi'nin 4. maddesinde; 'Araştırma dahil, sağlık alanında herhangi bir müdahalenin, ilgili mesleki yükümlülükler ve standartlara uygun olarak yapılması gerekir. 'şartını getirirken, iç hukukumuzda yer alan düzenlemelerde mesleki yükümlülük ve standartlardan bazıları aşağıdaki şekilde düzenlenmiştir;

'Hekimin Görev ve Ödevleri;

Hekimin öncelikli görevi, hastalıkları önlemeye ve bilimsel gerekleri yerine getirerek hastaları iyileştirmeye çalışarak insanın yaşamını ve sağlığını korumaktır. Meslek uygulaması sırasında insan onurunu gözetmesi de, hekimin öncelikli ödevidir. Hekim, bu yükümlülüklerini yerine getirebilmek için, gelişmeleri yakından izler.

Etik İlkeler

Görevlerini yerine getirirken, hekimin uyması gereken evrensel tıbbi etik ilkeleri yararlılık, zarar vermeme, adalet ve özerklik ilkeleridir.

Vicdani ve Mesleki Kanı

Hekim, mesleğini uygularken vicdani ve mesleki bilimsel kanaatine göre hareket eder.

Tabip ve dış tabibinin başta gelen vazifesi, insan sağlığına, hayatına ve şahsiyetine ihtimam ve hürmet göstermektir.

Tabip ve dış tabibi; hastanın cinsiyeti, ırkı, milliyeti, dini ve mezhebi, ahlâki düşünceleri, karakter ve şahsiyeti, içtimai seviyesi, mevkii ve siyasi kanaati ne olursa olsun, muayene ve tedavi hususunda âzami dikkat ve ihtimamı göstermekle mükelleftir.

Tabip ve dış tabibi, sanat ve mesleğini icra ederken, hiç bir tesir ve nüfuza kapılmaksızın, vicdanî ve meslekî kanaatine göre hareket eder.

Tabip ve dış tabibi, tatbik edeceği tedaviye tâyinde serbesttir.

Tabip ve diş tabibi sanat ve mesleğinin icrası dışında dahi olsa, meslek ahlâk ve adabı ile telif edilemeyen hareketlerden kaçınır.

Tabiplik ve diş tabipliğı mesleklerine ve tedavi müesseselerine, ticari bir veçhe verilemez'(Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, Hekimlik Meslek Etiğı kuralları)

Genel Sağlık Sigortası hekimlik mesleğinin binlerce yıldır oluşmuş tüm bu değerlerine, uygulamalarına ve hekimlerin kamusal güvencelerine aykırı hükümler içermektedir.

Hekimlik mesleğinin temel yaklaşımlarından birisini oluşturan; hastaların sağlığının öncelikle gözetilmesi ve her şeyin önünde tutması anlayışı yerine Sosyal Güvenlik Kurumu'nun çıkarlarının korunması anlayışı getirilmektedir. Hekimin hastaya bakabilmesi için en basitinden '....kişilerin prim borcunun bulunmaması' (Madde 67) şart koşulmaktadır. Hekime böylesi bir yaptırımların getirilmesi; her türlü tıbbi müdahalede hekimi Sosyal Güvenli Kurumu ile karşı karşıya getirecek, bilgisini özgürce hastadan yana kullanabilmesi ortamı yok edecek düzenlemeler büyük sorunlara yol açacaktır. Hekimin hastasına soracağı ilk soru, yakınması ile ilgili olmayıp, Genel Sağlık Sigortası'na tescil durumu ve prim ödemelerinin kontrol edilmesidir: '...Sağlık hizmet sunucuları, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmaya müstahak olup olmadığını, Kurumun elektronik veya diğer ortamlarda sağlayacağı yöntemlere uygun olarak kontrol etmek ve belgelemek zorundadır..' (Madde 73) Hekim mesleki bilgisi, vicdani kanaati ve hastanın gereksinimlerine göre en doğru tedavi seçeneğini değil, temel teminat paketi içinde yer olan tedavi uygulamak zorunda bırakılmaktadır.

Bu düzenlemelerin gerekçesinde '..tüm sağlık hizmet sunucularına bu Kanuna uygun olarak sundukları hizmetlerini ve bununla ilgili bilgi ve belgeleri.... Kuruma bildirim yükümlülüğü getirilerek Kurumun izleme, değerlendirme ve denetim fonksiyonların (hastaya değil de) hizmetin gerektirdiğı şekilde yerine getirebilmesine olanak tanınması amaçlanmıştır' denilmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu, bu uygulama aracılığıyla, hastanın tedavi sürecinde hekimin yapacağı her türlü tıbbi müdahaleye Genel Sağlık Sigortası ödeme kapsamı içinde olup olmadığına göre anında müdahale edebilecektir. Farklı sosyal güvenlik kuruluşlarına ilişkin olarak

cıkarılan ilaç yönetmelikleri (Maliye Bakanlığı Bütçe Talimatı, SSK İlac Uygulama Talimatı vb) ile hekimlerin reçetelerine yapılan müdahaleler GSS ile ilaç dışı tıbbi girişimlere doğrudan yaygınlaştırılarak kalıcı hale getirilmektedir. Bu müdahalelerin amacı acıktır; Kurumun menfaat ve çıkarları hastaların ihtiyaçlarından önündedir (!)

Kurumun ekonomik çıkarlarına öncelik veren bu anlayış, Sağlık Bakanı'nın Genel Sağlık Sigortası ile birlikte hekimle hasta arasındaki para ilişkisinin kaldırılacağı iddiasının tam tersine, Genel Sağlık Sigortası ile hekimin her türlü tıbbi müdahalesinde paranın tamamen hakim kılındığı, her türlü hekimlik değerlerinin paranın egemenliği altına alındığı bir sistem oluşturulmaktadır.

6- Kamu Sağlık Kurumları Sağlık İşletmelerine Dönüştürülmektedir.

Sağlık hizmetlerinin kamusal anlayışla kamu sağlık kurumları aracılığıyla verilmesi anlayışı tamamen terk edilmekte, sağlık ocakları aile hekimliği işletmelerine, hastaneler de sağlık işletmelerine dönüştürülmektedir. GSS'nin kişilere yapacağı sağlık hizmetlerini; "...sağlık hizmetleri, Kurum ile yurt içindeki veya yurt dışındaki sağlık hizmeti sunucuları arasında yapılan sözleşmeler yoluyla sağlanır" (Madde 73), denilerek anlaşmalı sağlık işletmeleri üzerinden hizmet sunumu getirilmektedir.

Kamu sağlık kuruluşları tarafından verilen sağlık hizmetinin bir kamu hizmeti olduğu tartışmasızdır. Anayasanın 128 inci maddesinde "Devletin, kamu iktisadi teşebbüsleri ve diğer kamu tüzelkişilerinin genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlü oldukları kamu hizmetlerinin gerektirdiği asli ve sürekli görevler, memurlar ve diğer kamu görevlileri eliyle görülür.

Memurların ve diğer kamu görevlilerinin nitelikleri, atanmaları, görev ve yetkileri, hakları ve yükümlülükleri, aylık ve ödenekleri ve diğer özlük işleri kanunla düzenlenir." denilmiştir.

Bu Anayasal zorunluluk nedeniyle, genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlü olunan kamu hizmetlerinin gerektirdiği asli ve sürekli görevlerin memurlar ve diğer kamu görevlileri eliyle görülmesi gerekir.

Genel Sağlık Sigortası'nın sağlık hizmetlerinin sağlanma yöntemi ve sağlık giderlerinin ödenmesiyle ilgili maddeleri ile Türkiye'deki özel ve kamu sağlık kurumlarının geleceği açısından önemli değişikliklere yol açılmaktadır. Kamu ve özel sağlık kuruluşları aynı finans kaynağı için birbirleriyle rekabet etmek zorunda kalacaklardır. Asli hedefi “toplumsal yarar” olan kamu sağlık sistemi ile “maksimum kâr” olan özel sağlık sektörü arasındaki serbest piyasa koşullarında yapılacak sonucu baştan belirli bu yarışın sonucunda Türkiye'deki kamu sağlık hizmetlerini tamamen çökertmesi fazla bir zaman almayacaktır.

Bu noktada Kamu Yönetimi Temel Kanunu'ndaki Sağlık Bakanlığı'nın tasfiyesi ve elindeki kurumların İl Özel İdareleri ile Belediyelere devri ve hazırlıkları devam eden Sağlık Kanunu Taslağı'ndaki kamu sağlık kurumlarının kırk dokuz yıllığına kiraya verilmesi düzenlemeleri de tabloyu tamamlayacaktır.

Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısında yer alan ve bu Yasanın anlamının belirlenmesinde önem taşıyan bazı maddelerine aşağıda yer verilmiştir:

“Geçici Madde 1-b) Sağlık Bakanlığı Taşra teşkilatının görev ve yetkileri, eğitim hastaneleri hariç, sağlık evi, sağlık ocağı, sağlık merkezi, dispanserler ile hastaneler araç, gereç, taşınır ve taşımaz malları, alacak ve borçları, bütçe ödenekleri ve kadroları ile birlikte olmak üzere personeli il özel idarelerine devredilen ... kadroları ile birlikte olmak üzere personeli belediyelere devredebilir.” Bu kanun tasarısı 17.07.2004 tarihinde TBMM kabul edilmiş ancak Cumhurbaşkanı tarafından yeniden görüşülmesi için TBMM'ye geri gönderilmiştir. Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı ile sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı bünyesinden alınarak İl Özel İdarelerine, Belediyelere ve özel sektöre devredilmesi öngörülmektedir. Sağlık hizmet sunumunun Sağlık Bakanlığı'nca tek elden merkezi olarak yürütülmesi yerine, bu kuruluşlar 81 il'e dağıtılarak parçalanmakta hizmetin bütünlüğü ortadan kaldırılmaktadır. Son çıkartılan “Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun” ile SSK Hastaneleri de bu kapsamda İl Özel İdareleri, Belediyelere ve özel sektöre devredilecektir.

“Madde:46-

... Diğer kamu görevlileri (hekimler de dahil) ile işçilerden tam zamanlı veya kısmi zamanlı olarak ve kadro şartına bağlı olmaksızın sözleşmeli statüde istihdam edileceklerin sözleşmelerinde, ilgili personelin görevleri, hak ve yükümlülükleri ile performans ölçütleri yer alır.” Bu düzenlemeye göre kamu kurumlarında çalışan hekim ve sağlık çalışanlarına performanslarına göre ücret ödenmesi ve kamu güvencesinden mahrum, sözleşmeli statüde istihdam edilmeleri öngörülmektedir.

“5220 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun

EK MADDE 2 -'Sağlık Bakanlığı'na tahsisli Hazine mülkiyetindeki taşınmazlar ile Sağlık Bakanlığı kullanımında bulunan diğer taşınmazlardan gerekli görünenlerin, mülkiyetinin Hazineye bedelsiz devrinden sonra, Sağlık Bakanlığı ile mutabık kalınarak tahsislerini kaldırmaya ve ...satmaya Maliye Bakanı yetkilidir. Satış bedelleri bütçeye gelir kaydedilir.”

21 Temmuz 2004 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren bu yasa ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşları ve hastaneler Maliye Bakanlığı'na bedelsiz olarak devredilebilecektir. Maliye Bakanı Sayın Unakıtan da bu sağlık kuruluşlarını ve hastaneleri de 'babalar gibi satarım' sözüyle satabilecektir.

“Sağlık Kanunu Tasarısı (Versiyon 6, Ocak 2004)

Sağlık İşletmeleri

Madde 123- Sağlık İşletmeleri, Milli Savunma Bakanlığı ve üniversitelere bağlı olanlar dışında kamuya ait, kamu yararı, verimlilik ve etkinlik esaslarına dayalı olarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri veren, sağlık hizmetlerine toplumun katkı ve katılımını sağlayacak şekilde örgütlenmiş, tüzel kişiliğe ve idari ve mali özerkliğe sahip sağlık kuruluşlarıdır.”

Sağlık Bakanlığı'nca hazırlanan Sağlık Kanunu Tasarısı'nın 6.versiyonunda hastanelerin sağlık işletmeleri haline getirileceği öngörülmektedir. Ancak son 10 yıldır yürütülen politikalar ve son üç yılda hükümet tarafından hızlandırılan

uygulamalar ile hastaneler sağlık işletmesi haline getirilmiştir. Özellikle devlet hastanelerinde uygulanan "performansa dayalı döner sermaye uygulaması" ile de tüm hizmetler teker teker kalemler halinde belirlenmiş ve puanlandırılarak devlet hastanelerinin tam anlamıyla ticari bir işletme haline getirilmelerinin temeli de oluşturulmuştur.

GSS ile getirilen küçük ama önemli bir değişiklikle özelleştirmenin yolu iyice açılmaktadır. Bu değişikliğe göre; '..sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından sağlık hizmeti almayı tercih eden genel sağlık sigortalısı...sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları için belirlenen bedellerin en fazla %70'i fatura karşılığı ödenir' denilmektedir. Böylece fiyatları piyasa ortalamasının üzerinde olan özel hastaneler de kendilerini Kurumun belirlediği sağlık hizmeti bedelleriyle sınırlamak zorunda kalmayacaklardır. GSS'dan alacakları ödemenin üzerini hastalardan herhangi bir sınırlama olmadan alarak bu hasta/müşteri pazarından yararlanabilmelerinin yolu açılmaktadır. Türkiye'de 1980'lerde başlayan sağlıkta özelleştirme politikalarının önündeki son engeller de GSS ile ortadan kalkmış olacaktır.

Sağlık hizmetlerinin kar amaçlı sağlık işletmeleri aracılıyla yürütülmesi kaçınılmaz olarak hekim ve sağlık çalışanlarının kamusal güvencelerinin kaldırılmasını ve statülerinde değiştirilmesini getirecektir. Kamu Yönetimi Yasası'nda yer alan hekim ve sağlık personelinin statüsü, gerekse Kamu Personel Rejimi Tasarı ile yürütölen yasal düzenlemeler bunu ortaya koymaktadır.

Rekabetçi bir anlayış içinde çalışması ön görölen sağlık işletmelerinin giderlerini azaltarak, karını artırma çabaları, sağlık işletmelerinde iş güvencesinden mahrum olarak en fazla bir yıllık sözleşmeye göre çalışmak zorunda bırakılacak hekimler, ne hastasının hak ve çıkarını savunabilirler, ne de hekimlik mesleğini özgürce uygulayabilirler.

Denizli Devlet Hastanesi'nin 2004 yılında taşeron usulü 4 aylık sözleşme ile hekim çalıştırılmasına ilişkin acılan ihale gelecekte sağlık işletmelerinde çalıştırılacak hekim ve sağlık çalışanlarına öngörölen statüyü de gösteren somut bir örnektir.

Sonuç olarak; Sağlık işletmelerinde taşeron usulü veya sözleşmeli personel haline getirilecek hekimler ve sağlık personeli iş güvencesiz konumları nedeniyle mesleki bağımsızlıklarını kaybederek her türlü baskıya açık hale geleceklerdir. Hekim, tıbbi uygulama esnasında bağımsız, bilimsel ve moral değerlere uygun davranması, hiçbir güçten etkilenmeden vicdanı ile baş başa kalarak özgür karar vermesini yerine sağlık işletmesinin çıkarını öne alması talepleri önem kazanacaktır. Bundan da hekimler kadar hastalarda olumsuz olarak etkileneceklerdir.

3-Sosyal Sigortalara İlişkin Madde Değerlendirmeleri

1- 5489 sayılı kanunun 5. maddesinin(a) fıkrasında, tutuklu ve hükümlülerin kısa vadeli sigorta dallarından yararlanacağı belirtilmiş olup, bunların uzun vadeli sigorta kollarından yararlandırılmaması düzenlenmiştir.

Anayasanın 60. maddesindeki sosyal güvenlik hakkı, herkes için düzenlenmiştir. Sosyal güvenlik hakkı ise kısa ve uzun vadeli sigorta kollarını birlikte kapsamaktadır. Anayasa Mahkemesinin 1988/19E, 1988/33 K sayılı ve 26.10.1988 günlü kararında, “sosyal güvenliğin bireylere yaşlılık, hastalık, kaza, ölüm ve malullük gibi sosyal riskler karşısında asgari ölçüde bir yaşam düzeyi sağlamayı amaçladığı” belirtilmektedir. Tutuklu ve hükümlülerin uzun vadeli sigortadan yararlandırılmamaları 60. maddeye aykırıdır. Tutuklu ve hükümlülerin uzun süre çalıştırılabilmesi göz önüne alındığında, bu haktan yararlandırılmamaları sonucu tahliyelerinden sonra uzun vadeli sigorta için büyük bir hak ve zaman kaybına uğramaları söz konusu olacaktır. Bu kesimin de sosyal risklere karşı korunma hakkı vardır.

Anayasanın 5. maddesindeki, devletin temel amaç ve görevleri nedeniyle devletin anayasa ile kendisine verilen ödevleri yerine getirip, geliştirmesi gerekirken, bu alanda yeni bir şey yapılmamasını bu yönüyle de Anayasa’ya aykırı bulmaktayız.

2- 5489 sayılı kanunun 6. maddesinin (c) fıkrasında ev hizmetlerinde çalışanlardan geliri asgari ücretin altında olanlar, (ı) fıkrasında hizmet akdi ile çalışan süresiz tarım işçilerinden asgari ücretin altında geliri olanların, (j) fıkrasında yevmiyeli günlük işçilerin, (k) fıkrasında kendi nam ve hesabına çalışanlardan gelir vergisine tabi olmayıp kazancı asgari ücretin altında olanların sigortalı sayılmayacaklar içerisinde

yer alması Anayasanın 2. ve 60. maddelerine aykırı bulmaktayız. Ayrıca bu kesimlerin sigortalı yapılması ve bunların takibi için yeterli bir izleme ve denetim mekanizması kurulması ile kayıt dışı ekonomi ve istihdam ile de mücadele edilmiş olacaktır. Bu kesimlerin sigortalı sayılmaması ile kayıt dışında kalarak, sosyal güvenlik hakkından yararlanmaları engellenmiş olmaktadır. Anayasa Mahkemesinin yukarıda belirtilen kararında, “Sosyal hukuk devleti, güçsüzleri güçlüler karşısında koruyarak gerçek eşitliği yani sosyal adaleti ve toplumsal dengeyi sağlamakla yükümlü devlet demektir. Çağdaş devlet anlayışı, sosyal hukuk devletinin, tüm kurumlarıyla Anayasa’nın özüne ve ruhuna uygun biçimde kurulmasını gerekli kılar. Hukuk devletinin amaç edindiği kişinin korunması, toplumda sosyal güvenliğin ve sosyal adaletin sağlanması yoluyla gerçekleştirilebilir.” şeklindeki sosyal hukuk devletinin sosyal güvenlik ile ilgili görevleri karşısında, güçsüz ve zayıf kesimleri kapsam dışında bırakmak Anayasa’ya aykırı olduğu kanaatindeyiz.

Bu kesimlerle ilgili mevcut 506 sayılı kanundaki hükümlerden geriye gidilmesi sosyal güvenlik ile ilgili devlete verilen temel amaç ve görevler ile de çelişmektedir.

3- 5489 sayılı kanunun 14. maddesinin 2. fıkrasının (a) bendinde, meslek hastalığının tespitinde “kurumca yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucusunun” düzenlenmiş olması, kurumun sadece kendisinin yetki verdiği kişi veya kurumların bu raporları düzenleyebileceği sonucunu doğurmaktadır. Bu durum ise Anayasanın 17. maddesi ile 56. maddesindeki hakların ihlal edilebileceği endişesini yaratmaktadır.

Anayasa Mahkemesinin 1990/27 E, 1991/2 K sayılı ve 17.01.1991 günlü kararında, “Anayasa’nın 17. maddesinin ilk tümcesi “Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir...”.

Kişinin yaşama hakkı, maddi ve manevi varlığını koruma hakkı, birbirleriyle sıkı bağlantıları olan, devredilmez, vazgeçilmez temel haklardandır. Bu haklara karşı olan her türlü engelin ortadan kaldırılması da devlete ödev olarak verilmiştir. Güçsüzleri güçlüler karşısında koruyacak olan devlet, gerçek eşitliği sağlayacak, toplumsal dengeyi koruyacak, böylece gerçek hukuk devleti niteliğine ulaşacaktır. Hukuk devletinin amaç edindiği yaşama hakkının korunması, sosyal güvenliğin sağlanmasıyla gerçekleşecektir. Sosyal güvenliği sağlayacak olan kuruluşların yasal

düzenlemeleri “yaşama hakkı ile maddi ve manevi varlığı koruma haklarını” zedeleyecek veya ortadan kaldıracak hükümler içermemesi gerekir.

Bu konuda düzenlenen uluslararası kurallar da aynı amaca yönelik hükümler taşımaktadır. 16.6.1989 günlü, 3581 sayılı Yasa’yla onaylanan Avrupa Sosyal Güvenlik Sözleşmesi’nin 13. maddesi de hastalık durumunda gerekli olan tüm bakımların sağlanmasını öngörmektedir.

506 sayılı Yasa’nın 34. maddesinde öngörülen “... 18 aya kadar ...” sınırlaması, sağlık yardımı sonunda henüz iyileşmemiş ve tedavisi sürmekte olan kişinin gerek yaşama hakkının gerekse maddi ve manevi varlığını koruma hakkının özünü zedeler bir nitelik taşıdığından Anayasa’nın 17. maddesine aykırılık görülmüştür.

Anayasa’nın 56. maddesinin 3., 4. ve 5. fıkraları yine devlete, kişilerin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmelerini sağlamak için sağlık kuruluşlarının hizmetlerini, düzenleme, denetleme ve organize -etme gibi görevler yüklemiştir. Anlaşılmaktadır ki, devlet, kişilerin yaşamlarını sağlıklı biçimde sürdürmeyi sağlamak amacını çeşitli sosyal güvenlik kuruluşları ile gerçekleştirecektir. Devlet için bir görev, kişiler için de bir hak olan bu amaç gerçekleştirilirken bu hakkı sınırlayıcı, bu haktan yararlanmayı zayıflatıcı düzenlemeler Anayasa’nın 56. maddesine de aykırıdır.” Biçimindeki tespiti ile 17. ve 56. maddelerde düzenlenen haklara getirilecek sınırlamaların, bu hakların özüne dokunacağından, bu durumu Anayasaya aykırı bulmuştur.

4- 5489 sayılı kanunun 18. maddesinin 1. fıkrasında da geçici iş göremezlik raporların da “kurumca yetkilendirilen” hekimlerin verebileceğine dair düzenleme yukarıdaki açıklamalarımız ışığında değerlendirilmelidir.

5- 5489 sayılı kanunun 19. maddesinin 1. fıkrasında da “ kurumca yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucuları” ibareleri geçmektedir. Yukarıdaki açıklamalar ışığında, “kurumca yetkilendirilen” ibarelerinin metinden çıkarılması gerektiği kanaatindeyiz.

3. fıkrada, sürekli kısmi iş göremezlikte asgari aylığın düzenlenmemiş olması sağlık ve sosyal güvenlik hakkının ihlalini doğurmaktadır. Sürekli kısmi iş göremez hale gelen sigortalının, örneğin; %25 kaybında buna denk gelen gelirle yaşamına devam ettirmesi hayatın olağan akışı içinde mümkün değildir. Kişiler çalışırken ileride başlarına gelebilecek sosyal riskler karşısında yeterli güvenceden yararlanmalıdırlar.

4. fıkrada, kendi adına ve bağımsız çalışanların her türlü prim borçlarının “ödenmiş” olması şartı sosyal güvenlik hakkı ilkesine aykırıdır. Sigortalının bildirim yükümlülüğünü yerine getirmiş olması karşısında, priminin ödenmesi şartı ile kendisine bu kanunla tanınan hakların verilecek olması devletin sorumluluğunu vatandaşın üzerine yıkması anlamına gelmektedir. Bu durum Anayasanın 2. 5. ve 60. maddelerine aykırı olduğunu düşünmekteyiz.

6- 5489 sayılı kanunun 22. maddesinde, sigortalının kendisinden kaynaklanan sebeplerle tedavi süresinin uzaması, iş göremezliğinin artması ile ilgili kurallar bu husus ile ilgili olarak Anayasa Mahkemesinin 1991/23 E, 1991/47 K sayılı ve 10.12.1991 günlü kararı ile 1995/37 E, 1995/31 K. sayılı ve 11.07.1995 günlü kararlarında, sigortalının sorumluluğunun ve tanınan hakların sınırlandırılmasının ancak taksirli olmayan ve suç sayılan bir davranış neticesinde olabileceğidir. Sigortalının sorumluluğunun oldukça geniş bir şekilde belirlenmiş olmasının Anayasa’nın 2. 10. 13. 17. ve 60. maddelerine aykırı olduğunu düşünmekteyiz.

7- 5489 sayılı Kanun’un 26. maddesinin 2. fıkrasının (b) bendinde, malullük için “en az 10 yıldan beri sigortalı bulunup” ibaresi yer almakla, halen var olan “ 5 yıllık sigortalı “ olma kuralındaki süre artırılarak, hem kazanılmış haklar geri alınmakta hem de sosyal güvenlik hakkı ihlal edilmektedir.

Söz konusu düzenleme Anayasa Mahkemesi’nin 1998/10 E, 1998/18 K sayılı ve 20.05.1998 günlü kararında, “Hukuk devleti ilkesi, yürürlükte olan yasa kurallarına göre, kazanılmış haklara saygı gösterilmesini gerektirir.” Şeklinde kazanılmış haklara saygı gösterilmesi gerektiğine dair tespitine aykırıdır.

8- 5489 sayılı kanunun 28. maddesinde yaşlılık sigortasından yararlanmada yeni yaş ve prim ödeme gün sayıları getirilmiştir.

1999 yılında 4447 sayılı Yasa ile getirilen düzenlemenin gerekçesinde uzun yıllar sürecek yeni bir yaş ve prim ödeme gün sayısından bahsediliyordu. Aradan 7 yıl bile geçmeden bu sürelerin tekrardan artırılacak olması sosyal sigorta aktüerya hesaplarının rastgele ve bilimsel olmayan kriterlere göre yapıldığını göstermektedir. TBMM’de yapılan görüşmelerde aktüerya hesapları tam olarak açıklanamamıştır. Yaşlılık sigortasında, yaş ve prim gün sayılarının artırılması yeni liberal politikaların dayatması ile olduğunu düşünmekteyiz.

Anayasa Mahkemesi’nin 1999/43 E, 2001/46 K sayılı ve 27.02.2001 günlü kararında, “Hukukun üstünlüğünün egemen olduğu bir devlette hukuk güvenliğinin sağlanması hukuk devleti ilkesinin olmazsa olmaz koşuludur. Anayasa’nın 5. maddesinde ise kişilerin ve toplumun refah, huzur ve mutluluğunu sağlamak, kişinin temel hak ve hürriyetlerini, sosyal hukuk devleti ve adalet ilkeleriyle bağdaşmayacak şekilde sınırlayan siyasal, ekonomik ve sosyal engelleri kaldırmaya, insanın maddî ve manevî varlığının gelişmesi için gerekli şartları hazırlamaya çalışmak devletin temel amaç ve görevleri arasında sayılmıştır. Herkesin sosyal güvenlik hakkına sahip olduğunu öngören Anayasa’nın 60. maddesinin gerekçesinde, sosyal güvenlik hakkının, çalışanların yarını ve güvencesi olduğu belirtilmiştir.

Yaşlılık, gerçekleşmesi yönünden diğer sosyal risklerden ayrı özelliğe sahiptir. Yasalarda emeklilik yaşının kesin olması nedeniyle, sigortalı yarınını bu güvenlik içinde planlamaktadır. Sosyal devlet, sosyal adaletin, refahın ve güvenliğin gerçekleşmesini sağlayan devlettir. Sosyal güvenlik kuruluşları, çalışanların geleceğine ilişkin güvenini sağlamak durumundadır. Bu sağlanamadığı takdirde sosyal güvenlik kavramından da bahsedilemez. Bu nedenle, sosyal güvenlik sisteminde yapılan değişikliklerin hukuk devletinde olması gereken hukuk güvenliğini zedelemeyecek biçimde adil, makul ve ölçülü olması zorunludur.

Sigortalı olarak çalışanların yaşlılık aylığından yararlanabilmeleri için, sigortalılık süresi, yaş ve ödenmesi gereken prim konusunda (B) bendinde yapılan kademeli geçişe ilişkin düzenleme, makul, adil ve ölçülü olmadığından Anayasa’nın 2., 5. ve 60. maddelerine aykırıdır.” Şeklindeki gerekçesi yanında, makul, adil ve ölçülü olmayan yaş ve prim ödeme gün sayısı ile ilgili düzenlemeler Anayasaya aykırıdır.

Başta 7000 prim ödeme gün sayısının kademeli olarak 9000 güne çıkarılması ve ILO'nun 102 Sayılı Sosyal Güvenlik (Asgari Normlar) Sözleşmesi'nin 26. maddesine aykırı olarak yaştan 68'e çıkarılması Türkiye gerçekliği ile örtüşmemektedir. Türkiye'nin sağlık istatistikleri (bebek ölüm hızı, nüfus artış hızı gibi) göz önüne alındığında gelişmiş ülke örneklerinin uygulamaya konulması gerçekçi değildir. Kaldı ki, İş yasasındaki esnek çalıştırma ile ilgili hükümler nedeni ile milyonlarca kişi bu yaş ve prim ödeme gün sayısı nedeniyle emekli olamayacaktır. Bu durum Anayasa ile devlete verilen sosyal güvenlik hakkının yerine getirilmesi ilkesine de aykırıdır. Yarınından emin olamayan ve emekli olacağı şüpheli bir ortamda sosyal güvenlikten bahsedilemez.

9- 5489 sayılı kanunun 29. maddesinde yaşlılık aylığının hesaplanmasında, mevcut durumun gerisinde çalışanların aleyhine düzenleme mevcuttur. Aylık bağlama oranları düşürülmektedir. Aynı kanunla prime esas matrah artırılıp, emekli aylığı düşürülüyorsa burada sosyal adalet ve sosyal güvenlikten bahsedilemez.

Anayasa Mahkemesi'nin 1999/43 E, 2001/46 K sayılı ve 27.02.2001 günlü kararında, "4447 sayılı Yasa'nın 24. maddesi ile 5434 sayılı Yasa'nın Ek 9. maddesinin birinci fıkrası değiştirilmiştir. Buna göre, Yasa'nın yürürlüğe girdiği tarihten önce emekli, adi malüllük, vazife malüllüğü ile dul ve yetim aylığı alanların bu aylıkları Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten itibaren; Kanunun yürürlüğünden sonra bağlanacak emekli, adi malüllük, vazife malüllüğü ile dul ve yetim aylıkları ise bağlandığı tarihten sonra ki ilk memur maaş artış tarihinden itibaren her ay bir önceki aya ilişkin Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından açıklanan en son temel yıllık kentsel yerler tüketici fiyatları indeksi değişim oranına göre belirlenecektir.

Dava dilekçesinde, yapılan değişiklikle yasal kesin ölçüler yerine, piyasa şartlarına dayanan yönetsel keyfi ölçüler getirilerek hukuk devleti ilkesine aykırılık oluşturulduğu ileri sürülmüştür.

Anayasa'nın 128. maddesinde, Devletin kamu hizmetlerinin gerektirdiği asli ve sürekli görevleri memurlar ve diğer kamu görevlileri eliyle göreceği, memurların ve diğer kamu görevlilerinin nitelikleri, atanmaları, görev ve yetkileri, hakları ve

yükümlülükleri ile aylık ve ödenekleri ve diğer özlük işlerinin kanunla düzenleneceği öngörülmüştür.

Devlet memurlarının çalıştıkları ve emekli oldukları döneme ilişkin hak ve yükümlülükleri yasalarla düzenlenmiştir.

Emekli Sandığı Kanunu'nun "Emekli Aylığı" başlıklı 41. maddesinin (a) fıkrasında; emekli, adi malüllük ve vazife malüllüğü aylıklarının hesaplanmasında 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 43. maddesinde yer alan gösterge tablosu ve personel kanunlarındaki ek göstergelerin esas alınacağı belirtilmiştir. Buna göre, çalışmakta olan devlet memuru ile emekli olan memurun aylıklarının hesaplanması, yasadaki belirli oranlar gözönünde bulundurularak aynı esasa dayanılarak yapılacaktır.

5434 sayılı Yasa'nın Ek 9. maddesinin birinci fıkrasının değişikliğinden önce, eski emeklilerle yeni emekliler arasında herhangi bir eşitsizlik doğması engellenmiş iken, yeni düzenlemeyle emekli aylıklarındaki artışın gösterge ve ek göstergelerdeki artışa göre hesaplanması esastan vazgeçilerek, aylığın enflasyon oranındaki artışa göre hesaplanması kabul edilmiş, böylece çalışan memurların maaş artışı ile emekli memurların maaş artışı arasında olduğu gibi daha önce aynı görevlerde bulunan eski ve yeni emeklilerin maaşları arasında da büyük farkların ortaya çıkmasına neden olacak bir sistem getirilmiştir.

Bu durum Anayasa'nın 10. maddesindeki eşitlik ilkesini zedelemektedir.

Eşitlik temeline dayanan adil bir hukuk düzeni kurmak, hukuk devletinin en önemli işlevlerinden biri olduğundan hukuksal eşitlik sağlanmadan hukuk devleti ilkesinin gerçekleşmeyeceği açıktır.

Bu nedenlerle, dava konusu kural Anayasa'nın 2. ve 10. maddelerine aykırıdır." Biçimindeki tespiti ile emekli aylıklarının düşmesine meydan verecek düzenlemelerin Anayasaya aykırı olduğudur.

Kamu görevlileri açısından emekli aylıklarının en az %20 civarında düşecek olması Anayasanın 128. maddesindeki memurluk güvencesine de terstir.

Bunun yanında, TBMM Başkanı ile TBMM üyelerine kamuoyunda “Kıyak Emeklilik” diye tabir edilen yeni bazı düzenlemelerin bu kanunda yer alması eşitlik ilkesini açıkça çiğnemek anlamına gelecektir. Kanunu çıkaranların kendilerine avantaj yaratmaya dönük çabaları siyasi iradenin sosyal devlet ilkesine uymadığını da göstermektedir.

Malullük ve sürekli iş göremezlik halinde bulunan sigortalıların yaşlılık aylıklarında bunların evli olup olmadığının ve çocukları bulunup bulunmadığının gözetilmemesi de aileleri yönünden sosyal güvenlik haklarının ihlali anlamına gelmektedir. Ayrıca asgari yaşlılık aylığının düzenlenmemesi de mevcut durumdan geriye gidildiğini göstermektedir.

10- 5489 sayılı kanunun 37. maddesinde evlilik yardımı 12 aylık ücret üzerinden belirlenmiştir. 506 sayılı kanunda 24 ay olan sürenin yarıya indirilmesi kazanılmış hakların alınması ve dolayısıyla hukuk devleti ile sosyal güvenlik hakkından taviz verildiğini göstermektedir.

11- 5489 sayılı kanunun 40. maddesinde düzenlenen fiili hizmet süresi zammı günün çalışma koşulları gözetilmeden, benzer risklerle karşı karşıya kalarak çalışanları kapsama almadan düzenlendiği için Anayasanın başta 10. maddesi olmak üzere 2. 17. 56. ve 60. maddelerine aykırı olduğunu düşünmekteyiz. Örneğin fabrika, atölye, havuz ve depolarda, trafo binalarında çalışanlara tanınan fiili hizmet sağlıkla ilgili çok daha tehlikeli laboratuvarlarda çalışanlara verilmemiştir. Günün 24 saat hizmet esasına göre çalışan sağlık ve sosyal hizmet çalışanları unutulmuştur. Ağır zihinsel ve bedensel engellilere 24 saat hizmet veren SHÇEK Kuruluşları ile özel kuruluşlarda çalışanlara fiili hizmet verilmemiştir. Zirai mücadele verenlere tanınan hak insan sağlığı ile ilgilenen ve bulaşıcı hastalıklarla savaşan sağlık personeline verilmemiştir.

Ayrıca fiili hizmet verilenlere tanınan sürenin sadece yaş haddinden 3 yılını düşebilmeleri ise tanınan sosyal güvenlik hakkına aykırıdır. Aynı düzenleme daha önceden yapılmış olup, Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiştir. Anayasa Mahkemesinin 1999/43 E, 2001/46 K sayılı ve 27.02.2001 günlü kararında, “Maddenin ikinci fıkrasında, 5434 sayılı Yasa’nın 32. maddesi uyarınca fiili hizmet

sürelerine zam yapılanların bu maddede belirtilen yaş hadlerinden, eklenilen bu sürenin üç yıldan çok olmamak üzere yarısının indirileceği öngörülmüştür.

Dava dilekçesinde kuralın, kazanılmış hakları ihlal etmesi nedeniyle Anayasa'nın 2. maddesindeki hukuk devleti ilkesine ve ayrıca 60. maddesine aykırı olduğu ileri sürülmüştür.

4447 sayılı Yasa ile önceki kurallara göre emekliliğe hak kazanmasına iki yıl ve daha az süre kalanların bu hakları korunarak bunların istekleri halinde emekli olabilmeleri esası getirilmiştir. Buna karşılık, dava konusu kuralla, fiili hizmet sürelerine zam yapılanların bu maddede belirtilen yaş hadlerinden eklenilen bu sürenin üç yıldan çok olmamak üzere yarısı indirilecektir.

Önceki hükümlere göre fiili hizmetlerine zam yapılanlarla yapılmayanlar arasında fiili hizmet zammı süresi kadar fark vardır. Geçiş kuralında da bu farkın korunması gerekir. 18 yaşında aynı tarihte memuriyete başlamış olan iki kişiden dört yıl fiili hizmet zammı alanın 21 yıl sonra yani 39 yaşında emekli olabilme olanağı varken, diğeri 43 yaşında emekli olacaktır. Bu dört yıllık fark geçiş kuralında da korunmalıdır. Oysa Geçici 205. maddenin ikinci fıkrası hükmüne göre fiili hizmet zammının yarısının sayılmasıyla fark 2 yıla indirilmiş olmaktadır.

4447 sayılı Yasa'nın yürürlüğe girdiği tarihte fiili hizmet süresi zammından yararlanarak emeklilik süresini tamamlamaya 2 yıldan az kalanlarla, fiili hizmet zammı eklenmeksizin emekliliğine 2 yıldan az kalanların farklı kurallara bağlı tutulmaları hukuk güvenliğini zedelediği gibi adil olduğu da kabul edilemez.

Yukarıda açıklanan nedenlerle, Yasa'nın 26. maddesiyle, 5434 sayılı Yasa'nın 39. maddesine eklenen geçici 205. maddenin ikinci fıkrası Anayasa'nın 2. ve 60. maddelerine aykırıdır. " tespiti ile getirilen kural iptal edilmiştir.

Anayasa Mahkemesi'nin 1988/19 E, 1988/33 K sayılı ve 26.10.1988 günlü kararında eşitlik ilkesi şöyle tanımlanmıştır. "Aynı sosyal risklere karşı asgari ölçülerde güvence altına alınan ve aynı kurallara bağlı bulunan sigortalıların hukuki statüleri arasında benzerlik vardır. Aynı durumda bulunan kişilerin yasanın öngördüğü haklardan aynı esaslara göre yararlanmaları eşitlik ilkesinin gereğidir." Fiili hizmet süresinden yararlanması gereken benzer ve daha ağır durumda olanların

durumunun düzenlenmemesinin Anayasa'nın 10. maddesine açıkça aykırı olduğunu düşünmekteyiz.

12- 5489 sayılı kanunun 43. maddesine TBMM Başkanının eklenmesi ile ayrıcalık tanındığı kanaatindeyiz. Mevcut kanunlarda olmayan yeni ve ayrıcalıklı bir durum yaratmaya dönük bu düzenleme daha önceden de yapılmış olup, Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiştir.

Anayasa Mahkemesi'nin 1986/22 E, 1986/28 K sayılı ve 02.12.1986 günlü kararında, ayrıcalıklı yaşlılık aylığı düzenlemeleri iptal edilmiştir. Mahkeme kararında,"Anayasa'nın 60. maddesinde "Herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet, bu güvenliğı sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar." denilmiş bulunduğundan, yasama organı üyeleri ile dışarıdan atanan bakanların da TC. Emekli Sandığı'ndan faydalandırılmak suretiyle güvenliklerinin sağlanmış olması Anayasa'ya uygundur.

Ancak, dava konusu olan Ek 1. maddeyle bunların emekli keseneğine esas olacak aylık derecelerinin, öğrenim durumları ve hizmet süreleri ne olursa olsun (emekliliğe tabi hiç bir hizmetleri bulunmasa dahi) birinci derecenin son kademesine ve iştirakçilere uygulanan en yüksek ek göstergeye yükseltilmesi, sözü geçenlere, öteki iştirakçilerin hiç birisine tanınmayan bir imtiyaz, bir ayrıcalık getirmektedir.

Yasama organı üyelerinin yapmakta oldukları görevin önemi, bunların ödenek ve yolluklarının (Anayasal çerçeve içerisinde) farklı bir düzenlemeye tabi tutulmasını haklı göstermekte ise de; iştirakçi oldukları bir sosyal güvenlik kuruluşundan, diğer iştirakçilerle eşit şartlarda faydalandırılmaları gerekirken, öteki iştirakçilerin hiç birisi için söz konusu olmayan bazı imtiyazlarla donatılmaları, savunulması mümkün olmayan bir eşitsizlik ve adaletsizliğe yol açmaktadır.

Nitekim, valilik, büyükelçilik, elçilik, gibi önemli bazı Devlet hizmetlerini de içine alan istisnaî memurluklara atanarlara kademe ilerlemesi ve derece yükselmesine ilişkin hükümlerle bağılı olmaksızın doğrudan doğruya atanmış oldukları kadro aylığının ödenmesine cevaz veren Devlet Memurları Kanunu (Madde : 59), bunları emekliliğe esas tutulacak aylık derecesi bakımından, öteki memurlardan ayırmamış, emekli keseneklerinin öğrenim durumları ve hizmet

sürelerine göre hak kazanmış bulundukları aylık derecesi üzerinden kesilmesini öngörmüştür.

Anayasa'nın 2. maddesinde "Türkiye Cumhuriyeti, toplumun huzuru, millî dayanışma ve adalet anlayışı içinde insan haklarına saygılı, Atatürk milliyetçiliğine bağlı, başlangıçta belirtilen temel ilkelere dayanan, demokratik, lâik ve sosyal bir hukuk Devletidir" denilmekte, 10. maddesinde de herkesin, dil, ırk, renk, cinsiyet, siyasî düşünce, felsefî inanç, din, mezhep ve benzeri sebeplerle ayırım gözetilmeksizin kanun önünde eşit olduğu hiçbir kişiye aileye, zümreye veya sınıfa imtiyaz tanınamayacağı belirtilmiş bulunmaktadır.

Dava konusu Ek 1. madde, yasama organı üyeliği yapanlarla dışarıdan bakanlığa atanarlara, iştirakçi oldukları TC. Emekli Sandığı'nca, öteki iştirakçilerin hiç birisine tanınmayan ve adalet duygusuyla bağdaşmayan bazı haklar ve ayrıcalıklar getirdiğinden, Anayasa'nın sözü geçen 2. ve 10. maddelerine aykırı düşmektedir." Tespitini yapmıştır.

13- 5489 sayılı kanunun 46. maddesinde, kamu görevlilerinin prime esas kazançlarına üst sınır uygulanmamış, kamu görevlileri dışındaki sigortalıların geçici iş göremezlik sürelerinde kısa ve uzun vadeli sigorta primleri ile ilgili herhangi bir düzenleme yapılmamıştır.

Norm ve standart birliği sağlama iddiasında olan bu kanunda kamu görevlilerine de prime esas kazanç üst sınırının belirlenmiş olması eşitliğin bir gereği olduğunu düşünmekteyiz. Ancak, kanunu hazırlayanların yaşlılık aylıklarının düşeceğine dair düzenlemeleri nedeni ile kamu görevlilerine üst sınır koymayarak, bunlardan daha fazla prim alarak yetecek kadar yaşlılık aylığı bağlama düşüncesi içerisinde olduklarını anlıyoruz.

Kamu görevlilerinin geçici iş göremezlik süreleri boyunca kurumları tarafından ödenecek olan kısa ve uzun vadeli sigorta primlerinin eşitliğin gereği olarak diğer sigortalılara için de devlet tarafından ödenmesi gerektiği kanaatindeyiz. Anayasanın 2. 10. ve 60. maddeleri gereğince bu düzenlemelerin yapılması hakkaniyete de uygun olacaktır.

14- 5489 sayılı kanunun 50. maddesinin 2. fıkrasının (a) bendinde, ay içerisinde 30 günden az çalışmak veya son bir yıl içinde 360 günden az çalışmak ya da tam gün çalışmamanın isteği bağlı sigortayı gerektirdiği, bunların zorunlu sigorta kapsamına alınmayacağı kuralı adeta tüm sigorta sistemini ortadan kaldırmaya dönük, sosyal güvenliği işverenlerin keyfi tutumuna bırakacak, kayıt dışılığı adeta teşvik edecek bir düzenlemedir. Mevcut 506 sayılı kanunda yer aymayan ve sosyal güvenlik haklarından çok çok geriye götüren bu düzenleme Anayasaya açıkça aykırıdır. Uygulamada istismlara ve zorunlu sigorta ile işçi çalıştırmaya engel olan bu düzenlemenin Hükümet tasarısında olmadığını, demokratik temayüllere aykırı bir şekilde görüşülürken, TBMM’de eklendiğini de belirtmek isteriz. Bu düzenleme ile sigortalı sayılmayanlar başlıklı 6. maddesi ile paralellik kurulmamıştır. Anayasa’nın 60. maddesindeki sosyal güvenlik hakkının açıkça ihlali söz konusudur.

15- 5489 sayılı kanunun 52. maddesinde, isteğe bağlı prim ödeyenin aynı zamanda hak sahibi ise sağlık primi ödemesi düzenlenmiştir. 506 sayılı kanunda halen isteğe bağlı sigortalıların primi %25 iken, bu kanun ile primlerin yükseltilmesi kazanılmış hakların gözetilmediğini göstermektedir. Eşinden veya anne-babasından dolayı sağlık yönünden hak sahibi olanların sağlık primi ödemesi sosyal güvenlik ile tanınan haklara da aykırıdır.

16- 5489 sayılı kanunun 55. maddesinde emekli aylıklarının tüketici fiyatları genel indeksindeki değişim oranı kadar arttırılarak belirleneceği ifade edilmiştir. Emekli aylıklarının her yıl bir önceki yılın GSMH sabit fiyatlarla gelişme hızı kadar ayrıca arttırılması Anayasanın 2, 5,10 ve 60. maddelerinin gereği olduğunu düşünmekteyiz. Büyüyen bir ekonomide ve ülkede emekli aylıklarının reel olarak sabit tutulması (ülkemizde genellikle TÜFE’ye göre yapışan artışlarda reel koruma olmadığı görülmüştür.) önemli bir kesimin dışlanmasını, bunların hayat seviyelerinin geliştirilmesinin görülmeyişi göstermektedir. Sosyal hukuk devletinde refahtan tüm yurttaşların pay alması devletin sorumluluğunda olup, sosyal güvenlik yönünden bu ilkenin korunması gerektiği kanaatindeyiz.

17- 5489 sayılı Kanun’un 80. maddesinde prime esas kazançlar içerisine çeşitli sosyal yardımlar hariç, tüm ücret, tazminat ve ek ödemelerin dahil edilerek, matrahın yükseltildiği görülmektedir. 80. maddede yapılan bu değişiklik ile 29. maddede yapılan aylık bağlama oranlarındaki düzenleme arasında herhangi bir

paralellik kurulmamıştır. 80. madde ile prime esas kazançlar belirlenmiş, prime esas matrah arttırılmış olmasına karşın, 29. maddede yaşlılık aylığının düşürülmesi sonucunu doğuran düzenlemenin birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir.

18- 5489 sayılı Kanun'un 82. maddesinin 2. fıkrasında günlük kazançları asgari ücretin 30/1'inin altında olan sigortalıların günlük kazançlarının alt sınır üzerinden hesaplanacağını belirtilmesi, Anayasa'nın 2, 5 ve 60. maddesine aykırı olduğu kanaatindeyiz. Sosyal hukuk devletinde, devletin başlıca görevlerinden birisi de güçsüz, zayıf ve yoksulları korumaktır. Geliri asgari ücretin altında olduğu halde, asgari ücretten prim alınması sosyal güvenlik yönünden Anayasaya aykırıdır. Bu durumda olan kişilerin asgari ücretle gelirleri arasındaki farkın prime orantısı yapılarak devlet tarafından primlerinin ödenmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Bu şekilde bu kişiler de sosyal risklere karşı korunmuş olacaklardır. Aksi halde bu kişiler prim ödeyemeyeceklerdir.

19- 5489 sayılı Kanun'un 105. maddesinin (a) bendinin 3 no'lu fıkrasında TBMM üyeleri için ayrıcalıklı bir konu yaratıldığı ve bu şekilde diğer sigortalılara oranla avantajlı duruma getirildikleri görülmektedir. Anayasa Mahkemesinin 1986/22 E, 1986/28 K sayılı ve 02.12.1986 günlü kararında da belirtildiği gibi bu durum sosyal hukuk devleti ve eşitlik yönünden Anayasaya aykırıdır.

20- 5489 sayılı Kanun'un 106. maddesi ile 5434 sayılı kanununda düzenlenmiş bulunan asgari emekli aylığı düzenlemesi yürürlükten kaldırılmıştır. Bu durum memurluk güvencesi ile görev yapan kamu görevlileri açısından sosyal risklerini arttıracak endişesi yarattığından Anayasanın 128. maddesi ile 60. maddesine aykırı olduğunu düşünmekteyiz. Yaşlılık aylığında, asgari aylığın her koşulda bulunması gerektiğini düşünmekteyiz. Ayrıca bu maddede yer alan T.C Emekli Sandığına bağlı dinlenme ve huzur evlerinin kapatılacağına dair hüküm de Anayasanın 2, 5 ve 60. maddelerine aykırı olduğunu belirtmek isteriz. Sosyal güvenlik kurumunun yaşlılık aylığı alanlara sosyal amaçlı tesisler kurması ve bunlara hizmet vermesi sosyal hukuk devleti açısından bir gerekliliktir.

21- 5489 sayılı kanunun geçici 2. maddesinde asgari aylık uygulamasının kaldırılması yukarıda belirttiğimiz gerekçeler nedeni ile Anayasaya aykırı olduğunu düşünmekteyiz.

22- 5489 sayılı kanunun geçici 3. maddesinin 4.fıkrasında, kamu görevlileri açısından çalışırken aldıkları aylıkları ile geçici iş göremezlik ödenekleri arasındaki farkların ilgili mevzuatında değişiklik yapılınca kadar kurumlarınca ödenmeye devam edileceğine dair hüküm ileride kamu görevlileri açısından da bir ücret kaybına neden olabileceği endişesi yaratmaktadır. Kanun metninde, “ilgili mevzuatında değişiklik yapılınca kadar” şeklindeki bir ibarenin bulunması memurluk güvencesi ile bağdaşmadığı düşüncesindeyiz.

23- 5489 sayılı Kanun’un geçici 4. maddesinin 2. fıkrasında kamu görevlilerinin emekli ikramiyelerinin kamu görevlisinin son defa çalıştığı kurumca ödeneceğine dair düzenleme mevcut uygulamanın aksi yönünde bir düzenlemedir. Kamu görevlisinin ikramiyelerinin ödenmesinde herhangi bir sorun yaşanmaması için ikramiyelerin kazanılmış hakların gereği olarak sosyal güvenlik kurumu tarafından ödenmesine devam edilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

24- 5489 sayılı Kanun’da halen çalışan tüm sigortalılar açısından kazanılmış haklarının korunacağına dair herhangi bir hüküm bulunmamaktadır. Anayasa Mahkemesi’nin kazanılmış haklarla ilgili tanımlamalarına baktığımızda, böylesi bir düzenlemenin yapılmış olması gerektiği kanaatindeyiz.

4-27 Mart-1 Nisan 2006 Tarihleri Arasında Kurumlarımızca Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı’na İlişkin Yapılan Referandum Sonuçları ve Değerlendirmesi

Kişilerin özgürlük alanında doğrudan etkiler yaratacak olan, toplumun tüm kesimlerinin bugününü ve geleceğini ilgilendiren Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasa Tasarısı üzerinde toplumsal bir görüş birliği bulunmamaktadır. TBMM’nde yer alan ve almayan birçok siyasi parti tarafından eleştirilen, ayrıca sendikalar, meslek ve sivil toplum örgütleri tarafından karşı çıkılan bu yasa tasarısı üzerinde Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile TBMM komisyonlarında yapılan tartışmalar sonucunda da bir uzlaşma sağlanamamıştır. Oysa bu tasarı metninin gerektiği biçimde tartışılarak ve çoğulculuk esasına göre toplumdaki çeşitli kesimlerin katılımını sağlayacak biçimde kaleme alınması gerekir.

Bu türden bir uzlaşma arayışının demokratik toplumlardaki en önemli hukuki araçlarından biri halkoylamasıdır. Sayın Başbakan ve Sayın TBMM Başkanı'na yazılı olarak iletilen "bu yasa tasarısının **referanduma** götürülmesi gerektiği" yönündeki talebe olumlu bir yanıt verilmemesi üzerine, Türk Tabipleri Birliği, Devrimci İşçi Sendikaları Konfederasyonu ve Kamu Emekçileri Sendikaları Konfederasyonu'nun ortak çağrısı ile 27 Mart – 1 Nisan 2006 tarihleri arasında "**Referandum2006**" gerçekleştirilmiştir. Tümöyle gönüllü kuruluşların, tüm resmi engellemelere karşın bir zorunluluk olmaksızın görev yaptığı, halkın da bir zorunluluk olmaksızın katıldığı bu referandumda, **2.241.738** gerçek kişi oy kullanmıştır. Kullanılan oyların % **99.4**'ünü **HAYIR** oyları oluşturmuştur:

REFERANDUM2006 SONUÇLARI (TÜRKİYE GENELİ)

	KULLANILAN TOPLAM OY	HAYIR OYLARI TOPLAMI	HAYIR OYLARI %	EVET OYLARI TOPLAMI	EVET OYLARI %	TOPLAM SANDIK SAYISI
SANDIKLARDA YAPILAN OYLAMA SONUCU	1,976,885	1,968,363	99.6%	8,522	0.4%	2,892
INTERNET ÜZERİNDEN YAPILAN OYLAMA SONUCU	264,853	260,229	98.3%	4,624	1.7%	
	2,241,738	2,228,592	99.4%	13,146	0.6%	

Basın yayın organları yoluyla duyurulan bu sonuçlar, TBMM Başkanı, TBMM Bütçe ve Plan Komisyonu üyeleriyle, tüm milletvekiline de iletilmiştir. Ancak, böylesine yüksek katılımlı bir sivil halkoylaması sonucunda halkın büyük bir çoğunluğunun karşı çıktığını oylarıyla bildirdiği "**Referandum2006**" sonuçları da iktidar partisi tarafından gözardı edilerek yasa tasarısının TBMM'deki görüşmelerine başlanmıştır. Bununla da yetinilmeyerek, böylesine geniş toplum kesimlerini çok yakından ilgilendiren bu yasa tasarısı, tüm karşı çıkmalara karşın TBMM Genel Kurulu'nda "temel yasa" olarak, yeterince tartışılmadan görüşülmüş ve ana muhalefet partisnin terkettiği bir oturum sonunda iktidar partisnin oylarıyla onaylanmıştır.

Oysa, sivil toplumun demokratik çağrısı üzerine gerçekleştirilen "**Referandum2006**"nın sonucunda ortaya çıkan halk iradesine aykırı düzenlemeler yapılması, TBMM'nin sözkonusu tasarımı halkoylaması sonucu ışığında görüşmemiş

olmasının yanısıra ana muhalefet partisinin Genel Kurul görüşmelerinde yer almamış olması ciddi bir “demokratik meşruiyet” sonucunu doğurmaktadır(**).

(**) http://www.egitimsen.org.tr/down/gss_cumhurbaskanligi.do

Ek:3

İzmir Tabib Odasının Aile Hekimliği İle İlgili Yasal Düzenlemelere Karşı Açtığı Davalar

1-Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun :

Aile Hekimliği projesinin dayanağını oluşturan bu yasanın Anayasa' ya aykırılık taşıması nedeniyle, İzmir ilinin pilot il olarak belirlenmesine ilişkin Sağlık Bakanlığı' nın 16.02.2006 gün ve 1538 sayılı yazısı ve yasanın Anayasaya aykırılığı nedeniyle ile iptali için Anayasa Mahkemesine başvurulması istemiyle 17.04.2006 tarihinde Danıştay' da dava açıldı.

2-“Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik” ve eki “Aile Hekimliği Uygulamasında Atama ve Nakille İlgili Usul ve Esaslar” :

Aile hekiminin görevlerini, çalışma saatlerini, izinlerini, işyerinin fiziki ve teknik şartlarını, atanmasını, atanmada öncelik sıralamasını, eğitimcilerin puanlarını düzenleyen bu yönetmeliğin yürütmesinin durdurulması ve iptali için Danıştay' da 17.04.2006 tarihinde dava açıldı.

3-“Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik” :

Aile Hekimliği uygulaması çerçevesinde yapılacak sözleşme esaslarını, aile hekimine yapılacak ödemeleri, aile hekiminden yapılacak kesintileri, sözleşmenin fesih ve sona erme koşullarını düzenleyen bu yönetmeliğin yürütmesinin durdurulması ve iptali için 17.04.2006 tarihinde dava açıldı. Bu davamız Danıştay 11. Dairesi 2006 / 8345 E. Sayılı dosyasında görülmektedir. Bu davada, yönetmeliğin iptali ile dayanağı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanunun iptali için Anayasa Mahkemesine başvurulması istemi vardır.

4-“Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair 05.12.2006 tarihli Yönetmelik :

Verdikleri eğitim başına eğitimcilere çok yüksek hizmet puanları verilmesini; yerleştirme için yeterli müracaat olmadığı takdirde kamu görevlisi olmayan hekimlerin aile hekimliği yapmasını; aile hekimliği kadroları dolmadığı takdirde geçici görevlendirme ile görevlendirmeyi; başka illerden hekimlerin pilot ilde kadroları ile birlikte aile hekimi olarak görevlendirilmesini düzenleyen yönetmeliğin yürütmesinin durdurulması ve iptali için 04.02.2007 tarihinde Danıştay' da dava açıldı. Bu dava Danıştay 5. Dairesi 2007 / 1041 E. Sayılı dosyasında devam etmektedir.

5-İzmir İli Aile Hekimliği Yerleştirme ve Görevlendirme Yönergesi;

İzmir ilinde Aile hekimlerinin yerleştirilmesini ve görevlendirilmesini düzenleyen yönetmenin iptali için 19.03.2006 tarihinde İzmir İdare Mahkemesinde dava açıldı. Hizmet puanlarına ilişkin SB tarafından tespit edilen takvime aykırı olarak tespit edilen puanlara göre yapılan yerleştirmenin, yerleştirme takviminin, aile hekimliği eğitimi almayan hekimlerin geçici görevlendirilebileceğine ilişkin maddelerin yürütmesinin durdurulması ve iptali için açılan davanın İzmir 2. idare Mahkemesi 2007 / 469 E. Sayılı dosyasında devam etmektedir.

6-“Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair 24.03.2007 tarihli Yönetmelik’ in iptali için 28.03.2007 tarihinde Danıştay’ da dava açıldı.

Aile Hekimliği sözleşmesini imzalayan kamu görevlisi hekimlerin aile hekimliğinden vazgeçmesi sonucu kadrolarına geriye dönmeleri halinde, daha sonraki işlemlerinde atama nakil mevzuatına tabi olacağı ve bu nedenle il dışı atamalarla karşı karşıya kalmasına sebep olacak maddenin, yerleştirmelerde aile hekimliği eğitici eğitimi verenlerin yüksek puanlar almasını düzenleyen maddenin, kamu görevlisi olmayan hekimlerin aile hekimi olarak görevlendirilmesini ve kamuda geçmeyen sürelerinin hizmet puanı hesaplamasında dikkate alınmasını düzenleyen maddenin, il dışından hekimlerin aile hekimi olarak görevlendirilmesini ve kadrosunun pilot ile alınmasını düzenleyen maddenin iptali için dava açıldı. Danıştay’ da açılan bu davanın ilk ara kararı gelmediği için dosya numarası bilinmemektedir.

7-İzmir İli Aile Hekimliği Yerleştirme ve Görevlendirme Yönergesinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönergenin iptali için 28.03.2007 tarihinde İzmir İdare Mahkemesinde dava açıldı.

Bu dava İzmir 3. İdare Mahkemesi 2007 / 587 E. sayılı dosyasında görülmektedir.

8-İzmir’ deki Toplum Sağlığı Merkezleri sayısının 47’ den 36’ ya düşürülmesini düzenleyen Sağlık Bakanlığı işleminin yürütmesinin durdurulması ve iptali için 26.04.2007 tarihinde dava açıldı.

Ankara İdare Mahkemesinde açılan bu dava ilk ara kararı gelmediği için dosya numarası bilinmemektedir.

9-Aile hekimliği eğitimi olmayan işyeri hekimlerinin reçete yazma ve iki güne kadar rapor verme yetkisini kaldıran 19.03.2007 tarihli SSK genelgesinin iptali için Danıştay’ da dava açıldı.

Danıştay’ da açılan davanın ilk ara kararı gelmediği için dosya numarası bilinmemektedir(***)).

(***) <http://www.izmirtabip.org.tr/default.asp?mid=1117> 29.6.2007