



**T.C
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
MALİYE ANA BİLİM DALI**

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖZELLEŞTİRME VE ISPARTA
İLİ ÜZERİNDE BİR ARAŞTIRMA**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

M. MURAT AKBELEN

Tez Danışmanı: Yrd. Doç.Dr. Ali YAVUZ

ISPARTA, 2007

T.C
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRLÜĞÜ

TEZ SAVUNMASI ve SÖZLÜ SINAV TUTANAĞI

Gönderen : Maliye EABD Başkanlığı

Gönderilen : Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü

Enstitü Anabilim Dalımız YÜKSEK LİSANS / ~~DOKTORA~~ Programı öğrencisi
..... Mehmet Murat AKBELLEN tez çalışmalarını sonuçlandırmış ve
kurulan jüri önünde tezini savunmuştur. Sınav tutanağı aşağıdadır.
Tez Adı Değişikliği YAPILDI / ~~YAPILMADI~~

Tarih

Yrd. Doç. Dr. Ali YAVUZ
Enstitü Anabilim Dalı Başkanı

SINAV TUTANAĞI:

Jürimiz Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 25./39. maddesi uyarınca 05.10.2007 Cuma
günü saat 14.00'de toplanmış ve yukarıda adı geçen öğrencinin Sağlık Hizmetlerinde
Belleştirme ve İsparta İli Üzerine Bir Araştırma
konulu tezini incelemiş ve yapılan sözlü sınav sonunda OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞU ile aşağıdaki kararı
almıştır.

☒ KABUL

☐ RED

☐ DÜZELTME

Tez Sınavı Jürisi	Ünvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan	Yrd. Doç. Dr. Hüsnü EROĞLU	
Üye	Yrd. Doç. Dr. İ. Atilla ACAR	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Ali YAVUZ	
Üye		
Üye		

Yukarıda adı geçen öğrenci Sınav Tutanağı'nda belirtildiği üzere mezun olmaya **HAK KAZANMIŞTIR / KAZANMAMIŞTIR.**

Gereğini rica ederim.

ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI :

Tarih:

Karar No:

Enstitü Müdürü

MADDE-25 Tez Sınavının tamamlanmasından sonra Jüri tez hakkında salt çoğunlukla "KABUL", "RED", veya "DÜZELTME" kararı verir. Bu karar, Enstitü Anabilim Dalı Başkanlığınca tez sınavını izleyen üç gün içinde ilgili Enstitüye tutanakla bildirilir. Tezi reddedilen öğrencinin Enstitü ile ilişkisi kesilir. Tezi hakkında düzeltme kararı verilen öğrenci en geç üç ay içinde gereğini yaparak tezini aynı jüri önünde yeniden savunur. Bu savunma sonunda da tezi kabul edilmeyen öğrencinin Enstitü ile ilişkisi kesilir. Düzeltme alan öğrenci bir sonraki dönemde kayıt yaptırmak zorundadır.

Madde-39 Tez Sınavının tamamlanmasından sonra Jüri tez hakkında salt çoğunlukla "KABUL", "RET" veya "DÜZELTME" kararı verir. Bu karar, Anabilim Dalı Başkanlığınca tez sınavını izleyen üç gün içinde ilgili Enstitüye tutanakla bildirilir. Tezi reddedilen öğrencinin Yüksek Öğretim Kurumu ile ilişkisi kesilir. Tezi hakkında düzeltme kararı verilen öğrenci en geç altı ay içinde gereğini yaparak tezini aynı jüri önünde yeniden savunur. Bu savunma sonunda da tez kabul edilmeyen öğrencinin Enstitü ile ilişkisi kesilir.

ÖZET

SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖZELLEŞTİRME VE ISPARTA İLİ ÜZERİNDE BİR ARAŞTIRMA

Mehmet Murat AKBELEN

Süleyman Demirel Üniversitesi, Maliye Bölümü

Yüksek Lisans Tezi, 197 sayfa, Ekim 2007

Danışman : Yrd. Doç. Dr. Ali YAVUZ

Bu tezin amacı, Türkiye'de 1980'li yıllardan itibaren yapılanmaya başlamış olan "Sağlık hizmetlerinde özelleştirme uygulamalarının yaygınlaştırılmasının, ülkemize fayda sağlayıp sağlamayacağının araştırılmasıdır. Bu konuyu incelerken özellikle ülkemizin gelişmişlik durumu, gelir dağılımındaki farklılıklar, IMF, DB gibi uluslararası kuruluşların bu konu üzerindeki baskıları gibi faktörler inceleme konularına dahil edilmiştir. Konu olarak çalışmamda, özelleştirme ile ilgili temel kavramlar, sağlık hizmeti ve sunumu, toplumun sağlıkla ilgili hakları, Türkiye'de sağlık hizmetleri uygulaması, sağlık harcamaları, sosyal güvenlik kuruluşlarınca yapılan sağlık yardımları, genel sağlık sigortası çalışmaları ve sağlık hizmetlerinde özelleştirme uygulamaları ele alınmış ve her bölümde bu konuların sağlık hizmetlerinde özelleştirmeye etkileri irdelenmiştir. Son bölümde ise Isparta ilinde, devlet hastanesi, üniversite hastanesi ve özel hastanelerde görev yapan sağlık çalışanları ve hizmet alan hastalar üzerinde bir anket araştırması yapılmış, bu çalışmamızda öne sürdüğümüz hipotezlerin, sağlık çalışanları ve hastalar tarafından ne derecede desteklenip, desteklenmediğinin ortaya konması amaçlanmıştır.

Yaptığımız incelemeler ve Isparta ilindeki araştırma çalışmaları, ülkemizde sağlık hizmetlerinin devlet tarafından sunulmasının sağlayacağı faydalarının önemli boyutta olduğunu, özelleştirme uygulamalarının yaygınlaştırılması durumunda ise beklenen bazı faydalarının yanında bir çok olumsuzlukların da meydana gelebileceğini göstermiştir.

Sonuç olarak sağlık hizmetlerinin devlet tarafından sunulmasının ülkemiz için faydalı olacağı fakat sağlık hizmetlerini destekleyen, temizlik ve yemek gibi faaliyetlerin ihale veya sözleşme yoluyla özel sektöre yaptırılmasının en uygun yöntem olacağı kanaatine varılmıştır.

Anahtar Kelimeler : Sağlık hizmetlerinde zelleştirme, sağlık harcamaları, sağlık hakkı, sosyal güvenlik.

ABSTRACT

PRIVATIZATION OF HEALTH SERVICE AND A SURVEY ON ISPARTA

Mehmet Murat AKBELEN

Süleyman Demirel University, Department of Public Finance

Master Thesis, 197 pages, October 2007

Adviser: Asst. Prof. Dr. Ali YAVUZ.

The object of this thesis is to research the advantage and disadvantage of health service privatization and its expansion after 1980 in Turkey. Especially, Turkey's development level, inequality in Turkey's national income and international institutions such as IMF and World Bank's function and pressure on this subject were paid attention in my thesis.

This study includes main concepts and methods of privatization, health service, people's health rights, practices and applications of health service, expenditure of health service, social welfare, social security institutions, health insurance and its application and different types of health service privatization in Turkey. In the last chapter, a public survey on employees and patients in the state hospitals, university hospitals and private hospitals in Isparta is presented. The main purpose of this survey is to expose how this research's hypotheses are supported by the employees and patients.

The conclusion of my research and the public survey expose the importance of serving the health service by the state institutions and also main disadvantages of privatization and its expansion in health service.

As a result, it brings benefits and advantages to the people when the health service is served by the state institutions but on the otherside the services which back up the health services such as catering, should be served by the private sector by the method of adjudication or contract method.

Key Words : Privatization in health service, health expenditure, health rights, social security.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
İÇİNDEKİLER.....	v
KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
TABLolar DİZİNİ.....	x
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

TEMEL KAVRAMLAR VE TANIMLAR

1.1 Kamu hizmeti ve Kamu ekonomisi.....	3
1.2 Kamusal Alanın Özel Alan Karşısında Zayıflaması, Bireysel yararın Kamu Yararı Karşısında Yeniden Yükselişi.....	5
1.3 Kamu hizmetleri ve özelleştirme.....	11
1.3.1 Dünya ülkelerini özelleştirme uygulamalarına iten nedenler.....	12
1.3.2 Özelleştirmenin amaçları.....	14
1.3.3 Özelleştirme uygulamalarına geçişte uluslar arası boyut.....	15
1.3.4 Özelleştirme yöntemleri.....	16
1.3.4.1 Direkt satış yöntemleri.....	16
1.3.4.2 Pay Senetlerinin Satışı Yöntemi.....	17
1.3.5 Özelleştirme Benzeri Uygulamalar.....	18
1.3.5.1 Finansal Kiralama Yöntemi (Leasing Method).....	18
1.3.5.2 Kamu-Özel Sektör Ortaklığı Yöntemi (Joint Venture Method).....	18
1.3.5.3 Yönetim Devri Yöntemi (Management Contract Method).....	19
1.3.5.4 İhale Yöntemi (Contracting Out Method).....	19
1.3.5.5 İmtiyaz Devri Yöntemi (Franchising Method).....	20
1.3.5.6 Yasal Düzenleme(Kurumsal Serbestleşme)Yöntemi (Deregulation Method).....	20
1.3.5.7 Yardım (Voucher).....	20
1.4 Sağlık hizmeti ve sunumu.....	21
1.4.1 Sağlık hizmetlerinin tanımlanması.....	25
1.4.2 Cumhuriyet döneminde sağlık hizmetlerinin gelişimi.....	26
1.4.3 Sağlık hizmetlerinin özellikleri.....	28
1.4.4 Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması.....	29
1.4.4.1 Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	29
1.4.4.2 Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	30
1.4.4.3 Rehabilitasyon Hizmetleri.....	33
1.5 Toplumun Sağlıkla İlgili Hakları.....	33
1.5.1 Hasta Hakları.....	33
1.5.2 Sağlık Hakkı ve Yaşam Hakkı.....	38

Kısaltmalar Dizini	
AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AÇS	Ana Çocuk Sağlığı
BAĞKUR	Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
BÖH	Bebek Ölüm Hızı
DB	Dünya Bankası
Doç.	Doçent
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
Dr.	Doktor
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DTÖ	Dünya Ticaret Örgütü
EBK	Et Balık Kurumu
GATS	Hizmet Sözleşmeleri Genel Anlaşması
GSMH	Gayri Safi Milli Hasıla
GSS	Genel Sağlık Sigortası
GSYH	Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
IMF	Uluslararası Para Fonu
KHK	Kanun Hükmünde Kararname
KİT	Kamu İktisadi Teşebbüsleri
MSB	Millî Savunma Bakanlığı
NHS	Ulusal Sağlık Servisi (National Health Service)

OECD	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilâtı (Organization for Economic Cooperation and Development)
Prof.	Profesör
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TİSK	Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu
TÜSİAD	Türkiye Sanayici ve İş Adamları Derneği
WHO	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
Yrd. Doç.	Yardımcı Doçent
Yay.	Yayın
YDD	Yeni Dünya Düzeni

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1.1	Geleneksel ve Çağdaş Sağlık Anlayışı Karşılaştırması.....	25
Tablo 1.2	Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	31
Tablo 1.3	Sağlık Göstergelerindeki Gelişmeler.....	32
Tablo 2.1	Türkiye’de Sağlık Sektöründe Yer Alan Kurum ve Kuruluşların İşlevlerine Göre Sınıflandırılması.....	47
Tablo 2.2	Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı.....	50
Tablo 2.3	Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı.....	51
Tablo 2.4	Çeşitli OECD Ülkelerindeki Sağlık Harcamaları ve Temel Sağlık Göstergeleri.....	53
Tablo 2.5	Genel Katma Bütçe İçerisinde Sağlık Harcamaları.....	53
Tablo 2.6	Toplam Sağlık Harcamaları.....	59
Tablo 2.7	Temel Kaynaklar Açısından Sağlık Harcamaları (% Olarak)....	60
Tablo 2.8	Temel Kullanıcılar Açısından Sağlık Harcamaları (% Olarak)...	60
Tablo 2.9	Sağlık Sektöründe Sabit Sermaye Yatırımlarının Payları.....	61
Tablo 2.10	Sosyal Güvenlik Kapsamında Bulunan Nüfus Gruplarının 2001 Yılı İtibarıyla Sosyal Güvenlik Kuruluşlarına Göre Dağılımı.....	65
Tablo 2.11	Türkiye Sosyal Güvenlik Kurumları ve Bu Kurumların Hizmetlerinden Faydalananlar Tablosu.....	66
Tablo 2.12	Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık Harcamaları Tablosu.....	67
Tablo 2.13	BAĞ-KUR Sağlık Harcamaları Dağılım Tablosu.....	68
Tablo 2.14	Emekli Sandığı Sağlık Harcamaları Tablosu.....	68
Tablo 3.1	Yeni Kamu Yönetiminin Sağlık Sektörüne Yansımaları.....	99
Tablo 3.2	Vatandaşın Kamu hizmetlerinin Kamu veya Özel sektörde sunulması hakkında görüşleri.....	120
Tablo 3.3	Özel Sağlık Harcamaları ve Gelişimi Özel Sağlık Harcaması....	123
Tablo 3.4	Özel Sağlık Sigorta Şirketleri ve Sigortalı Kişi Sayısı.....	124
Tablo 3.5	Özel Sağlık Sigortacılığının Prim Üretimi.....	125
Tablo 3.6	Türkiye’de Hekimlerin Özel ve Kamu Çalışma Tarzlarına Göre Dağılımı.....	126
Tablo 3.7	Hastanelerin sayısı ve yatak kapasitesi (2001).....	133
Tablo 3.8	Sağlık Göstergeleri.....	133
Tablo 4.1	Sağlık Çalışanlarının Cinsiyet durumu.....	137
Tablo 4.2	Sağlık Çalışanlarının Görevleri.....	138
Tablo 4.3	Sağlık Çalışanlarının Çalışma Şekli	138
Tablo 4.4	Sağlık Çalışanlarının Eğitim Durumu.....	138
Tablo 4.5	Sağlıkta özelleştirmenin Tıp Eğitimi kalitesine etkileri (Frekans testi).....	139
Tablo 4.6	Sağlıkta özelleştirmenin Tıp Eğitimi kalitesine etkileri (t testi)....	140
Tablo 4.7	Sağlıkta özelleştirmenin sağlık çalışanları gelirlerine etkileri (Frekans testi).....	140
Tablo 4.8	Sağlıkta özelleştirmenin sağlık çalışanları gelirlerine etkileri (t testi).....	141

GİRİŞ

Herkesin üzerinde anlaştığı tek ve kesin tanımı bulunmayan özelleştirme, ekonomi bilimi açısından en geniş kapsamda “devletin ekonomik faaliyetlerinin azaltılması ya da tümüyle ortadan kaldırılması”dır. Dar kapsamda ise “devlet tekelindeki KİT’lerin mülkiyetinin özel kesime devredilmesi”dir¹.

Özelleştirme ilk olarak 1979 yılında İngiltere’de Muhafazakar Partinin seçim programında yer almış, ilk özelleştirme uygulamaları da (Şili uygulaması hariç tutulacak olursa) yine İngiltere’de Muhafazakar Parti döneminde gerçekleştirilmiştir. Daha sonra 1980’de ABD’de devlet başkanı Ronald Reagan tarafından, uygulama dünyaya ihraç edilir hale gelmiştir.

Günümüzde yaygın politika ve uygulamalardan biri olan özelleştirme en geniş anlamıyla, özel kesimin kamu kesimi aleyhine alan kazanması, diğer bir ifadeyle kamusal karar ve tercihler alanı içine özel karar ve tercihlerin nüfuz etmesidir. Serbest piyasa yaklaşımının nihai demokrasi olarak tanımlandığı günümüzde özelleştirme, bütün dünyada küresel bir politika haline gelmiştir. Özelleştirme serbest piyasa ekonomisinin vazgeçilmez bir gereği olarak kabul edilmektedir².

Özelleştirmenin anlamını irdelediğimizde çok basit anlamda herkese, topluma ait olan bir şeyin mülkiyetinin veya kullanımının birisine ya da herhangi bir şirkete devredilmesi aklımıza gelebilir. Bu çalışmamızda biz, özelleştirmenin bu kadar basit bir anlam altında tarif edilmeyeceğini, özellikle, dışsallıklar, devletin sorumlulukları, bölgesel farklılıklar ve alt yapının hazır olması gibi faktörlerin çok iyi değerlendirilmesi gereği üzerinde duracağız.

1970’li yıllarda yaşanan krize çözüm olarak ortaya çıkan liberal politikaların, devletin ekonomideki yerinin küçültülmesini hedefleyen programlarının özünü, kamu mülkiyetinde bulunan kuruluşların özelleştirilmesi oluşturmuştur. Bu çerçevede özelleştirme, 1980’li yıllardan itibaren gelişmişlik derecelerine bağlı olmaksızın, 60’dan fazla ülkede

¹ Hulki CEVİZOĞLU, *Özelleştirme*, Beyaz yayınları, İstanbul, 1998, s.9

² Fevzi DEVRİM, *Özelleştirme sempozyumu*, MANİSA 1994

uygulanmış, IMF ve Dünya Bankası kredi verme koşullarını, ülkede piyasa ekonomisi kurallarının geçerli olması için gerekli idari düzenlemelerin yapılmasına, kamu girişimciliğinin alanının daraltılmasına yönelik önlemlerin uygulamaya konulmasına bağlamışlardır.

Günümüzde sağlık hizmetlerinde etkinliğin sağlanması konusunda rekabetin önemi vurgulanmaktadır. Rekabet ortamının sağlanabilmesi için sağlıkta kamunun ağırlığının azaltılması ve özelleştirme uygulamalarının geliştirilmesi tezi savunulmaktadır. Sağlıkta özelleştirme sağlık hizmetlerinin özel kuruluşlar tarafından yürütülmesi, sözleşme, taşeronlaşma, performans değerlendirme uygulamaları şeklinde görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin etkinliği arttırmak maksadıyla özelleştirme uygulamalarına gidilmesine karar vermeden önce; sağlık hizmetinin toplumun bütün kesimlerine, farklı gelir gruplarına yeterli bir şekilde verilip verilemeyeceğini, hizmet maliyetinin, şahısların ve devletin harcamalarında hangi yönde değişiklikler yapacağını, meydana gelebilecek olumlu ve olumsuz dışsallıkların çok dikkatli bir şekilde incelenmesi gerekmektedir. Özelleştirmeler sonrasında hizmet kalitesi ve sağlık çalışanlarının niteliklerinin nasıl bir düzeyde olacağı, üzerinde önemle durulması gereken hususlardır.

Çalışmanın amacı, gelir dağılımındaki dengesizlikleri, Kent ve Kırsal alandaki yaşam şartlarındaki farklılıkların etkilerini de göz önünde bulundurularak sağlık alanındaki özelleştirmenin ülke için faydalı olup olmayacağını ortaya koymaktır. Çalışma neticesinde en doğru karara varabilmek için konu üzerinde bu güne kadar yapılmış olan incelemeler değerlendirilmiş, özelleştirme uygulamalarının yoğun bir şekilde yaşandığı ülkelerde sağlık hizmetlerindeki uygulamaları incelenmiş ve Isparta Devlet Hastanesi ile Üniversite Hastanesinde hastalar ve hastane çalışanları üzerinde anket uygulamaları yapılmıştır. Anket (tabakalı, katmanlı) örneklem tekniği kullanılarak uygulanmış, elde edilen sonuçlar istatistiksel tekniklerle çözümlenmiş ve yorumlanmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

TEMEL KAVRAMLAR VE TANIMLAR

1-1 Kamu Hizmeti ve Kamu Ekonomisi

Kamu ekonomisi, devletin bütün ekonomik faaliyetlerinin, kurum ve kuruluşlarının içinde yer aldığı bir ekonomik alandır. Kamu ekonomisinin nispi büyüklüğü ülkeden ülkeye değişiklikler gösterebildiği gibi, ülkelerde zaman içerisinde de bazı değişiklikler gösterebilir.

Toplumu meydana getiren bireylerin özel ve toplumsal ihtiyaçları vardır. Toplumun iç ve dış güvenliğinin sağlanması, adalet ve benzeri toplumsal ihtiyaçlar için üretilen mal ve hizmetler kamu kesimi tarafından yerine getirilir. Toplumsal malların finansmanı devletin kişilerden aldığı vergiler ve diğer kamu gelirleridir. Kamu ekonomisinde üretim miktarı, toplumsal ihtiyaçları göz önüne alarak, siyasi otoritenin verdiği kararlar üzerine belirlenir. Kamu mallarından ne kadar üretileceği kişilerin taleplerine göre değil, devlet bütçesi ile belirlenir³.

Beşeri ihtiyaçlar, tümüyle kamusal veya kolektif niteliktedir. Bu tür ihtiyaçların kıt kaynaklar arasından seçilmesi ve karşılanması, tamamen farklı bir süreç içerisinde gerçekleşmektedir. Süreç içinde meydana gelen bu faaliyetlere kamusal faaliyetler, ekonomik mübadelenin gerçekleştiği bu ortama kamu kesimi veya kamu sektörü ve piyasa anlamında da bu kesime, kamu kesimi ekonomisi ya da sadece kamu ekonomisi denilmektedir⁴

Kamusal mallar kavramını bugünkü anlamda ilk defa kullanan Amerikalı iktisatçı Paul. A. Samuelson'dur. Samuelson makalelerinde özel mallarla kamusal mallar arasındaki ilişkiyi bölünebilirlik açısından ele almıştır. Samuelson bölünebilirliğe örnek olarak ekmeği göstermiştir. Ekmeğin faydasının kişiler arasında bölünebileceğini belirtmiş ve bunu da matematiksel olarak;

$$X_1 = X'_1 + X' \text{ şeklinde formülize etmiştir.}$$

³Osman Pehlivan, Kamu Maliyesi, Derya kitapevi, Trabzon2005,s.35,36

⁴ Fevzi DEVRİM, **Kamu Maliyesine Giriş**, Anadolu matbaacılık, İzmir 1999, s.36

Samuelson kamusal mala örnek olarak ise milli savunma hizmetleri ve açık hava sirkini göstermiştir. Bu tür mallar bireyler arasında bölünemez ve bireyler bu mallardan ortak yararlanırlar. Samuelson kamusal mal ve hizmet sunumunu ise;

$$X_2 = X_2^1 = X_2^2 \text{ şeklinde matematiksel olarak ifade etmiştir}^5.$$

Kamu faaliyetlerinin gelişmesi nüfus artışı ile doğru orantılı olarak devamlılık göstermekle birlikte, birinci ve ikinci dünya savaşlarıyla ortaya çıkan gelişmeler ve 1929-1930 ekonomik buhranlarından sonra ülke ekonomilerinde meydana gelen büyük krizler sonrasında başlamıştır⁶.

Klasik iktisatçıların serbest piyasa görüşleri, 1929 yılındaki Büyük Buhran ile birlikte, büyük krizi aşmaya yeterli olmadı. Daha sonra Keynes'in geliştirdiği, "serbest piyasa modeline devletin müdahale etmesi", krizden çıkışı kolaylaştırdı. Bunun sonucunda, Klasik iktisat uygulamalarına tüm dünyada yavaş yavaş son verilerek Keynesyen iktisada (refah devleti) geçiş başlamıştır. Keynesyen sosyal devletin temel görevleri elindeki para ve maliye politikası araçları ile ekonomide kaynak kullanımında etkinliği sağlamak, ekonomide iç ve dış dengeyi sağlamak ve gelir dağılımındaki eşitsizlikleri gidermektir. Dünya ekonomisi müdahaleci liberalizm anlayışıyla krizden çıkmış ve 1970'lerin ortasına kadar rahat bir dönem geçirmiştir. 1945 -1970 arasındaki süreç kapitalizmin "altın çağı"⁷ olarak da nitelendirilir. Keynes ekonomik alanındaki tarafsızlık politikasını eleştirerek devletin ekonomiye müdahale etmesini savunmuştur. Keynes, ekonomide yapısal önemli bir aksaklığın var olduğunu ve bu aksaklığı piyasa ekonomisinin gideremeyeceğini ortaya koymuştur. Keynes'e göre klasiklerin savundukları Bırakınız yapsınlar anlayışı kabul edilemez bir politikadır. Kendi koşulları içinde her devletin bilimsel temellerle oluşturulmuş bir ekonomik politikaya sahip olması gereklidir. Keynes devletin yapacağı işleri şu şekilde açıklamıştır. Devlet yapacağı işleri, özel sektörden biraz daha iyi veya biraz

⁵ Coşkun Can AKTAN, **Kamu Ekonomisi ve Kamu Maliyesi**, Anadolu matbaacılık, İzmir 2005, s.23

⁶ Fevzi DEVRİM, a.g.e, s.122

⁴Erinç YELDAN, "Neoliberal Küreselleşme İdeolojisinin Kalkınma Söylemi ÜzerineDeğerlendirmeler", **Praksis**, 7.Sayı,(2002 Güz), s.2

daha kötü yapabilir düşüncesi ile yapmamalıdır. Fakat devlet her ne sebeple olursa olsun piyasanın yapamayacağı işleri yapmalıdır⁸.

1-2 Kamusal Alanın Özel Alan Karşısında Zayıflaması, Bireysel Yararın Kamu Yararı Karşısında Yeniden Yükselişi

1980li yıllarla birlikte özelleştirme uygulamaları nedeniyle kamusal alanda ciddi boyutlarda daralmalar meydana gelmeye başlamıştır. Kamusal alandaki bu daralma ve hizmet anlayışının piyasa koşullarına doğru yönelmesi hükümetlerin politikalarında kamu yararından çok bireysel yararı kollamalarına sebep olmuştur.

Bu süreci, ekonomide olumlu bir değişim süreci olarak algılamak yanlış olabilir, çünkü bu süreçte kamusal alan dışlanmaya başlamış ve kamunun aleyhine bir anlayış oluşmuştur. Bu süreçte kamusal alan, kendi içinde barındırdığı ikili fonksiyon bakımından önemli ölçüde sekteye uğratılmıştır. Bunlardan birincisi kamusal alanda toplumsallaşma yerine bireyselleşmeye geçişin toplum üzerinde teslimiyetçi bir etki yaratmasıdır. Bunun sonucu, kamunun ortak sorunlar etrafında bütünleştirici etkisinin yavaş yavaş zayıflamaya başlamasıdır. İkincisi ise neoliberal politikalar sonucu, kamu yararı karşısında bireysel yararın yükselişe geçişidir.

Neoliberal politikalar 1980'li yıllardan itibaren daha da belirginleşmiş ve ekonomi politikalarına büyük bir hızla hakim olmaya başlamıştır. Bu politikaların en önemli özelliği;

- Toplumsal bölüşüm düzeninin köklü bir şekilde değişmesi,
- Devletin ekonomiye müdahalesinin radikal bir biçimde değişmesi,
- Bütün ekonomik süreçlerin küreselleşmesinin hız kazanması,

Devletin daha çok alt yapı yatırımları ile uğraşıp ticaret ve sanayi alanından çekilmesi, daha çok denetleyici ve düzenleyici konumda kalması, kamu kesiminin daha da küçülmesini sağlamakta ve aynı zamanda, israf,

⁸ Orhan ŞENER, Kamu Ekonomisi, Beta Basım A.Ş.İstanbul 2006, s.3

yağmacılık ve hırsızlık gibi ortaya çıkan rant kollamacılığının temizlenmesi çerçevesinde düşünülmektedir⁹.

Buna göre tüm sorunun kaynağı kamunun etkili bir şekilde ekonominin içinde olmasıdır. Çözüm olarak ise piyasa mekanizmalarının yaygınlaştırılması ve kamunun ekonomideki rolünün her geçen gün daha da düşürülmesi olarak görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında özelleştirme kamusal mekanizmaların değil, piyasa mekanizmaların sorunlarını gidermek maksadıyla gündeme gelmiştir. Sorunun kaynağı olan, “piyasa mekanizmalarını genişleterek”, sermaye kendi bunalımını çözmeye çalışmaktadır. Bu bakımdan yeni sağ devletin toplumsal arenada ve ekonomik mali alanda yeri olmadığını vurgulamaktadır¹⁰.

Bu başlık altında özellikle, devletin faaliyet alanını daraltmaya yönelik olarak gerçekleştirilen özelleştirme çalışmaları sonucunda kamu hizmetleri anlayışında meydana gelen değişim ve bireysel yararın kamu yararı karşısında yeniden yükselişine vurgu yapılacaktır. Bunu yaparken de öncelikle yeni sağ yaklaşımı kuramcıları ve özellikle kamu tercihi teorisyenlerinin kamu yararına ilişkin görüşlerine başvurulacaktır.

Yeni sağ yaklaşımı temelde, serbest piyasa ekonomisinin rahat işleyebileceği bir ortam ve bu ortamda yetkileri sınırlandırılmış bir devletin varlığını arzulamaktadır. Bu amaca yönelik olarak yeni-sağın gündeminde yedi temel ilkenin bütünleşmesi bulunmaktadır. Bunlar, enflasyonun düşürülmesi, vergilerin indirilmesi, özelleştirme, deregülasyon, kamu sektörünün piyasaya devri, yapısal reform ve bireyci anlayışın yeniden doğuşudur¹¹.

Tüm az gelişmiş ülkelere bir model olarak, 1980’li yıllarda İngiltere’de Thatcher ve Amerika’da Reagan döneminde başlayan neo liberal ekonomi politikaları olan, ”yeni kamu işletmeciliği”, “kamu tercihi teorisi” ve “kurumcu iktisat” gibi kuramlar sunulmaktadır. Devletin ekonomik ve toplumsal alanda etkili olmasının önlenmesi ve kamu yararına bu tür düzenlemeler yapabilecek yönetsel işlevleri de etkisizleştirmek, bu yaklaşımların ortak bileşenidir. Yeni

⁹ Turgut TAN, “İdarede Yeni Ussallık Anlayışı ve Hukuk”,Kamu yönetimi Disiplini,İstanbul,1995,s.42

¹⁰ Birgül Ayman GÜLER, (1996),Yeni Sağ ve Devletin Değişimi, TODAİE, Ankara, s.1-8

¹⁰ Nigel ASFHORD, (1993), The The Ideas of New Right, Der:N.Asfhord and G.Jordan , Public Policy and the Impact of the New Right, London:Pinter Publishers, s.17

¹¹ Nigel ASFHORD, a.g.e,s.19-40

sağ yaklaşımına öncülük eden bazı düşünürler, kamunun temellerini sarsan bu durumu bizzat da ifade etmektedirler.

Hayek “özgürlük yalnızca özgürlük ilkeleri izlenerek korunabilir ve kamu hizmeti yolu izlenerek tahrip edilir” sözleriyle kamusal mekanizmanın tasfiyesini onaylamaktadır¹².

İngiliz Başbakanı Margaret Thatcher üzerinde, 1979–1980 yılları arasındaki dönemde, Hayek’in büyük etkisi olduğu bilinmektedir. Woman’s Own Dergisi’nin Ekim 1987 sayısında Thatcher, yeni liberal dünya görüşünün özünü “Toplumsal diye bir şey yoktur; yalnızca bireyler ve aileler vardır” tümcesiyle ifade etmiştir¹³:

Thatcher’in bu sözleri bireysel yararın kamu yararı karşısında yeniden yükselişini ifade etmektedir. Rahatlıkla anlaşılabilceği gibi “yeni sağ” yaklaşımı kamusal mekanizmanın piyasa şartları ile işlemesini savunmakta ve bunu yapabilmek için de bir takım önerilerde bulunmaktadır. Burada üzerinde en çok durulan konu vergilerin düşürülmesi ve devletin kamu harcamalarını kısmasıdır. Çünkü devlet kamu harcamalarını, topladığı vergilerle yapmaktadır ve vergiler ile sağlanan kamu harcamaları, yeni sağ görüşe göre, adalete değil adaletsizliğe yol açmaktadır. Bu nedenle bazı hizmetlerin piyasa şartları içerisinde yürütülmesi ve vergilerin düşürülmesi gerekmektedir.

Talebi iten gücü, bireysel tercihlerin kolektif tercihleri yaratma etkisi olarak görmekte olan Tullock ve Buchanan, devletin faaliyetlerinden çok bu faaliyetlerin nasıl sınırlanacağına ilişkin yorumlar getirmiş ve kamu hizmetinin nasıl tanımlanacağı üzerinde yoğunlaşmışlardır¹⁴.

“Bireylerin birbirini izleyen dönemler boyunca, bir anayasal aşamada mevcut sistemin yürürlükte kalacağını bilerek üzerinde anlaşabilecekleri vergileme yapısı nedir? Bu soruyu Buchanan, kendi kendine sormaktadır: Vergi yükümlüsü, anayasal tercih işlemine katılması durumunda, kendi

¹² Frederick Von HAYEK,(1996) **Hukuk Yasama ve Özgürlük**, Çev: Atilla Yayla, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları No:331,Cilt:1, Ankara, s.86

¹³ Brendan MARTİN, (1995) **Özelleştirme: Kimin Çıkarına?**, Çev: Osman Ç. Deniztekin, Cep Kitapları:124/Düşün:009, İstanbul, s. 73

¹⁴ David GREEN , The New Right, London: Wheatsheaf Boks,1998, s.94

gelecek durumu hakkında tamamen cehalet perdesi (veil of ignorance) arkasında bulunmaktadır¹⁵. Başlangıçta, kişi neyin kendisine yarar getireceğini bilmemektedir. Kamu hizmetlerinin vergi yoluyla sağlanması bazı kişileri avantajlı hale getirirken, bazılarını ise dezavantajlı hale getirecektir. Kişiler, gelirinin bir kısmını bir başkasının yararının maksimize edilmesi için sarf etmektedir. Bu durum ise adalete yol açması beklenirken adaletsizliğe yol açacaktır. Buchanan'ın bahsettiği cehalet perdesi Rawls'un "The Theory of the Justice" adlı eserinde şöyle tanımlanmaktadır. Rawls'un cehalet perdesinden kastı şudur¹⁶:

Öncelikle tüm bireylerin eşit olduğu bir başlangıç durumu, geleneksel toplumsal sözleşme kuramında doğal duruma denk düşen bir durum varsayar. Böyle bir bağlamda, seçilecek olan adalet ilkelerinin hangilerinin olacağını sorar fakat önce son bir tanımlama yapar: söz konusu ilkeler "bir cehalet perdesi" altından belirlenir.

Hiçbir birey henüz değerlendirme yeteneğinde olmadığı kişisel çıkarları adına seçim mekanizmasını bozma olanağına sahip değildir. Çünkü kişi, o anda ait olduğu toplumsal kuşağı bilemediği gibi kurulacak toplumda yer alacağı konumu da bilemez.

Bu çalışmada Rawls, özgür ve eşit vatandaşların aklını kamunun aklı olarak nitelendirir; konusu da temel siyasal adalet sorunları ile ilgili kamu yararadır diyerek liberal yaklaşımın sivriliklerini yumuşatmaya çalışır. Neoliberal bir bakış açısına sahip Rawls bu durumda kamu tercihi teorisyenlerinden farklı özellik gösterir. Bir başka deyişle Rawls, adalet düşüncesi ile toplumla uzlaşma sağlanmasını isterken bir yandan da liberal ideolojinin hâkim olmasını arzular. Dolayısıyla sosyal adalet mantığı içerisinde bir uzlaşma arayışı içerisinde bulunmaktadır. Rawls adalet düşüncesini, toplumsal malların eşit paylaşımı düşüncesine bağlamış ancak önemli bir ekleme gerçekleştirmiştir. Rawls'a göre, insanlara, bütün eşitsizlikleri ortadan kaldırarak değil, birini dezavantajlı duruma düşüren eşitsizlikleri ortadan kaldırarak eşit davranmış oluruz. Eğer belli bazı

¹⁵ J. M. BUCHANAN, (1979), "Public Choice and Public Finance", in: J.M. Buchanan, **What Should Economists Do? Indianapolis: Liberty Pres**, Çev:Coşkun Can Aktan; www.canaktan.org.tr. (Erişim T: 17-06-2007)

eşitsizlikler herkesin yararına ise, toplumsal açıdan yararlı yetenekleri ve çabayı ortaya çıkarıyorsa, o zaman bunlar herkes için kabul edilebilir olmalıdır. Başlangıçta aldığım eşit payı geliştiriyorlarsa, eşitsizliklere izin vardır; ama faydacılıkta olduğu gibi adil payımı çekip alıyorlarsa yoktur¹⁷. Rawls eşitsizliğin ancak en kötü durumda olanın lehinde bir fayda sağlanabildiği durumlarda bozulabileceğini kabul eder. Rawls'ın düşünceleri sürekli uzlaşmacı bir çizgide olmuştur, bu nedenle de çok ilgi görmüştür. Ancak, Tullock, Friedman, Buchanan gibi diğer kamu tercihi teorisyenleri, Rawls'tan farklı olarak iktisadi yaklaşıma ağırlık vermiş ve sosyal unsurları göz ardı etmişlerdir. Onlara göre, birey kendi yararına olanı seçebilecek rasyonaliteye sahiptir. Bu nedenle bireyin bu seçme özgürlüğünü piyasaya müdahale yöntemleri kısıtlayacaktır. İşte tüm bu düşünceler ışığında devletin etkinliğinin olabildiğince sınırlandırılması gerekmektedir.

Friedman'a göre, refah devleti çerçevesinde yürütülen, dar gelirlilerin konut ihtiyacını karşılama amacıyla kamunun kiralık konut üretme, tarım destekleme fiyatları ya da asgari ücret uygulamaları, yaşlılık ve sağlık sigortası gibi sosyal güvenlik uygulamaları başarısızlıkla sonuçlanmıştır¹⁸

Friedman, eğitim hizmetinin vergilendirme yolu ile değil de piyasa şartlarında fiyatlandırma yolu ile üretilmesini savunmuştur. Fiyatlandırma yolu olarak da kupon sistemi öne sürmüştür. Velilerin vergi yerine okulların belirleyeceği yıllık ücretleri ödeyerek eğitim hizmeti alabileceğini savunmuştur. Friedman'a göre devlet, eğitimi yeterince karşılayamamaktadır. Fakat eğitim, fakir ya da zengin herkesin yararlandığı ve büyük ölçüde dışsalılık yaratan bir hizmettir. Buna rağmen Friedman eğitim faaliyetlerinin özel kuruluşlarca yerine getirilmesinin, hizmetin hem etkinliği artacağını hem de velilerin çocuğunu istediği ve kendi gözetimi ve denetimi altındaki bir okula yerleştirebileceğini savunur. Böylelikle devletin eğitim hizmetinde tek güç olmasının da önüne geçilmiş olacaktır. Friedman, böyle bir durumun adaletsizliğe yol açmayacağını, fakir çocuklar için de ödenek ayrılıp destek verilebileceğini savunur¹⁹.

¹⁷Will KYMLICKA, (2004) **Çağdaş Siyaset Felsefesine Giriş**, Çev: Ebru Kılıç, İstanbul , s.76

¹⁸ Songül Sallan GÜL, **Sosyal Devlet Bitti Yaşasın Piyasalar**, Etik yayınları 2004 İstanbul, s.58

¹⁹David GREEN , a.g.e, s.157

Neo liberal ekonomi anlayışının hâkim olduğu son süreçte, Yeni sağ yaklaşımı içerisinde üzerinde durmamız gereken bir diğer önemli konu, siyasal iradeye yüklenen misyonun yönüdür. Kamu yararını belirleyen güç siyasal iradedir. Siyasal iradenin politika üretirken ve yasama faaliyetinde bulunurken gözükeceği en temel kavram olan kamu yararı, son süreçte yerini kârlılık ve verimliliğe bırakmaktadır. Aslında çoğunluğun oyunu alarak seçilmiş siyasal iradenin temel amacı toplumun yararına yönelik politikaları uygulamaktır. Politikacılara ve bürokratlara son dönemde bir girişimci gözüyle bakılmaktadır.

Yeni liberaller, kamunun serbest piyasa sistemi anlayışı içinde yeniden yapılandırılması durumunda, kamu bürokrasilerinde görülen aşırı bürokratikleşmenin artık olamayacağı ve işlerin verimlilik ilkesine göre yürüyeceğine inanırlar. Newman ise kamu bürokrasisinde karşılaşılan sorunların özel bürokrasilerde de görüldüğünü belirtir. Kamunun geniş kitlelere hizmet sunmasına karşın, özel kuruluşların daha sınırlı sayıdaki gruplara hizmet sundukları ve büyüdükçe de bürokratikleşme olasılıklarının arttığına işaret eder (Newman, 1984:153-154)²⁰.

Refah programlarının bağımlılık yaratması, yeni liberal eleştirilere katılmanın mümkün olmadığı bir diğer konudur. Serbest piyasanın koşulları içinde bir yaşama olanağı bulmayacak olan birey ya da aileler, refah devletine ihtiyaç duymaktadırlar²¹.

Refah devleti anlayışı yeni liberallerin iddialarının aksine, toplumda durumu iyi olanlardan alınan vergilerle zor durumda olanları piyasa sisteminin olumsuz sonuçlarına karşı direnebilme olanaklarını sağlamayı amaçlamıştır. Oysa, bireyin yeterliliğini ve koşullarını göz önüne almadan, yeterliliğini vurgulayan yeni liberal ve muhafazakar yaklaşımlar, genellikle yaratılan aileye, dinsel cemaatlere, geleneksel topluluklara vb. bağımlılıkları göz ardı etmektedirler. Yeni liberaller daha çok bireyin çalışma ahlakının geliştirilmesi, bireye karakter aşılması, ailelerin bağımlılık kültüründen kurtulması, aile içi dayanışmanın artırılması, kendi kaderine kendinin hakim olması, gibi geleneksel, muhafazakar ya da bireyci inançları vurgulamaktadırlar²².

²⁰ Songül Sallan GÜL,a.g.e, s.131

²¹ Songül Sallan GÜL,a.g.e,s.138

²² Songül Sallan GÜL,a.g.e,s.139

1-3 Kamu Hizmetleri ve Özelleştirme

Kapitalist sistem tarafından üretilen dinamikler, 2. Dünya Savaşı sonrası kapitalizme altın çağını yaşatmıştır. Özellikle otomobil ve dayanıklı tüketim malları üzerindeki talep fazlası, üretim sektörünün canlanmasını sağlamıştır. Üretim sektöründeki bu canlanma, gelişmiş ülkelerin rahat bir ekonomiye tekrar kavuşmalarına neden olmuştur. Bu dönemde GSMH, OECD ülkelerinde yılda ortalama % 5 civarında büyümüş ve kişi başına GSMH % 4'e yakın artmıştır. Ayrıca üçüncü Dünya ülkelerindeki üretim OECD ülkelerine kıyasla daha fazla büyüyerek Üçüncü Dünya ülkelerinin en başarılı on beşinde bu rakam % 6 olmuştur²³.

Kapitalizmin altın çağı 1970'li yıllara kadar sürmüştü, fakat bu tarihten sonra ekonomik sistem içinde kapitalizme başarı sağlayan koşullar tersine dönmüş ve sistemin çöküşüne neden olmuştur. Gelişmiş ülkelerde toplam talep azalmaya başlamış, ülke pazarlarının ve şirketlerin karları azalmıştır. Ayrıca refah devleti uygulamaları nedeniyle işçi ücretleri artmış bu da şirket karlarının düşmesine ivme kazandırmıştır. Krizin merkez ülkelere de yayılmasına, petrol fiyatlarındaki hızlı artış neden olmuştur. İşsizlik ve enflasyon sorunları iç içe yaşanmaya başlanmıştır²⁴.

Liberal politikalar, 1970'li yıllarda yaşanan ekonomik sorunlara bir çözüm olarak gündeme gelmiştir. Programların özünü devletin ekonomideki yerinin küçültülmesi ve kamu mülkiyetinde bulunan kuruluşların özelleştirilmesi oluşturulmuştur. Günümüz ölçütlerindeki özelleştirme modelinin doğuşunda, devlet müdahalesini en aza indirmenin para arzını kontrol etmekle mümkün olacağını öne süren **Monetarism** gibi gelişen yeni yaklaşımlar, önemli rol oynamıştır.

Özelleştirme herkes tarafından benimsenmiş tek bir tanımlı olmayan, çeşitli yaklaşımlarla farklı içeriklerle tanımlanan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Her ülkenin ekonomik, sosyal, siyasal yapısına göre biçimlenen,

²³ Fikret ŞENSES, **Kalkınma İktisadi Yükselişi ve Gerilemesi**, 1.Baskı, İstanbul, İletişim Yayınları, 1996, ss.60-61.

²⁴ Bengü ERDEM, “**Neoliberal Ekonomi Politikalarının Eğitim Üzerine Etkileri**”(Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2003), ss.33-35

ekonomik yapıların yeniden yapılandırılması diye tarif edilen özelleştirme bir süreç içinde gerçekleşmektedir.

Özelleştirme, kamu faaliyetlerinin sınırlandırılması, devlete ait olan ekonomik birimlerin mülkiyetinin özel şahıslara veya kurumlara satılması, bir iş veya hizmetin mülkiyetinin kamudan özele geçirilmesi, toplumun özel sektör kurumlarına, devlete olduğundan daha çok dayanması gibi çeşitli şekillerde tarif edilebilir.

Özelleştirmeyi daha ayrıntılı olarak, dar ve geniş anlamda özelleştirme olarak ikili bir ayrıma tabi tutarak açıklayabiliriz.

Dar anlamda özelleştirmeyi, devletin satış ya da benzeri yöntemlerle, sahip oldukları mal varlıklarını veya para ile ölçülebilen kamu kaynaklarını, kişi, özel hukuk tüzel kişilerine veya yerli / yabancı yatırımcılara devri ya da KİT'lerin satışı olarak tanımlayabiliriz.

Geniş anlamda ise, milli ekonominin içinde, kamunun etkinliğinin tümüyle ortadan kaldırılması veya en aza indirilmesine yönelik düzenleme ve uygulamalar bütünü olarak tanımlayabiliriz. Bu kapsamda özelleştirmeyi kamusal veya yarı kamusal mal ve hizmetlerin finansmanı ya da üretiminin özelleştirilmesi, kamunun sahip olduğu ticari veya sınai teşebbüslerin, yönetim, mülkiyet ve denetiminin tamamen veya kısmen özel kuruluş veya kişilere devredilmesi, piyasa mekanizmasının işleyişini kolaylaştırmak maksadıyla her türlü kurumsal ve yasal serbestleşmenin sağlanması ve düzenleme uygulamalarını kapsamaktadır²⁵.

1-3-1 Dünya Ülkelerini Özelleştirme Uygulamalarına Yönlendiren nedenler

1970'li yılların ortalarından itibaren dünya ülkelerini özelleştirme uygulamalarına yönlendiren başlıca nedenler, meydana gelen konjenktürel

²⁵ M. Emin RUHİ, **1982 Anayasası Çerçevesinde Sosyal Devlet ve Özelleştirme**, Nobel yayınları, Ankara 2003, s.100,101

gelişmelere ek olarak aşağıda bahsedilen ekonomik ve siyasi gerekçelerdir. Bunlar²⁶;

- Korumacılık ve sübvansiyon uygulamaları neticesinde, artan kamu sektörü borçlanma ihtiyacına kaynak yaratılamaması,
- Kronikleşen yüksek enflasyon rakamlarının düşürülememesi,
- Üretimde uzmanlaşmaya yönelen sanayi tipi üretim modeline ayak uydurabilme ihtiyacı,
- Ekonomik verimliliğin artırılması gereği,
- İdari ve ticari korumalar, çoğu doğal tekel konumunda olan kamu kuruluşlarının dış dünya ile rekabet edebilme gücünden mahrum olmaları,
- Gelişmekte olan ülkelerde piyasa ekonomisinin yerleştirilip geliştirilmesi ihtiyacı,
- Ürün pazarları ve sermaye piyasalarının giderek uluslar arası hale gelmesi,
- Adil ve sürekli bir ekonomik ve sosyal kalkınma için sermaye piyasalarının gelişmesi ve sermayenin tabana yayılması zaruriet,
- Dünyada yaşanan küreselleşme ve globalleşme hareketleriyle teknoloji alanındaki gelişmelerin takip edilmesi ihtiyacı.

1950-1960'lı yıllar, geçiş dönemi özelliği göstermektedir. Bu dönemdeki özelleştirmeler günümüzdekinden biraz farklı olarak gayri-devletleştirme şeklinde uygulanmıştır. Gayri-devletleştirme yöntemi 1961 yılında Volkswagen otomobil fabrikasının ve 1965 yılında ise VEBA şirketinin çoğunluk hisselerinin özel sektöre satılmasıyla ilk defa **Adeneur hükümeti** zamanında **Almanya**'da görülmüştür.

Şili'de de, Almanya'daki ilk uygulamadan 13 yıl sonra, 1974 yılında sistematik bir özelleştirme programı başlamıştır. Devletin ana sanayi kollarında yer almasının, özel sektör işletmeciliğini rekabet ortamından uzaklaştırarak sınırlandırdığı, bunun ise piyasada yapay hareketlere neden olarak, vergi artırımı ve bütçe açıklarına sebep olduğunu kabul eden yaklaşımlar, özelleştirme hareketlerine hız kazandırmıştır.

1970'li yılların sonlarından itibaren İngiltere'de de kamu işletmelerinin özelleştirilmesi akımı yaygınlaştırılmaya başlamıştır.

Özelleştirme uygulamaları genel olarak uluslararası barışın veya yumuşamanın hakim unsur olduğu, global ekonomik kalkınma rakamlarının büyümeyi işaret ettiği dönemlerde dünya genelinde kabul görmeye başlamıştır. Ayrıca, tıpkı devletleştirme politikalarında olduğu gibi özelleştirme uygulamaları da yine ilk olarak gelişmiş

²⁶ Yüksel YALOVA, **Türkiye Avrupa İlişkileri Işığında Özelleştirme**, Nobel Yayınlar İstanbul 2005, s.6,7

lkelerde gerçekleşmiştir. Soğuk savaş tansiyonun dp **Detete** (yumuşama) döneminin baladığı, dünya ölçeğinde özel mteebbislerin arasındaki ticaretin uluslar arası ilişkilerde belirleyici etmen olduğu 1980’li yılların başında, zelletirme, Thatcher İngiltere’sinde ve Reagan Amerika’sında, hem makro –ekonomik istikrar programının bütünleyici bir parçası olarak, hem de **Yeni sağ** olarak adlandırılan yeni siyasi anlayışın en önemli unsuru olarak ilk defa büyük çaplı olarak görülmeye balamıtır. Özellikle İngiltere’nin zelletirme konusunda elde ettiği başarı, başarı, bu ekonomik anlayışın kısa süre sonra Japonya, Almanya, Kanada gibi gelimi ülkelerde, soğuk savaşın bitip Sovyet bloğunun dağılmasından sonra da eski planlı ve devletçi ekonomi geleneğine sahip sosyalist ülkelerde ve diğer Amerika ve Güney Asya ülkelerde hızla uygulanmasına yol amıtır²⁷.

1-3-2 Özelleştirmenin amaçları

Avrupa Birliği’ne tam üyelik için gerekli olan, ekonomide özelleştirmenin amaçlarını sadece ekonomik olarak düşünmek yanlış olacaktır. Özelleştirmenin ekonomik amaçları yanında mali toplumsal ve siyasi amaçları da vardır.

zelletirmede amaç ekonomideki yapısal değişikliğin önemli bir halkası olarak ona ivme kazandırmaktadır. Özelleştirme ile Devlet, mikro değil makro hedeflere yoğunlaacak ve devlet artık bir irket yöneticisi gibi görev yapmayacaktır. Özelleştirme ile KİTLER karlı bir durumda halka devredilecek ve devlet artık KİTLER’ in sorunlarıyla uğramayacaktır.

Özelleştirmenin temel amaçlarını  şekilde sınıflandırabiliriz²⁸ :

- 1) Ekonomik Amaçlar,
 - Verimliliği Arttırmak,
 - Serbest Piyasa Ekonomisini Geliştirmek,
 - Sermaye piyasasını güçlendirmek,
 - Döviz Gelirlerini Artırmak,
- 2) Mali Amaçlar,
 - Devlete Gelir Sağlamak,
- 3)Toplumsal ve Siyasi Amaçlar.
 - Sermayenin Tabana Yayılmasını Sağlamak,
 - Siyasi Felsefeyi Yürürlüğe Koymak,

Belirlenen amaçları incelediğimizde amaçların hepsinin birbiriyle ilişkili olduğunu rahatlıkla fark edebiliriz. Amaçları nispi bir şekilde sıraladığımızda

²⁷ YALOVA,a.g.e,s.7,8

²⁸ Hulki CEVİZOğLU,a.g.e,s13

ekonomik etkinliği arttırmanın ön sıralarda, bütçeye gelir sağlanmasının ise daha son sıralarda geldiği görülecektir.

1-3-3 Özelleştirme Uygulamalarına Geçişte Uluslar Arası Boyut

Avrupa Birliği'ne tam üyelik kriterlerin sağlanması şartıyla, özelleştirmenin uluslar arası boyutu ilk defa ortaya çıkmıştır. İkinci Dünya Savaşı sonrasında inşa edilen “Bretton Woods Düzeni”nin iki kurumsal aygıtı olan IMF ve Dünya Bankası sistemine dahil olabilmeleri için, gelişmekte olan ülkelere, ekonomilerinde kamu payını azaltmak ve serbest rekabet ortamının tesis edilmesi gibi özelleştirme uygulamaları şart koşulmaktadır.

Dünya Bankası'nın 1984 yılında hazırladığı Dünya Kalkınma Raporu'nda, gelişmekte olan ülkelerde ekonomik problemlerin çözümünün ve ekonomik büyümenin ancak kamu mülkiyetinin ve devlet müdahalesinin en düşük seviyede kalmasıyla mümkün olabileceği, bunun da özelleştirme uygulamalarını tatbik etmekte sağlanabileceği ifade edilmektedir²⁹.

IMF, Özelleştirme uygulamalarının kamu harcamalarını azaltıcı yönde bir baskı meydana getirdiğini, etkin kaynak kullanımı ve büyümeyi teşvik ettiğini ifade etmektedir. Ayrıca, 1979 yılında yapılan, OECD Konseyinin toplantısında ekonomilerine yasal olarak müdahale edilerek korunmaya alınmış sektörlerde rekabet ortamının daha da ilerletilmesi önerisi kabul edilmiştir. Üye ülkelerin birçoğu koruma altına aldığı sektörleri rekabete açmaya karar vermiş ve devlet monopollerini özel sektöre devretmeye başlamışlardır.

1980'li yıllardan itibaren gelişmişlik derecelerine bağlı olmaksızın, 60'dan fazla ülkede özelleştirme uygulamaları başlamıştır. IMF özelleştirme uygulamalarına başlayan ülkelere verdiği krediler karşılığında, bu ülkelerde kamu alanının daraltılması ve piyasa ekonomisi kurallarının uygulanması konularında çeşitli şartlar ortaya koymaktadır.

Dünya Bankası tarafından desteklenen ve gerçekleştirilen özelleştirme uygulamaları, her programın özel koşullar dikkate alınarak uygulanması gerektiğini, başarının, alıcının yöntem kapasitelerine, hükümetlerinin bu konudaki kararlıklarına, ülkede özel sektörün gelişmişlik düzeyine bağlı olduğunu göstermiştir. Dünya Bankasının değerlendirme raporunda

²⁹ YALOVA,a.g.e,s.8

özelleştirme uygulamaları marifetiyle piyasada rekabeti sağlayacak hususların tesis edilmesinin, ekonominin rekabetçi ve verimli bir sağlıklı yapıya sahip olmasında en önemli şart olduğu ifade edilmektedir.

Serbest piyasa şartlarının oluşmasında özelleştirme üzerinde bu kadar çok durulmasının sebebi, kamu ekonomik teşekküllerinin önemli bir kısmının tekel durumunda olması ve özelleştirme ile kamu tekellerinin, özel tekellere dönüşebileceği endişesidir.

1-3-4 Özelleştirme Yöntemleri

Özelleştirmenin, her biri farklı ekonomik ve politik etkileri olan bir çok değişik şekli vardır. Özelleştirmenin tam şekli, ticari faaliyetlerden devlet müdahalelerini tümüyle çekerek, devletin olan varlıkları özel sektöre satmaktır.

Özelleştirmenin çok sayıda yöntemi olduğu kabul edilmektedir. Gerçek ve tam bir özelleştirme ancak kamu şirketinin en az % 51 lik payının devri ile olur³⁰. Bu ise “satış yöntemi” ile gerçekleştirilir. En çok başvurulan yöntem, pay senetlerinin satışı yöntemidir. İkinci sırayı “direkt” ya da “özel satış” adı verilen yöntem almaktadır.

Kamu-özel sektör ortaklığı, finansal kiralama, yönetimin devri (İşletme sözleşmesi), ihale, imtiyaz, yasal düzenleme-kurumsal serbestleştirme gibi yöntemlerin hiçbiri “mülkiyet devri”ni öngörmemesi nedeniyle, özelleştirme benzeri uygulamalar olarak ele alınır.

Temel özelleştirme yöntemi niteliğindeki “satış yöntemi”, pay senetlerinin satışı ve pazarlık yöntemiyle direkt satış olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

1-3-4-1 Direkt (Özel) Satış Yöntemi

KİT’lerin müesseselerinin, bir kısım aktiflerinin, ikinci faaliyet dallarının veya küçük işletmelerin satışı bu yöntemle yapılır. Satılacak aktifler ya da

³⁰Hulki CEVİZOĞLU,a.g.e,s.57

bağlı kuruluşlar, bu yöntemin uygulanmasında şirketler konsorsiyumuna veya belli bir şirkete “pazarlık yoluyla” devredilebilir.

Satılacak KİT ya da bağlı kuruluşlar, pay senetleri satışının söz konusu olmadığı bu yöntemde, mali yönden güçlü olmaları, ancak çok büyük sermayeye ve aktiflere sahip bulunmamaları gerekmektedir.

Hızlı uygulanabilme yeteneğine sahip olan bu yöntem, özelleştirmeden beklenen faydaları sağlama açısından uygun bulunmamaktadır. Ticari esaslara göre çalışan Etibank, Sümerbank ve TPAO gibi KİT’lerin bağlı oldukları müesseselerin satışında bu yöneme başvurulabilir.

1-3-4-2 Pay Senetlerinin Satışı Yöntemi

KİT’lerin özelleştirilerek pay senetlerinin sermaye piyasasına satılabilmesi için öncelikle KİT’in sermayesinin pay senetlerine bölüştürülmesi gerekir. Özelleştirilecek sermaye şirketinin daha çok anonim şirket olması tercih edilmektedir. Bütün bunlardan sonra, öz kaynaklarının hesaplanması, aktiflerinin değerlendirilmesi pay senetleri fiyatının ve miktarının belirlenmesi gerekir.

- **Birinci El Piyasasında Pay Senetleri Satışı**

Bu şekildeki satışlarda, özelleştirilmesi düşünülen KİT’in pay senetleri alıcılara doğrudan doğruya arz edilmektedir. Bu tür satış biçiminin tercih edilme sebebi, sermaye piyasasını geliştirmektir.

- **İkinci El Piyasasında Pay Satışı**

Aracı kurumların faaliyet gösterdiği ve sermaye piyasasının geliştiği ülkelerde, pay senetleri satışı borsada yapılmaktadır. Satılmış veya daha önce halka arz edilmiş menkul değerlerin arz ve talebinin karşılandığı ikinci el piyasalarındaki pay senedi satışı, “taban fiyatlı ya da “sabit fiyat” üzerinden arttırma yöntemi” ile yapılır.

Pay senetlerinin taban fiyatlı arttırma yöntemiyle yapılan satışlarında belirli bir taban fiyat belirlenir, belirlenen fiyat genellikle aracı kurumların katıldığı arttırmalar ile toptan satılır.

Pay senetlerinin sabit fiyat üzerinden satışında ise, senetlerin üzerinde yazılı (nominal) değeri esas alınarak satış gerçekleştirilmektedir. Bu satış yöntemi, genel kabul görmüş bir yöntemidir.

1-3-5 Özelleştirme Benzeri Uygulamalar

1-3-5-1 Finansal Kiralama Yöntemi (Leasing Method)

Finansal kiralama, verimsiz çalışan KİT'lerin verimli ve karlı duruma geçmesi için kiraya verilmeleridir. Avrupa Finansal Kiralama Birliği, özelleştirme ile aradaki farkı ortaya koyacak biçimde finansal kiralamanın tanımını şöyle yapmaktadır.

“Finansal kiralama, belirli bir süre için kiralayan ve kiracı arasında düzenlenen, üreticiden, kiracı tarafından seçilip kiralayan tarafından satın alınan malın mülkiyetini kiralayanda, kullanımını ise kiracıda bırakan bir sözleşmedir. Kiralanan malın kullanımı belirli bir kira karşılığında, belirli bir süre için kiracıya bırakılmaktadır³¹.

Mülkiyet transferini öngörmediği için gerçek bir özelleştirme yöntemi olmayan finansal kiralama ile özelleştirilecek KİT'lerin mali yapıları güçlendirilebilir, serbest piyasa koşullarına göre çalışacak duruma getirilebilir. Türkiye’de de hukuki bir temele dayanan finansal kiralama³² alanında faaliyet gösterecek şirketlerin, pay senetlerinin tümü ada yazılı olmak üzere anonim şirket biçiminde kurulmaları zorunludur. Yasaya göre, düzenlenecek finansal kiralama sözleşmeleri ile KİT'ler en az dört yıl Türk ya da yabancılara kiralanabilmektedir.

1-3-5-2 Kamu-Özel Sektör Ortaklığı Yöntemi (Joint Venture Method)

Büyük riskli yatırımlara girilirken, özel ve kamu sektörünün belirli paylarla ortak olduğu anonim şirketlerin kullandığı yöntemdir. Kamu payının düşük olması, sistemi özelleştirmeye benzetmektedir. Bu yöntemde devletin

³¹ **Finansal Kiralama** (leasing), İktisat Bankası Yayını (Özel Projeler Bölümü), İstanbul, Şubat 1986, s.6

³² Bkz: “**Finansal Kiralama Kanunu**”, Kanun no:3226, Kabul tarihi: 10.06.1985, Resmi Gazete, Yıl65,s:18795, (28 Haziran 1985), Ankara, Başbakanlık Devlet Matbaası.

bu tür kuruluşları mali ve yönetsel açıdan bağımsız bırakması ve fazla müdahalede bulunmaması zorunludur. Şu anda faaliyette bulunan üretim ya da hizmetlerin özel sektöre açılmasını da içerir.

1-3-5-3 Yönetim Devri Yöntemi (Management Contract Method)

KİT'lerin yönetimlerinin özel sektöre devredildiği yöntemdir. KİT'lerin işletme hakkı özel şirket tarafından belli bir süre sonunda satın alınabilmektedir. Bu türde bir mülkiyet transferinde sözleşmeye bir madde eklenerek; yönetime ödenecek ücret, payların devir koşulları ve devir takvimi belirtilir. Özel şirket, sözleşme sonunda elde edilecek ek fonlarla mülkiyet sağlar ve böylece özel sermaye en az düzeyde kullanılmış olur. 2983 Sayılı Tasarrufların Teşviki ve Kamu Yatırımlarının Hızlandırılmasına Dair Kanun ile Kamu Ortaklığı Fonu Yönetmeliği'nde³³“İşletme Hakkı Devri” adıyla Türk hukuk mevzuatına girmiştir. Deneyimli kuruluşların bulunmasını gerektiren bu yöntem Avrupa'da yaygın bir uygulama alanına sahiptir. Bu yöneme İşletme Sözleşmesi Yöntemi adı da verilmektedir.

1-3-5-4 İhale Yöntemi (Contracting Out Method)

Özellikle belediye hizmetlerinin özelleştirilmesinde kullanılan bu yöntemde mülkiyet devri söz konusu değildir. İhale yöntemiyle hizmetlerin özel kişi ya da kuruluşlara devredilmesi hizmetlerin daha verimli olmasına yol açacağı düşünülmektedir. Anakent ve ilçe belediyelerinin, bulvar, cadde meydan ve ana yollarının temizliği, yapımı, bakımı onarımı ve katlı otopark yapımı ve işletilmesi, parklar, dinlenme ve spor tesislerinin yapımı bu yöntemle Türkiye'de özel sektöre yaptırılmaktadır.

³³Bkz: “Tasarrufların Teşviki ve Kamu Yatırımlarının Hızlandırılmasına Dair Kanun”, Kanun no 2983, Kabul tarihi: 29.02.1984, Resmi Gazete, Yıl 64 ,s.18344 (17 Mart 1984), Ankara, Başbakanlık Devlet Matbaası; ve “Kamu Ortaklığı Fonu Yönetmeliği Karar sayısı 84/8495, Karar Tarihi 27.8.1984, Resmi Gazete, Yıl 64 ,s.18514 (13 Eylül 1984) Ankara, Başbakanlık Devlet Matbaası

1-3-5-5 İmtiyaz Devri Yöntemi (Franchising Method)

Devletlerin yapısında anayasal kısıtlamaların yokluğunda ortaya çıkan tekel durumu, doğal tekeli yaratır, liberallere göre bu özelliklere sahip devlet ise tekelci devlettir³⁴.

. Doğal tekelleşmenin olduğu üretim alanları, bir sözleşme ile özel kesime devredilir. Bu tekelleşme özellikle elektrik, su ve demiryolları gibi sanayilerde ölçek büyümesi sonucu şirketin maliyetlerinin düşmesi ile ortaya çıkar. İmtiyaz pazarlık ile sözleşme nitelikleri belirtilen mal ya da hizmeti en düşük bedelle piyasaya sunmayı kabullenen şirkete verilmeli, ancak verilen şirketin güvenilirliği göz önünde bulundurulmalıdır.

1-3-5-6 Yasal Düzenleme (Kurumsal Serbestleşme) Yöntemi (Deregulation Method)

Bu yöntemle devletin ekonomik sektörler üzerindeki kısıtlamalarına, fiyat ve ücret denetimlerine yasal düzenlemeler ile son verilmektedir. Asıl amaç bütün sektörlerde sübvansiyonlara son vermek, rekabet ortamını sağlamak ve ekonomide verimliliği ve karlılığı artırmaktır. Türkiye’de 24 Ocak 1980 istikrar programı doğrultusunda yürürlüğe konulan bu yöntem sistemli olarak ilk kez ABD’de uygulanmıştır³⁵. ABD’de 1980’li yıllarda özellikle Reagan döneminde giderek yaygınlaşmış ulaştırma ve bankacılık gibi değişik sektörlerde uygulanmıştır. Türkiye’de ise mevduat faizlerini belirleme yetkisi hükümetten bankalara devredilmiş, özel öğretim kurumlarının açılması, özellikle çay, tütün ve elektrik üretiminde kamu tekeli kırılmıştır.

1-3-5-7 Yardım (Voucher)

Hükümet hizmeti finanse etmek için bir firmaya hizmet yapması için iş vermek yerine, bu hizmetten yararlanacak tüketicilere para vermesi yönetimidir. Böylece hükümet, tüketicinin hizmeti açık pazardan satın

³⁴Coşkun Can AKTAN, Aytaç EKER; **Kamu Ekonomisinin genişlemesi ve Özelleştirme**,Seçme Çeviriler,s.112

³⁵ Coşkun Can AKTAN, a.g.e., s.382

aldırtarak hizmetten yararlanacaklara tüketici olma gücü sağlar. Tüketicilerin yeterli geliri olmadığı aynı zamanda yararlanılacak hizmet için sağlıklı bir piyasanın bulunduğu durumlarda çok uygun bir yöntemdir. Yardımdan yararlananlar en ucuz ve en uygun hizmet sağlayıcısını bulmaya çalışarak, hükümete hizmetin maliyetini düşük tutulması olanağı verirler.

Yeni liberaller, kamunun serbest piyasa koşullarında yeniden yapılandırılması durumunda, kamuda görülen bürokratikleşmenin azalarak verimliliğin artacağına inanırlar. Newman ise kamu bürokrasisinde karşılaşılan sorunların özel bürokrasilerde de görüldüğünü belirtir.

1-4 Sağlık Hizmeti ve Sunumu

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı; "Yalnızca hastalık yada sakatlığın bulunmaması değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden tam bir iyilik hali" olarak tanımlamıştır³⁶.

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesine göre de ırk, dil, din, politik inanç, ekonomik ve sosyal durum ayrımı gözetmeden; herkesin, erişilebilecek en yüksek düzeyde sağlıklı olma temel hakkına sahip olduğunu görürüz³⁷.

Sağlık için temel unsurlar bugünkü modern anlayışa göre, yeterli besin ve gelir, barış, gerekli niteliklere sahip konut, hıfzıssıhha ve toplum içinde kişinin tatmin edici bir rolünün bulunması, temiz içme ve kullanma suyu gibi unsurlardır. Bunlar olmadan herhangi bir toplumda sosyal kalkınma ve ekonomik gelişme de olamaz³⁸. Adı geçen temel sağlık unsurlarıyla ilgili faaliyetlerin tamamen sağlık sektörü dışında kalması; burada belirtilmesi gereken en önemli husustur. "2000 Yılında Herkese Sağlık" programı çerçevesinde, hastalıklar ve hastalıkların olumsuz sonuçlarının azaltılması, sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, için Dünya Sağlık Teşkilatı'nın gerekli gördüğü iyileştirme önerileri dört başlık altında toplanmaktadır. Bunlar³⁹;

- Önemli hastalık ve sakatlıklara maruz kalmadan insanların yaşadıkları yılların sayısını arttırmaları ve yaşama sağlık kazandırmaları,

³⁶ WHO Dünya Sağlık Örgütü

³⁷ İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi

³⁸ WHO, **Health For All**, 2000, Geneva, ss.5-6.

- Sağlıkta eşitlik (aynı ülkedeki ve lkelerarası ve nüfus grupları arasında sağlık göstergelerindeki farklılıkların sona ermesi)
- İnsanların sağlıklı bir hayat için zihinsel ve fiziksel kapasitelerini tam olarak kullanabilmeleri,
- Doğuşta beklenen yaşam süresinin yükseltilmesi ve hayatın uzatılmasıdır

Sağlıklı bireyler yetiştirmek, hastaları iyileştirmek ve sağlıklı bir toplum oluşturarak geleceklerini garantiye almak, toplumların tarihsel gelişim süreçleri içinde her zaman temel hedeflerinden birisi olmuştur. Toplumların tarihindeki toplumsal işbölümünün gelişmeye başlaması, sağlıkla ilgili gelişmelerin başlangıcıdır. İlk zamanlarda bu görevi sadece ruhani ve doğaüstü yetenekleri ve özellikleri olan sadece kabilelerin büyücüleri ya da şifacıları yerine getirmektedir. Bu duruma örnek olarak şamanlar gösterilebilir. Köleci örgütlenmelerle birlikte ilk kez, hekim olarak bilinen ve toplum içinde sağlıkla tam profesyonelce ilgilenmeye başlayan kişiler ortaya ıkmuşlardır. Sağlık hizmetlerinin gelişim sürecinde, sınıfların ortaya çıkışı da toplumsal işbölümünün ötesinde, zgn bir noktayı oluşturmaktadır.

Bugün tüm dünya, yeni düzenini kurmak ve sağlamlaştırmak için kendi önünde ulus devletleri en büyük engel olarak görmesinin doğal bir sonucu olarak, 'devlet'in fonksiyonlarını yeniden tanımlama çabası içerisine girmiştir. Ulus-devlet modelini 18. Yüzyılın ikinci yarısında gelişimi ve güvenliği için öne çıkaran kapitalizm, "sosyal devlet" uygulamasını 1950'lerin başlarında kabul etmiştir. Devleti sosyal konulara duyarlı kılan Sosyal devlet anlayışı, belli oranlarda ekonomiye müdahalesini öngörmektedir. Sosyal devlet ulus-devlet temeli üzerine kurulmuş ve 1970'li yıllara kadar zirvede kalmıştır. Kapitalizmi yeni "meşruiyet" alanları bulmaya yönelten sebepler bu dönemde ortaya çıkan sosyalist ülkelerin zayıflaması, yeni bir dünya ölçekli ekonomik buhran vb. konular olmuştur. Kapitalizmin savunucuları; sosyal devlet modelini ağır bir dille eleştirmeye başlamışlar ve gereğinden fazla

büyüdüğünü iddia ettikleri sosyal devletin sınırlandırılmasını ileri sürmüşlerdir⁴⁰.

Sağlık hizmetlerinin bireye yeterli, eşit ve hızlı bir şekilde götürülmesi, devletin bireylerinin / vatandaşlarının ruhsal ve fiziksel bütünlüğün korunmasının bir göstergesidir. Vatandaşların sosyal durumlarıyla, refahlarıyla ilgilenen, onlara asgari bir yaşam düzeyi sağlamayı ödev bilen" devlet, Sosyal devlet olarak tanımlanmaktadır⁴¹. Sosyal Devlet, vatandaşlarının sosyal ve ekonomik haklardan yararlanmaları için gerekli düzenlemeleri yapar. Bu anlayış, batı toplumlarında çoğunlukla "refah devleti" (welfare state) olarak anılır.⁴²

Küresel boyutta devletin yeniden yapılandırılması; genel özelleştirme süreci ve Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, birbiriyle iç içedir. Tüm kamu hizmetlerinin metalaştırılmasının şart koştuğu için, Yeni Dünya Düzeni (YDD) ve neo-liberal politikalar, sağlık hizmetlerini de bir meta haline dönüştürme eğilimine girmişlerdir.

Ataay'a göre, "günümüzde, devleti, sermayenin yeni gereksinimleri doğrultusunda yeniden yapılandırmayı hedefleyen neo-liberal reform programı, kamu hizmetlerini de yeniden düzenlemektedir. Temelde, sermayenin aşırı birikim krizi dolayısıyla gündeme gelen yeni yatırım alanları arayışından kaynaklanan bu süreç, hem kamu hizmeti anlayışını, hem kamu hizmeti olarak ele alınan ekonomik ve sosyal faaliyetlerin kapsamını, yeniden biçimlendirmektedir. Kamu hizmetlerinin metalaştırılması ve sermayenin değerlendirme alanları olarak işlev kazandırılmasıyla sonuçlanan bu eğilim, kamu hizmetlerinin örgütlenme ilkelerini de köklü bir biçimde değiştirmekte; sonuçta, toplumsal yaşamın bütün alanları sermayenin kar maksimizasyonu amacı doğrultusunda yeniden yapılandırılmaktadır"⁴³.

Sağlık sorunları çeşitli, çözümü için gerekli olan finansman, teknik donanım, insan gücü, mekan gibi kaynaklar ise her zaman sınırlıdır. Dünyanın zengin ve gelişmiş devletleri için de bu olgu geçerlidir. Bu

⁴⁰Kamil ALPTEKİN, 2005. **Küreselleşme Sürecinde Türkiye'de Sosyal Devlet ve Sosyal Hizmetlerin Görünümü**

<http://www.http://www.sosyalhizmetuzmani.org/kuresellesmesosyaldevlet.doc>,(24.05.2006)

⁴¹Kamil ALPTEKİN, a.g.e,s. 3

⁴²Kamil ALPTEKİN, 2005. **Küreselleşme Sürecinde Türkiye'de Sosyal Devlet ve Sosyal Hizmetlerin Görünümü**

<http://www.http://www.sosyalhizmetuzmani.org/kuresellesmesosyaldevlet.doc>,(28.05.2006)

⁴³Faruk ATAAY, 2005. **Kamu Reformu İncelemeleri**. Ankara Tabip Odası Yayınları. Ankara,s.63

nedenle, sonsuz çeşitlilikteki sağlık sorunlarını eldeki olanakları en akılcı ve verimli biçimde kullanarak sınırlı kaynaklarla çözümlene, gereği tartışmasız kabul görmektedir. İzlenmesi gereken yöntem; birinci öncelikle sorunların saptanması, daha sonra öncelik sıralamasına koyulması ve son olarak da en verimli yollarla çözülmeye çalışılmasıdır. Bir insanın sağlığı kendisinin yanında öncelikle ailesi olmak üzere, yakınlarını ve giderek tüm toplumu ve hatta tüm insanları ilgilendirir. Biyolojik, fiziksel ve kimyasal öğeler sağlık sorunlarının tek nedeni değildir. Sosyal, kültürel, ekonomik nedenler de sağlık sorunlarına etkiye bulunan unsurlardır. Bu unsurlar fizik, biyolojik ve kimyasal etmenlerin ortaya çıkması için asıl ortam ve zemini oluştururlar.

Günümüzde çağdaş halk sağlığı anlayışının içeriği son derece genişlemiştir. 1978 yılında yayınlanan ve DSÖ'ne üye olan tüm ülkelerce onaylanmış bulunan 'Temel Sağlık Hizmetleri Bildirisi' (Alma Ata Bildirgesi) ile çağdaş anlayış, ayrıntılı biçimde tanımlanmıştır. Bu anlayışın başlıca önemli noktaları şunlardır:

Sosyal eşitlik: İnsanlar doğuştan sağlık hizmeti hakkını kazanırlar. Bu hizmetler sosyal adalet anlayışı içersinde, sadece onları satın alabilecek sosyal sınıflara değil, toplumdaki herkese ve en uzak yerleşim yerlerinde oturanlara da hakkaniyet ölçülerinde götürülmelidir.

Öz sorumluluk: Herkes kendinden (ve çocuklarından) sorumlu olmalı kendi sağlığının değerini bilmelidir. Kişiler bu maksatla eğitilmeli ve bilinçlendirilmelidir. Kişiler ve toplumlar sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunuluşunda sorumluluk duygusu içinde söz sahibi olmalı, yani toplum sağlık hizmetlerine katılmalıdır.

Sağlık hizmetlerinin boyutu: Sağlık hizmetleri bir çok farklı sektörü de ilgilendirir bu nedenle yalnızca "Sağlık sektörü" tarafından yürütülemeyecek kadar geniş boyutludur ve sektörler arası eşgüdüm gereklidir.

Uluslararası dayanışma: Bir dünya ve insanlık sorunu olan sağlığı, gelişmiş güçlü ülkeler geliştirmekte olan ülkelerde desteklemeleri, sağlık hizmetleri sunumunda onlara destek olmaları gerekir⁴⁴.

Bu noktadan hareketle geleneksel sağlık anlayışı ile çağdaş sağlık anlayışını karşılaştırdığımızda aşağıdaki tablo ile karşılaşıyoruz.

Tablo 1-1 Geleneksel ve Çağdaş Sağlık Anlayışı Karşılaştırması:

<u>Geleneksel anlayış</u>	<u>Çağdaş anlayış</u>
Hastalık tedavisi	Sağlığın korunup geliştirilmesi
Hastaya hizmet	Herkese sürekli hizmet
Belirli sorunlara ağırlık	Geniş boyutlu hizmet
Uzman kullanımına ağırlık	Genel pratisyenlere ağırlık
Hekim ağırlıklı hizmet	Ekip anlayışı
Yalnızca sağlık sektörü	Sektörler arası işbirliği
Pasif toplum	Toplum katılımı

Kaynak: www.bilkent.edu.tr/~bilheal/aykonu/ay2003/cagdassaglik.html-40k-

1-4-1Sağlık Hizmetlerinin Tanımlanması

Sağlık hizmetleri, 12-01-1961 tarihli ve 261 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki yasanın 2. maddesinde insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu

⁴⁴www.bilkent.edu.tr/~bilheal/aykonu/ay2003/cagdassaglik.html-40k-, (Erişim Tarihi: 16.09.2007)

faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyetlerini kaybetmiş olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetlerdir” şeklinde tanımlanmaktadır. Kısaca bireylerin ruhi ve fiziksel sağlıklarının iyileştirilmesi ve korunması olarak ifade edilebilir. “Toplumdaki tüm bireylerin sağlıklı olması için çaba sarf etmek, bireylerin sağlık hakkını güvence altına almak ve bireylerden üretim faktörü olarak yararlanılmasını sağlamak” sağlık hizmetlerinin esas amacıdır⁴⁵.

1-4-2 Cumhuriyet Döneminde Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

Cumhuriyetten önce, zengin insanlar özel sağlık hizmetlerinden yararlanır, yoksullar ise sağlık sorunları için ancak hayır kuruluşlarına başvurabilirlerdi⁴⁶. Sağlık hizmetleri, Türkiye Büyük Millet Meclisi Hükümeti’nin kurulmasından sonra, devletin görevleri arasında sayılmaya başlanmıştır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı 3 Mayıs 1920 de kurulmuş ve Dr. Adnan Adıvar ilk Sağlık Bakanı olarak görevlendirilmiştir. Sağlık Bakanlığına 1946 yılında, Behçet Uz atanmış ve yeni bir sağlık planı hazırlatmıştır. Hazırlanan plan, 20 köye birinci derece koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri veren sağlık hizmetleri götürülmesini öngören plandı. Fakat bu plan başarılı bir şekilde yürütülüp, hedefine ulaşamamıştır

“Sağlık alanında götürülen hizmet” Cumhuriyet döneminde devletin halka sağladığı en önemli katkılardan biri olmuştur. Ulusumuzun oluşmasında bu hizmetin önemli bir rolü olmuştur.

Osmanlı döneminde, 1909 yılında toplam 2656 hekimin 773’ü yabancı uyrukluydu. Ülkede 3 devlet hastanesi, 45özel idare hastanesi, 32 özel yabancı ve azınlık hastanesi ve 6 belediye hastanesi vardı. Yatak sayısı toplam 6437 idi. Bu yatakların yalnızca 950’si devlet hastanelerine aitti. Bulaşıcı hastalıklar çok yaygındı. Verem hastalarının sayısı çok fazlaydı. Milyonlarca trahom hastası vardı.

⁴⁵ Ayşe Yiğit ŞAKAR, **Türkiye’ de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları**, Türkiye Sağlık İşçileri

Sendikası Ya. No.22, İstanbul 1999, s.10.

⁴⁶ TTB Merkez Konseyi, **Sağlık Hizmetlerinde Finansman sorunu ve Genel Sağlık Sigortası Yasa Tasarısı** (Mayıs 1991), s.8

1925 yılında devlet, devletçilikle ve merkezi devlet örgütü eliyle, sağlık sorunlarının çözülmesi için girişimler başlatıldı. Önemli hastalıklar olan, verem, trahom, sıtma, kuduz, frengi gibi önemli hastalıklarla mücadeleye başlandı. Hıfzısıhha okulu Merkez Hıfzısıhha Enstitüsü kuruldu. Çok sınırlı maddi olanaklara rağmen devlet, temel sağlık sorunlarının çözümü için büyük çaba sarf etti ve önemli başarılar elde edildi⁴⁷.

1960 ihtilali ardından Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) kurulmuş ve sağladığı koordinasyon sayesinde sağlık sektörüyle birlikte tüm sektörler yeniden yapılandırılmış ve planlı kalkınma dönemine geçilmiştir. 1961 yılında çıkartılan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi yasasına göre ise finansman devlet bütçesi tarafından karşılanacak, hastalar bakım için ücret ödemeyecektir. Aynı zamanda temel örgüt hastaneler ve sağlık ocaklarında oluşacak ve sağlık ocaklarında doktor, ebe ve hemşireler; tüm koruyucu sağlık hizmetleri ile evde ve ayaktaki tedavi hizmetlerini yürütecektir.

1971 yılında çıkartılan 1479 sayılı yasa ile Esnaf ve sanatkarlar ile diğer Bağımsız çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (BAĞKUR) kurulmuş ve bu sayede esnaf ve sanatkarlar ile diğer bağımsız çalışanlar sosyal güvenlik kapsamına alınmıştır. 1990 yılında DPT sağlık mastır planı hazırlatmış ve ardından 1992 yılında hazırlanan mastır plan çerçevesinde ilk ulusal sağlık kongresi toplanmıştır. Sağlıkta yeniden yapılandırma süreci bu kongre ile başlatılmış ve ertesi yıl düzenlenen ikincisi düzenlenen kongrede ulusal sağlık politikaları belirlenmiş ve aynı yıl sosyal güvence sisteminden yararlanamayanlar için yeşil kart uygulamaya konulmuştur. Bu kongreden sonra birçok düzenlemelerde bulunulmuş ancak istenilen sonuçlar elde edilememiştir⁴⁸.

Sağlık sektöründe en önemli adımlar devlet hastaneleri ve SSK sağlık tesisleri aracılığı ile atılmış, hükümet ve SSK tarafından atanan binlerce personel hiçbir etnik veya dinsel ayrım gözetilmeksizin ülkenin her bölgesinde halka hizmet götürmüştür. Yüzbinlerce insanın bölgeler arası hareketliliği ve hizmeti götüren gücün Türkiye Cumhuriyeti devleti olması

⁴⁷ Yıldırım KOÇ, *Özelleştirme, Türkiye'yi parçalamanın bir aracı*, İstanbul 2005, s.206

⁴⁸ Nurcan TURAN, *Türkiye' de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar: Çözüm için Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanakları*, Eskişehir 2004, s.8

ulusun bütünleşmesinde katkıda bulunmuştur. Sosyal güvenliğin diğerk risklerin içeren yaşlılık, malullük, analık, işsizlik gibi durumlarda toplumsal dayanışma temelinde, sosyal güvenlik sistemi farklı etnik kökenlerden ve inançlardan insanlar arasında bütünleşmeyi sağlamıştır⁴⁹.

1-4-3 Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetleri kendine özgü bazı özellikler taşımaktadır, Bu özellikler kısaca şu şekilde açıklanabilir.

- Sağlık hizmetlerinin toplumsal olması, Bölge ya da ülke genelinde tüm nüfusu etkileyen bulaşıcı hastalıkların tedavisi bütün toplum için önem taşır. Sağlık hizmetleri sosyal devlet ilkesinden hareketle tamamıyla serbest piyasa koşullarına bırakılmayıp kamu tarafından hizmet verilmesi sürdürülmektedir.

- Sağlık Hizmetleri Tüketicisinin bilgi yetersizliği,
- Tüketicinin sağlık hizmetleri için harcadığı paradan rasyonel fayda sağlayabilmesi için bu hizmetler ve bunların sunumu hakkında yeterli bilgiye sahip olması gerekir.

- Sağlık hizmetlerine yönelik talebin belirsizliği, Sağlık hizmetleri talebi devamlılık göstermediği gibi talebin ne zaman ortaya çıkacağı ve yoğunluğu konusunda öngörümde bulunulamaz. Böyle bir durumda hizmeti arz ve talep edenler için sorun teşkil edebilir. Özellikle talep edenler açısından hastalığın tedavisi için önceden kaynak yaratma gereği ortaya çıkar. Bu nedenle muhtemel belirsizlik durumlarında sorunları çözmek için sağlık sigortası sistemi geliştirilmiştir.

- Sağlık Hizmetlerinin Kendisine Özgü Yapısından Kaynaklanan Kar Amacından çok Sosyal Amaç Taşınması, Sağlık hizmetlerini elde etmenin maddi değer ile ölçülmemesi gerektiği düşüncesi nedeniyle hizmetlerin sosyal bir amaçla sunulması gerekmektedir. Sağlık sektöründe fayda, maliyet

⁴⁹ Yıldırım Koç,a.g.e,s.207

ve karlılık gibi piyasadaki temel kavramlar daha farklı bir açıyla düşünülmektedir.

- Sağlık Hizmetlerinin İkamesinin Olmaması,

Mal ikamesi kavramı normal bir pazarda, bir mal ya da hizmetin yerine aynı amaçla başka bir malın ya da hizmetin kullanılması özelliğidir. Ancak sağlık hizmetlerinde doktorun önerdiği sağlık hizmetinin ikamesi çoğu durumda ya yoktur ya da oldukça sınırlıdır ve tüketici bu hizmeti almak zorundadır⁵⁰.

1-4-4 Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri basit olarak koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere üç başlık altında değerlendirilmektedir. Bunların arasında tedavi etmekten daha az maliyetli olan koruyucu sağlık hizmetleri birinci öncelikli konumdadır. Ülkelerin gelişmişlik seviyesiyle, bu hizmetlerin etkinliği paralellik göstermektedir. Sağlık hizmetlerinden kapsam alanına ilaç ve eczacılık hizmetleri olduğu gibi laboratuvar hizmetleri de girmektedir.

1-4-4-1 Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre koruyucu hekimlik, "Bedensel ve ruhsal sakatlıkların oluşumunu ve gelişimini, toplumun organize edilmiş çabalarıyla önlemenin yanı sıra, bireylerin ve bunların ailelerinin sağlığından sorumlu olan iyi bir hekim tarafından, bağışıklıma, sağlık eğitimi ve benzeri çabalarla herkes tarafından, bir bütün olarak toplum sağlığını daha iyiye götürmek için tüm olanaklar kullanılarak yapılan hekimliktir." Koruyucu sağlık hizmetlerinin temeli bu türden koruyucu hekimlik hizmetlerine dayanmaktadır ve aynı zamanda bireyin ve toplumun sağlığının korunmasında ve geliştirilmesinde kişiye ve çevreye yönelik alınması gereken tüm tedbirleri içermektedir. Maliyetin düşük ve tersine etkisinin yüksek olması bu hizmetlerin tipik bir kamu ekonomisi üretimi olduğu düşünülür.

⁵⁰ Mehmet TOKAT, **Sağlık Ekonomisi**, A. Ü. AÖF. Ya.No.1033/568, Eskişehir 2000, s.3-7

Koruyucu sağlık hizmetleri sayesinde sadece bir birey için bile hastalık ihtimali azaltılırsa, bundan hareketle tüm toplumun hastalık ihtimalide azaltılmış olur. Bu sebeple, bu hizmetler dışsal faydası ve etkisi en fazla olan sağlık hizmetidir. Koruyucu sağlık hizmetlerine örnek aşılama, içme suyu ve yiyeceklerin denetlenmesi, ana-ocuk sağlığı, çevresel risk unsurlarının denetimi, verem-sıtma-trahom-frengi-cüzam denetimi, erken teşhis gibi faaliyetlerdir.

1-4-4-2 Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri⁵¹

Koruyucu sağlık hizmetlerinin yeterli kalmayıp hastalık riskinin ortaya çıktığı durumlarda sunulan sağlık hizmetleridir ve kişisel fayda ön plandadır. Bu tür tedavi hizmetleri ayakta, yataklı ve evden bakım şeklinde sınıflandırılabilir. Yataklı tedavi en pahalı tedavi şekli olup, tedavi hizmetleri en alt noktada ayakta tedavi birimi ve ya hastaneden, en st noktada ki modern st müracaat hastanelerine kadar giden bir sistem içerisinde yapılmaktadır. Ülkemizde kademeli bir sağlık sistemi mevcut olup dört basamaklı bu sistem kapsamında en st kurum olarak Sağlık Bakanlığı planlayıcı ve denetleyici bir görev anlayışında hareket etmektedir. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında yer alan Sağlık evi- Sağlık Ocağı, AS- AP Merkezi (ana ocuk sağlığı), Dispanserler, zel, Kamu İşyeri Hekimlikleri, zel Muayenehaneler ve Bağımsız Kuruluşların sağladığı hizmetlerin etkin bir şekilde görülmesinden sorumludur. Bu birimler temel sağlık hizmetleri kapsamında hizmet yaparlar; ayakta ve yatarak tedavi hizmetleri Sağlık Bakanlığı, niversite, belediye ve özel sektör kuruluşları tarafından sunulmaktadır. Bazı istisnai kamu kurumları (askeri kurumlar gibi) kendi personeline hizmet vermektedir.

⁵¹ Savaş Yıldıırım, a.g.e., s.13

Tablo 1-2 Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

SAĞLIK BAKANLIĞI	
ÜÇÜNCÜ BASAMAK	Üniversite Hastaneleri Araştırma Hastaneleri Eğitim Hastaneleri
İKİNCİ BASAMAK	Devlet Hastaneleri Özel Hastaneler Askeri Hastaneler
BİRİNCİ BASAMAK	Sağlık Ocağı-Sağlık Evi AÇS-AP Merkezi Dispanserler Özel-Kamu İşyeri Hekimliği Özel Muayenehaneler Bağımsız Kuruluşlar

SAĞLIK
HİZMETLERİ

Kaynak: Ata SOYER, AKP'nin Sağlık Raporu,s.47

Tabloda da görüldüğü ikinci basamakta devlet hastaneleri, özel hastaneler ve askeri hastaneler yer almakta olup bu hizmetler yataklı tedavi hizmetleridir.

Üçüncü basamaktaki sağlık hizmetleri, eğitim araştırma ve bilimsel kıstaslarla hizmetleri üreten üniversite, eğitim hastaneleri ve araştırma merkezleri gibi eğitim araştırma ve bilimsel kıstaslarla hizmetleri üreten birimlerce sağlanmaktadır. Yoğun teknoloji ve fon ihtiyacının yüksek oluşu ve yetişmiş sağlık elemanı gerekliliği nedeniyle diğer basamakta sunulan hizmetlere oranla hizmet maliyetinin en yüksek olduğu basamaktır.

Ülkemizde sağlık hizmetleri kapsamında kaydedilmiş gelişmeler bağlamında:

- Özellikle sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde temel bir başarıya ulaşıldığı,
- Vatandaşlara temel bir sağlık hakkı verildiği ve sigortalı sayısının arttırıldığı söylenebilir.

Kurumsallaşmanın yeterli seviyeye getirilmeyen nokta ise koruyucu, ayakta ve yatakta tedavi hizmetleridir.

Bu gelişmelere karşın aşağıdaki tablodan da görülebileceği yatak kapasitesinde artışa paralel kullanımların %70'lere ulaşmadığı görülmüş, hekim sayısında yeterli artış görülmemekte, sağlıkta işgücü dağılımı ülke genelinde ve sağlık birimlerine göre etkinleştirilememiştir. Yalnızca fiziki ve mekansal gelişmeler gözlemlenmektedir⁵².

Tablo 1-3 Sağlık Göstergelerindeki Gelişmeler

Yıllar	2004	2005	2006 (1)	AB 2
Fiziki Mekan Göstergeleri				
Yatak Sayısı	187.788	192.658	197.170	-
Yatak Başına Düşen Nüf.	378	374	372	154
Yatak Kullanım Oranı %	64.9	64.5	-	77.5
Sağlık İnsan Gücü Göstergeleri				
Hekim Sayısı	99.300	100.800	103.150	-
Hekim Başına Düşen Nüfus	716	715	707	288

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, DPT, WHO

(1) DPT Tahminidir.

(2) AB –25 Ülkelerine ait olup, verisi bulunan en yakın yıl verilmiştir.

Birinci basamağa başvuran hastaların % 95'inin tanı ve tedavisinin bu basamakta gerçekleştirilmesi genel kabul gören bir anlayıştır. Sevk hızının standart değeri % 5-10 arasında olmalıdır. Birinci basamaktan hastanelere sevk oranının, Türkiye genelinde % 14.4 gibi yüksek bir orana yükseldiği görülmektedir. Türkiye'de birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilen tedavi edici hizmetlerin gerekli nitelikten oldukça uzak olduğunun en açık göstergesi olarak, hastanelerin poliklinik yükünün yüksek olması ve buna karşılık hastane polikliniklerinde muayene edilen kişilerin % 4.4 'ünün yatırılarak tedavi edilmeleri gösterilebilir.

⁵² Asuman ATALAY, **Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar Ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi**, Sayıştay Dergisi, sayı 64

1-4-4-3 Rehabilitasyon Hizmetleri

Kaza, savaş, felaketler gibi önceden tahmin edilemeyen bir şekilde ortaya çıkan ve insanların sakat kalmasına sebep olan veya çalışma güçlerini, motivasyonlarını engelleyen olaylar sonrasında hastaların topluma kazandırılması ve böylece ekonomik, sosyal, kültürel olarak güçlendirilmesini sağlamaya yönelik hizmetlere, Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri denmektedir. İki türü vardır:

- **Tıbbi Rehabilitasyon:** Fiziksel olarak meydana gelen organ kaybı gibi durumlarda uygulanan bir yöntemdir.

- **Sosyal (Mesleki) Rehabilitasyon:** Sakatlık gibi nedenlerle eski işini yapamayanlara ya da belli bir işte çalışamayanlara iş bulma, iş öğretme ve bulunan mesleğe uyum sağlama yönünde yapılan işlemlerdir.

1-5 Toplumun Sağlıkla İlgili Hakları

1-5-1 Hasta Hakları

Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık kavramını “ yalnızca hastalık ve sakatlığın bulunmaması değil, bedensel, ruhsal ve toplumsal yönlerden de tam iyilik hali” olarak tanımlamasına rağmen bu kavram çağa, topluma ve bireylere göre değişiklik arz etmektedir.

Tersine, hastalık ise bedensel ve ruhsal fonksiyonların bozukluğu ve gereksinimlerin yeterli miktarda karşılanamaması durumudur. Böyle durumlarda birey en temel insanlık hakkı olan yaşamını devam ettirmek ya da aksayan fonksiyonlarını işler hale getirmek için yardıma ihtiyaç duyar. Sağlık ekibi ve hastaneler tarafından sağlanan yardım durumlarında birey uzun ya da kısa süreliğine yeni bir ortama girmek, bilinenden farklı insanlarla etkileşim halinde bulunurken çevre kontrolü kuramamak, bilinmezlik korkusu gibi bazı sorunlar ortaya çıkar. Ortaya çıkacak stresi azaltmak, hastanın fiziksel olduğu kadar ruhsal sağlığını da korumak için hastalığa ve hastaneye uyumu sağlayacak hakların uygulanması gerekir⁵³.

⁵³Vural, G. “Hasta Hakları”. **Kriz Dergisi**. Ankara: Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayını 3 (1 – 2), Bahar – Güz 1995.

Birinci insanlık hakkı olan yaşamını devam ettirme hakkının korunmasına en önemli desteklerden birini sağlayan sağlık hakkı, sağlığın korunup geliştirilmesine yönelik hakları tanımlamaktadır. İnsan hakları bildirgesine katılmasından ya da adının konulmasından bu hakkın yaşama geçirildiği sonucunu ortaya çıkartılmamalıdır. Bu hakkın toplumun en alt birimi olan bireye kadar indirgenebilmesi ve herkesin bu haktan yararlanması için uygun politikalar, sistemler, örgütlenmelere ihtiyaç duyulur. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı toplumun sağlık alanındaki gelişmelerin bireye yansıtılmasını ve herkese eşit bir şekilde ulaştırma ve denetimi sorumluluğu verilmiştir⁵⁴.

Sağlık hakkı “insan daha ana rahmine düşmeden başlayan bir haktır” denilmektedir. Aile planlanması hizmetlerinin gerçekleşmediği durumlarda çok kısa aralıklarla doğan sağlıklı bireylerin oluşmasına neden olmakta ve bu da bir çok açıdan bireye haksız durum yaratmaktadır. Bu tür haksız durumların ortadan kaldırılması ve bu hakkın gereklerinin yerine getirilmesi istenir. Hasta hakları toplumsal boyutta sağlık hakları ile aynı paralelde hareket etmesine rağmen, bireysel nitelikteki haklar açısından daha kapsamlı ele alınmalıdır.

Bireyin hastalanıp tıbbi destek ve bakıma ihtiyaç duyduğunda, bireyin kendini tam olarak değerlendirme ve denetleme şansına sahip olmadığı durumlarda karşılaştığı karmaşık sistem ve örgütlenmeler onu temel hakları açısından güvensiz ve güçsüz bir duruma sürüklemektedir. Kimi deneyimler göstermiştir ki, bazı tıbbi uygulamalarda hastanın kişiliği ve onuru çok kolay zedelenabilmektedir.

Hasta hakları toplumsal boyutları açısından sağlık hakkı ile tam bir kesişme gösterse bile, özellikle bireysel nitelikteki haklar açısından daha farklı bir kapsamda ele alınmalıdır. Kişinin hastalanıp tıbbi destek ve bakıma gereksinim göstermesi ve bunun bir sonucu olarak niteliğini tam olarak değerlendirme ve denetleme şansına sahip olmadığı karmaşık sistem örgütlenmeler ile karşılaşması temel hakları açısından onu güçsüz, güvensiz

⁵⁴ Mustafa SÜTLAŞ, Hasta ve Hasta Yakını Hakları, Çiviyazıları yayıncılık İstanbul 2000,s.32

ve duyarlı bir konuma sürüklemektedir. Deneyimler göstermiştir ki, tıbbi uygulamalar sırasında kişinin onuru ve bütünselliği kolaylıkla zedelenebilmektedir.

Hasta hakları günümüzde başta insan onuru ve kendi yaşamını belirleme hakkı, güvenli bir yaşam sürdürme, özel yaşam, gizlilik, düşünce ve inanç özgürlüğü, bilgilendirme, onam, bakım, tedavi ve tedaviye başvurudan ibaret olarak ele alınmaktadır. Sağlık bakımının bir üstünlük olmayıp bir “hak” olduğu inancı geniş kitlelerce benimsenmiş bir felsefedir⁵⁵.

Hasta hakları, sağlık haklarının hasta açısından somutlaşması, görünür hale gelmesi ve bireyselleşmesini ifade eder. Bilindiği gibi sağlık hakları da temelde insan hakları çerçevesinde geliştirilen haklar grubundandır. Yani insan hakları – sağlık hakları – hasta hakları birbirinden kopuk, bağımsız birer hak kategorileri değildir. Önemli olan insan hakları bütününde hasta haklarının çıkış noktasını doğru bir şekilde değerlendirebilmektir. Aksi takdirde kavramların birbirine karışması parçanın bütün, bütünün parça olarak görülmesi yanılgısına kolayca düşülebilir.

Hasta haklarının korunması ve geliştirilmesi konusunda hastaya ve topluma düşen görevler çerçevesinde hastalar bilinçlendirilmeli ve konuyla ilgili sivil toplum örgütleri niteliği ve sayısı artırılmalıdır. Demokratik toplumlarda sivil baskı gurupları oluşturup siyasal yapılanmada söz sahibi olmak sistemin doğasında vardır. Ancak bu gönüllü kuruluşların sayısındaki artıştan çok üye sayısının artırılması bu konudaki bilincin toplum tabanında daha fazla yer alması daha büyük önem taşır.

Sağlık bakımının, bir üstünlük olmayıp bir hak olduğu geniş kitlelerce benimsenmiştir. İnsan onuru ve kendi yaşamını belirleme hakkı, güvenli bir yaşam sürdürme, özel yaşam, gizlilik, düşünce ve inanç özgürlüğü, bilgilendirme, ona, bakım, tedavi ve tedaviye başvuruyu hasta hakları olarak sunmaktadır.

⁵⁵Ö. Ş. ELÇİOĞLU, “Hasta Hakları Açısından Hekimlik Sırrı.” **Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi**. Ankara: Hekimler Birliği Yayını, 1997.

Hasta hakları, sağlık haklarının bireyselleşmesini ve hasta açısından somutlaşmış halini ifade eder. Sağlık hakları insan hakları çerçevesinde geliştirilip eklenen haklar gurubundadır. Yani insan hakları – sağlık hakları – hasta hakları birbirleriyle bağlantılı kategorilerdir. İnsan haklarının içerisinde hasta haklarının başlangıç noktasını doğru tespit etmek bütün ve parçanın karıştırma yanılgısına düşülmemelidir.

Genel hukuk açısından “hasta hakları” toplum ve sağlık çalışanlarının görevleri anlamına gelir. Geleneksel bakımdan hasta hakları yalnızca tedavi edici hizmetlerle sınırlanmakta “sağlık hakkı ve insan hakları”ndan soyut olarak düşünülmektedir. Bu sebepten dolayı sağlık çalışanlarının görevleri de sınırlandırılmış hastane ya da klinik hizmetler olarak algılanmıştır. Buna karşın hasta hakları, sağlık hakları ve insan hakları bir bütün olup birbirilerinden farklı olarak düşünülemez. Hasta hakları yalnızca tedavi hizmetleri olmadığı gibi sağlık çalışanlarının sorumluluğunda yalnızca tedavi edici hizmetlerle sınırlandırılmaz.

Yukarıda açıklanan saptamaların ışığında, sağlık sektöründe çalışanların sorumluluğu tedavi hizmetleri yanında sağlık hakkının ve insan haklarının yerleşmesi ve hakların, toplumun en alt birimi olan bireylere eksiksiz şekilde ulaşmasını sağlamaktır. Böyle bir sorumluluk duygusu ile görevini yapmayan sağlık çalışanları tüm bu sorumluluklarını tam olarak yerine getiremez

Kazanılan haklar bireyin düşünme, faydalanma ve özgürlük sınırlarını genişletir. Ancak kazanılan haklar, uygulamaya geçirildiği ve bu haklardan doğan görevlerin yerine getirildiği müddetçe bir anlam kazanabilir. Hasta haklarının uygulamaya geçirilmesiyle başta hekimler olmak üzere tüm sağlık çalışanları hastaya karşı yeni görev ve sorumluluklar almış olurlar.

Hasta haklarının uygulamaya geçirilmesi ve geliştirilmesi açısından büyük önem taşıyan konu, hakların adalet sistemi tarafından korunması ve kollanmasıdır. Birçok ülkede örneği görüldüğü gibi ülkemizde de adalet sistemindeki bürokrasiden kaynaklanan bir zaman aşımı sorunu yaşanmaktadır. Hastanın tedavi ya da sağlık çalışanları ile yaşadığı sorunlar

nedeniyle yaptığı dava başvurusu ile mahkemenin davayı sonuçlandırması arasında geçen sürenin uzunluğu hastanın haklarını aramasında büyük engel teşkil etmektedir. Ülkemizde 1998’de yürürlüğe giren bir uygulama çerçevesinde hastaların karşılaştığı herhangi bir mağduriyet durumunda, doğrudan sağlık Bakanlığına başvurabilecek ve bakanlık bu adli süreci, hasta adına üstlenecektir.

Hastaların daha güvenli ve katılımcı bir ortamda tedavi görebilmesi için hasta haklarının savunulması ve denetlenmesi için hasta haklarının savunulması ve denetlenmesi şarttır. Ancak hasta haklarına yoğunlaşmak, hekim sorumluluk ve hekim haklarının göz ardı edilmesi sonucuna sebep olmamalıdır. Hekim hakları ile hasta haklarının dengelenmediği bir durumda hekimlerin çalışma heyecanlarını, ilklerini ve motivasyonlarını kaybetmelerine, hekimlik mesleğinin işlev ve saygısının azalmasına ve mesleki doyumsuzluklara neden olabilir. Bu durum sağlık sektöründe çalışan tüm meslek sahipleri için geçerli olan bir durumdur.

Hasta hakları ile ilgili yapılan ilk çalışmalardan biri 1981 yılında Dünya Hekimler Birliği’nin düzenlediği toplantıda alınan kararlardır. Lizbon Bildirgesi adı verilen yarım sayfa metin 6 ana maddeyi içermektedir. Bunlar:

1. Hekim seçme hakkı
2. Özgürce, bir hekime muayene olma hakkı
3. Aydınlatılmış onam hakkı,
4. Hasta sırlarını saklama hakkı,
5. Saygın bir şekilde ölme hakkı,
6. Teselli edenini/telkinde bulunanı seçme hakkı⁵⁶.

Hasta hakları açısından büyük önem taşımasına rağmen tıbbın teknolojinin de desteği ile ilerlemesi, gelişen iletişim olanaklarıyla tıp bilgisinin yaygınlaşması bu bildirgenin genişletilmesi gereğini ortaya çıkarmıştır. Bu çerçevede Eylül 1995’te yapılan Bali Bildirgesiyle Lizbon Bildirgesinin kapsamı genişletilmiş ve 6 olan madde sayısı 11’e çıkartılmış ve madde kapsamaları için ek açıklamalar getirilmiştir. Bunlar⁵⁷:

⁵⁶R.AKDUR, “Çağımızda Hasta - sağlık Çalışanları İlişkileri ve Hasta Hakları.” **Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi**. Ankara: Hekimler Birliği Yayını, Cilt 5, 1997,s.44

⁵⁷N.Y.ÖĞÜZ, “Hasta Hakları Alanındaki Gelişmeler ve Değişen Değerler.” **Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi**. Ankara: Hekimler Birliği Yayını, Cilt 5, 1997.

1. Kaliteli tıbbi bakım alma hakkı, 2. Seçme özgürlüğü hakkı, 3. Kendi yazgısını saptama hakkı, 4. Bilinci kapalı hasta, 5. Yasal olarak yeterliliği olmayan hasta, 6. Hastanın istemine karşı uygulamalar, 7. Bilgilenme hakkı, 8. Gizlilik hakkı, 9. Sağlık eğitimi hakkı, 10. Onurunu koruma hakkı, 11. Dini yardım alma hakkı.

1-5-2 Sağlık Hakkı ve Yaşam Hakkı

Yeterli yiyecek, giyecek, barınak, kirlenmemiş hava ve su, düşük düzeyde halk hizmeti ve ekonomik güvenlik gibi maddeleri kapsayan yaşam hakkı kişinin varlığını sürdürme hakkıdır. Bireyin varlığını sürdürmek için ihtiyaçlarına sınır çizmek güç olmakla birlikte burada asıl amaç normal ölçülerde sağlıklı, etkin, uzun bir yaşam için insan onuruna yaraşır imkanların sağlanmasıdır.

Bir insanın, toplumca korunan tüm haklardan yararlanabilmesi için, normal şartlarda, sağlıklı ve etkin yaşam için gerekli temel unsurlardan öncelikle faydalanması gerekir. Güvenlik hakkı gibi varlığını sürdürme hakkı da temel bir haktır. Ancak insanın hayatını sürdürmek için gerekli ihtiyaçların sağlanması bedensel güvenliğin korunmasından daha temel bir haktır. Hukuk alanında bireyin kendi kişiliğine bağlı somut temel hak sahipliği “Bireysel Kişilik Hakkı” olarak ele alınmaktadır. Bu hakkın belirttiği ilk nokta beden bütünlüğüdür ve bu bütün içinde bireyin normal ölçülerde yaşam ve sağlığını sürdürmesi hukuk tarafından korunan varlığının temel ögesidir. Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının başlangıç bölümünde “Her Türk vatandaşının bu Anayasadaki temel hak ve hürriyetlerden eşitlik ve sosyal adalet gereklerince yararlanarak milli kültür, medeniyet ve hukuk düzeni içerisinde onurlu bir hayat sürdürme ve maddi manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahip” olduğu belirtilmiştir. Anayasanın 17. maddesinde “herkes yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir” denilmiştir. Aynı zamanda Anayasanın 56.maddesine göre “...herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak zorundadır” diyerek sağlık ve yaşam hakkını bir arada ifade etmiştir. Bu

sebepten dolayı devlet sağlık hizmetlerini planlar ve kamu ya da özel sağlık kurumlarını denetler ve genel sağlık sigortası kurabilir.

Anayasamızda da görüldüğü gibi yaşam hakkı tüm hakların ön koşulu gibidir. Yaşam hakkına karşı gösterilen önem sağlık hakkı konusunda aynı ilgiyi görmemiştir. Önemli olan tek başına yaşam değil sağlıklı yaşamdır ve sağlık yaşamın ayrılmaz bir parçasıdır. Bu nedenle dünya genelinde zorunlu sağlık sigortası giderek yayılma göstermekte ve hizmet kalitesinde daha iyiye doğru bir gidiş gözlemlenmektedir.

1-5-3 Kişilik Hakkı

Kişiliğin kazanılması ve kaybedilmesi: Kişilik çocuğun sağ olarak doğumuyla başlar ve ölümüyle sona erer. Medeni kanun gereğince ölüm öncesi kişiliğin sona ermediği gibi ölümden sonrada devam ettirmez.

Sözleşme Özgürlüğü ve Kişilik Hakkı: Borçlar Kanunu'nun 19. maddesinde sözleşmenin konusunu taraflar, kanunun gösterdiği sınırlara uygun olmak şartıyla diledikleri gibi yapabilirler ve yaptıkları bu sözleşme geçerlidir Ancak sağlık hakkı, olarak yapılan sözleşmede, hukuka aykırı unsurlar varsa bu sözleşme geçersizdir. Örneğin; kişinin sağlığını ortadan kaldıran, tehlikeye düşüren organ nakilleri, organ satış sözleşmeleri gibi konularda yapılan sözleşmeler hukuken geçersizdir⁵⁸.

Kişilik hakkının konusu olan insanca yaşama olanağı sağlanması insanın doğuştan var olan yaşam, sağlık gibi maddi ve onur, saygınlık, özgürlük gibi manevi değerleri hukuk tarafından koruma altına alınmıştır.

1-5-4 Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı;

Bütün insanların yaşamını sürdürebilmesi, sağlık halini yitirdiğinde ve sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğunda bir sağlık kurumuna ulaşabilmesi hasta haklarının temelini oluşturmaktadır. Bu hakkın olmadığı durumlarda diğer hasta hakları bir anlam ifade etmeyecektir. Bireyin yaşadığı yerde kısa zamanda ulaşabileceği bir sağlık sisteminin kurulmuş ve işliyor olması durumunda bu hak gerçek anlamda var olabilir.

Sağlık hizmetlerinin bir hizmet olarak var olabilmesi için şu üç temel unsurun bir araya gelmesi ve bir uyum içinde işlemesi gerekir.

⁵⁸.Demet IŞIK,a.g.e,s..6-7

- Sağlık hizmetlerini verebilecek ve gerçekleştirecek nitelikte ve düzeyde gerekli altyapı, donanım, gerekli koşul ve olanaklara sahip olan kurum, kuruluş veya bunlardan oluşmuş bir hizmet zinciri.

- Bu hizmeti yerine getirecek şekilde eğitilmiş, bilgisitım, mesleğinin gereklerini yerine getiren, günceli izleyebilen, değişen hekimlik gereklerini her koşulda yerine getirebilen bir hekim ve onun içinde yer aldığı bir sağlık ekibinin varlığı.

- Hizmetin gerektirdiği örgütlenmeyi ve gereksinimleri karşılayabilecek bir şekilde önceden belirlenmiş ve örgütlenmiş bir finansman sisteminin olması.

Bunların tümüne sahip olan bir sistemden sağlık hizmetini alabilme olanağı da hastaların “ Sağlık Hizmetine Ulaşma Hakkı” olarak nitelendirilebilir. Bu sisteme ulaşma ve hizmeti alabilme hakkı aynı zamanda buna en kısa zamanda ulaşma ve gerektiği oranda yararlanma olanağını da kapsamalıdır. Bu tamamlayıcı hak “tedavi olabilme ve iyileşme hakkı” şeklinde de ifade edilebilir⁵⁹.

Hasta adil bir şekilde sağlık hizmetlerinden yararlandırılmalı, sunulan sağlık hizmetlerinin neler olduğu ve bunlarda nasıl yararlanabileceği hastanın kendisine, sağlık kuruluşları tarafından oluşturulan birimlerce en kolay ve kapsamlı şekilde anlatılmalıdır. Hastaya gerekli durumlarda kanun ve mevzuatın izin verdiği ölçülerde sağlık kuruluşunu seçme ve değiştirme hakkı sağlanmalıdır. Hastaların bu haktan yararlanabileceği şekilde sağlık kuruluşları hastaya hekim ve diğer sağlık personeli konusunda bilgiler verir. Hastanın tedavi önceliği yaşlı ve özürölüler ile acil ve adli vakalar dışarı tutulmak kaydıyla tıbbi kriterlere dayalı objektif olarak yapılmalıdır. Sağlık çalışanları hastanın sağlığını korumak ve tedavi etmekle yükümlü olup hastanın tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım görme hakkının yerine getirilmesinden sorumludur. Tıbbi gereklilikler dışında hastaya müdahalede bulunmak ve ötenazi yasaktır.

⁵⁹ Mustafa SÜTLAŞ,a.g.e,s.70

1-5-5 Bilgi alma hakkı;

Hastanın kendi durumuyla ilgili hekimden bilgi alması temel haklardan birisidir. Hasta – hekim ilişkisi içerisinde tarafların bilgilendirme işleminden yarar sağlanması amaçlanmıştır. Burada asıl yarar hastanın sağlığı ve sağlıklı yaşamasıdır. Hastanın durumuyla ilgili bilgi edinilmesinin ardından tedavi yöntemiyle ilgili değerlendirme de bulunacak, hekimle uzlaşarak gerekli işlem için işbirliğinde bulunacaktır.

Genellikle hastanın durumuyla ilgili bilgilendirilmesi hemen yapılmakla birlikte tam bilgilendirme için bazı unsurların bulunması gerekir. Hastanın bilgilendirilmesinde ortaya çıkan sorunlar bu unsurların neler olduğu ve bilgilendirme sırasında göz önünde bulunup bulunmaması ile ilgilidir.

Hastanın bilgilendirilmesi, hangi sağlık sisteminde olunursa olunsun, genellikle şu ya da bu oranda hemen daima yapılmaktadır. Ancak tam bir bilgilendirme için bazı unsurların bulunması gerekir. İşte bilgilendirmeye ilgili sorunların çoğu bu unsurların neler olduğu ve her bilgilendirme sürecinde bulunup bulunmadığı noktasında ortaya çıkmaktadır.

Bu unsurların neler olduğunu alt başlıklar halinde şöyle ele almak olasıdır⁶⁰.

- Bilgilendirme İnsana Saygının Gereğidir,
- Bilgilendirme Karşılıklıdır,
- Bilgilendirme geniş kapsamlı olmalıdır,
- Bilgilendirme anlaşılmalıyı sağlamalıdır,
- Uygun ve anlaşılabilir bir dil seçilmelidir,
- Uygun bir tavır benimsenmelidir,
- Kesin ve olası durumların ayrımı yapılmalıdır,
- Bilgilendirme işlemi hastanın bazı fırsatları yitirmesine yol açmamalıdır,
- Bilgilendirme dostça yapılmalıdır,
- Tedavi yönetimini hekim seçer, hasta kabul ederse uygular,
- Bilgilendirme üçüncü kişilere danışmaya olanak tanımalıdır,
- Aydınlatma özgür durumu gerektirdiği içerik ve yoğunlukta olmalıdır,
- Bilgilendirmenin içeriği kaydedilmelidir,
- Aydınlatma etik ve hukuksal bir sorumluluk yaratır,

⁶⁰Mustafa SÜTLAŞ,a.g.e.,s.77-85

- Bilgilendirmeyi onam tamamlamalıdır,
- Hastaların yaşamı için zorunlu bile olsa müdahale öncesi aydınlatma yapılmalıdır.

1-5-6 Hastanın özel yaşamına saygı, gizlilik ve mahremiyet hakkı;

Hekim, hastadan başka kimsenin bilmediği bir alanda hizmet vereceği için hekim – hasta arasındaki ilişki çok özel ve kişisel bir ilişkidir. Tıp etiği ve meslek kuralları içerisinde gizlilik konusu büyük önem arz etmektedir. “iki kişinin bildiği şey, artık sır değildir” anlayışı çerçevesinde ikinci kişiyi oluşturan hekim, hastanın sağlığı ile ilgili sorunu ve içinde bulunduğu durum bir anlamda gizini öğrenecek ve bunu giz olarak saklaması gerekecektir. Bu gizi ortaya çıkaran hekim dahi olsa her zaman bu durumu devam ettirmek durumundadır.

Sağlıkla ilgili bilgiler, hastanın aleyhine kullanılabilecek bilgi türlerinden çok önemli bir bölümünü oluşturmaktadır.

1-5-7 Tıbbi müdahalenin hastanın rızası ile yapılması hakkı;

Tüm tıbbi müdahalelerde hastanın izni alınması zorunludur. Küçük ve ya kısıtlı hastalara tıbbi müdahale gerektiği durumlarda hastanın kanuni temsilcilerinden izin alınır ve aynı zamanda küçüklerde uygun şekilde bilgilendirilir. Toplum sağlığını etkileyebilecek hallerde tedbir alınması gerektiğinde ve tabi zorunluluk durumlarında hastanın rızası alınmadan tıbbi müdahale yapılma imkanı bulunabilir. Hasta tedavi için verdiği izni tıbbi zorunluluk halleri ve acil haller dışında her zaman geri çekebilir. Benzer şekilde kamu sağlığına yönelik tedbirler dışında, sorumluluk hastaya hatırlatılmak kaydıyla, hasta tedaviye son verebilir. Normal şartlarda hastaya uygulanan klasik tedavi yöntemlerinin fayda sağlamadığı durumlarda deney hayvanları üzerinde fayda sağladığı görülmüş yeni yöntemler ancak hastanın rızası alınarak uygulanabilir. Gebeliğin sona erdirilmesi ve sterilizasyon durumlarında hasta ile birlikte eşinin rızası alınması gerekli olup, aile hizmetlerinde Sağlık Bakanlığınca onaylanmayan herhangi araç ve ilacın kullanılması yasaklanmıştır.

1-5-8 Tıbbi araştırmalarda hasta sağlığının korunması hakkı;

Tıbbi etkinliğin artırılmasında, tüm insanlığa gerekli olan bilimsel ilerlemenin aracı olan deney araştırmaları büyük önem taşıtmaktadır. Hasta hakları açısından araştırma koşullarının net bir biçimde belirlenmesi bir zorunluluktur. Meslek ahlakı ve tıp etiğinin getirdiği kısıtlamalar dışında hukuksal olarak bu tür deneysel araştırmaların kuralları konulmalıdır.

Gerek araştırmaların gerekse hayvanlar üzerinde yapılan deneylerin yeterli olmadığı, insan üzerinde deneyin mutlaka gerekli olduğu durumlarda, insan üzerinde deneylere izin verilmiştir. Bu tür durumlarda alınan temel ölçüt deneyden elde edilecek sonuç ile zarar dengesidir. İşte bu nokta da hekime düşen görev insan saygınlığının buna bağlantılı hastanın haklarını gözetmek ve bu konuda bir dengenin olmasına zen göstermektir.

Bu nedenle insanlar üzerinde yapılan tıbbi girişimler bazı temel insan ve hasta hakları çerçevesinde kurallara bağlanır. Bu tür somut yasal düzenlemeler kapsamında yürütülen deneysel araştırmalar genellikle hak ihlallerine neden olmamalarına rağmen oldukları durumlarda kanunlar çerçevesinde yanlış uygulamalar ortaya konularak, yaptırımlar uygulanır

Sağlık bakanlığının izni alınmadan ve hastanın kendi rızası alınmadan deney, eğitim ya da araştırma amaçlı hasta üzerinde herhangi bir tıbbi araç ya da ilaç kullanımı yasaklanmıştır. Hastanın verdiği rızayı her zaman çekebildiği gibi araştırmada zararların önceden belirlenmesi mümkün olmadığı durumlarda hastanın rızası olsa bile hasta araştırma konusu yapılamaz.

1-5-9 Diğer haklar;

Diğer haklardan bazıları:

Güvenlik hakkı: Hasta ve yakınlarının can ve mal güvenliğinden sağlık kuruluşu sorumludur.

Moral desteği alma hakkı: Tedaviyi aksatmadığı ve sağlık kuruluşunun işleyişini bozmadığı müddetçe hastaların inançlarına uygun bir din görevlisi davet edilmeli ve dini vecibeleri için yer tahsis edilmelidir.

Şefkat görme hakkı: Hasta, hasta yakını ve ziyaretçilere bilgi vermek ve güler yüzlü hizmet sunmak sağlık personelinin görev ve sorumlulukları arasındadır.

Refakatçi bulundurma hakkı: Hekim tarafından uygun bulunan bir hasta yakını tedavi sırasında hastaya yardımcı olmak için refakatçi bulundurabilir

Sağlık sektöründe özelleştirmenin hizmet kalitesini artıracak ve hasta haklarını daha iyiye kullanma olanağı sağlayacağı ifade edilmektedir. Sağlıkta özelleştirmenin insanları daha sağlıklı yapıp yapmadığı tam ve net olarak ortaya konulmadığı müddetçe; gündemde olan sağlık sorunları için bir çözüm önerisi olarak topluma sunulmamalıdır. Ters bir durumda bu konuda topluma vaatlerde bulunmak onları yanlış bir beklenti içine sokar.

. Koruyucu sağlık hizmetleri, kazanç sağlamadıkları durumlarda, özellikle özel sağlık kurumları tarafından önem gösterilmemektedir. Bu durum devletin görev ve sorumlulukları içerisinde olması herkes tarafından kabul görmesine karşın koruyucu ve sağaltıcı sağlık hizmetleri bir bütün oluşturmaktadır. Toplumun büyük bir bölümü sağlık hizmetlerini kamu kuruluşları vasıtasıyla almaktadır. Özel sağlık kuruluşları az olmakla birlikte yüksek gelir gurubuna hitap ettiği için bu hizmetlerden yararlanan insan sayısı da azdır. Ülke içinde dağılımı dengesiz olduğu gibi ülke geneli için kapasitesi yetersizdir.

Günümüz koşullarında kamunun tamamıyla sağlık sektöründen elini ayağını çekmesi durumunda ortaya çıkan açık özel kesim tarafından kapatılması olanaksız olduğu gibi az sayıda insana hizmet sunan özel sağlık kuruluşları da, toplumun tamamına hizmet sağlamakta aciz kalacaktır. Aynı zamanda sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi hizmetin denetiminin elden geçirilmesine neden olabilecektir.

Konunun başından beri belirttiğimiz sağlık hizmetinin hak olduğu gerçeği, özel sağlık hizmetleri göz önüne alındığında kazanç elde etme nesnesi haline gelir. Kazancın ikinci plana atılması hiçbir özel şirket tarafından kabul edilmeyecek, özel sektör ruhuna ters düşen bir durumdur.

Sağlığın satın alınıp verilebilen bir hizmet şeklinde ifade edilmesi başta sağlık kavramıyla çeliştiği gibi insan ve hasta haklarına uymayan bir durum söz konusu olur. Sağlık hizmeti satın alınıp verilen bir hizmet olması uygun değildir.

Bu durumda sosyal güvenliğin ve sağlık finansmanının özelleştirilmesiyle sorunun ortadan kalkacağı düşünülmektedir. Ancak finansmanın özelleştirilmesi ve hizmet veren kurumlardan ayrılması tüm sorunları ortadan kaldıracakmış gibi davranılmaktadır. Buradaki asıl düşünce, kişi kimi isterse hizmeti ondan alacak, finansman sistemi de aldığı hizmetin bedelini ödeyecek biçiminde yapılmaktadır. Asıl amaç ise toplumu baştan çıkaran kesimlerin sağlıkları için birleşip, tükettikleri kaynakları başka kesime aktararak ziyan edilmesidir. Dünyada örneği görülmemiş sorunsuz işleten hiçbir sigorta ve sosyal güvenlik sistemi olmamasına rağmen bunu çözüm reçetesi olarak topluma sunmak ancak onları kandırmaya yönelik bir davranış olabilir.

Öncelikle yapılması gereken uygulamadan önce yeteri kadar düşünüp, geçerli çözüm yollarının araştırılıp üretilmesidir. Uygulamaya geçirilecek kararlar ancak daha sonra hayata geçirilmelidir. Tersine durumda bugün yaşanan sorunlardan çok daha fazla ve ciddi hak ihlallerinin doğması kaçınılmaz olacaktır. Sağlıkla ilgili haklar konusunda bu tür yanılgıları ortadan kaldırmakta yapılması gereken işlerden birisini oluşturmaktadır. Toplumu bilinçlendirmek, gerçekleri ortaya koymak çok önemli bir sorumluluktur⁶¹.

⁶¹ Mustafa SÜTLAŞ, a.g.e,s.179,180

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ

2-1 Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Uygulaması

2-1-1 Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi

Genel sağlık hizmetlerinin parayla alınıp satılamayacak bir hak olduğunu biliyoruz. Sağlık hizmetlerine yapılacak harcamalar günümüzde devletlerin öncelikle yerine getirmek zorunda olduğu refah harcamalarıdır. Gelişmiş ülkelerde, parayla alınıp satılamayacak bir mal veya hizmet olmayan sağlık için bütçelerinden önemli miktarda bir pay ayırmaktadırlar.

Halk sağlığı hizmetleri, devletin sunmak zorunda olduğu genel sağlık hizmetleridir. Genel sağlık hizmetleri etkili bir şekilde finanse edilmez ve etkili bir şekilde sunulmaz ise, özel sağlık hizmetlerinin maliyeti ve hastalıkların tedavi giderleri oldukça artar. Genel sağlık hizmetlerinin topluma sağladığı olumlu dışsallıklar nedeniyle özel sağlık hizmetlerinin ülke düzeyinde sağlık giderleri oldukça düşmekte ve maliyet azalmaktadır. Bu nedenle bulaşıcı hastalıklara karşı etkin önlemler alınması, bazı hastalıkların erken teşhisi amacıyla periyodik çek-up'ların yapılması, çevrenin korunması, insanların hastalıklar hakkında bilinçlendirilmesi devletin sağlık hizmetleriyle ilgili görevleridir.

Sağlık Hizmetlerinin örgütlenmesi, Sağlık Bakanlığının örgütlenmesi ve Sosyal Güvenlik Sisteminin örgütlenmesi şeklinde iki başlık altında ele alınabilir.

Aşağıdaki tabloda ülkemizde sağlık sektöründe yer alan kurum ve kuruluşların işlevlerine göre sınıflandırılması verilmiştir.

Tablo: 2-1 Türkiye’ de Sağlık Sektöründe Yer Alan Kurum ve Kuruluşların İşlevlerine Göre Sınıflandırılması

Politika Oluşturan Kuruluşlar	Sağlık Hizmeti Sunan Kuruluşlar	Sağlık Hizm.Fin. Sağlayan Kuruluşlar	İdari yetkili(Yönetim) Olan Kuruluşlar	Sağlık konusunda Dolaylı işlevleri Olan Kuruluşlar
Sağlık Bakanlığı	Kamu	Kamu		
Devlet Planlama Teşkilatı	Sağlık Bakanlığı		Sağlık Bakanlığı	Bayındırlık Bakanlığı
Anayasa Mahkemesi	Sosyal Sigortalar Kurumu	Maliye Bakanlığı		
Yüksek Planlama Kurulu	Belediyeler	Sağlık Bakanlığı Müsteşarlığı	İl Sağlık Müdürlükleri	Belediyeler
Yüksek Öğretim Kurulu	Kamu İktisadi Teşebbüsleri			
TBMM Sağlık ve Sosyal İşler Komisyonu	Diğer Bakanlıklar	Sosyal Sigortalar Kurumu	İç İşleri Bakanlığı	İç işleri Bakanlığı
TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu	Özel Vakıflar	Bağ-kur		
TBMM Genel Kurulu	Yerli Yabancı Hastaneler	Özel Vakıflar	İl (Vali_Kaymakam)	Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı
	Pratisyen ve Uzmanlar	Özel Sigorta Şirketleri		Diğerleri
	Eczacılar	Uluslararası Kuruluşlar		
	Özel Klinik Laboratuvarlar	(Dünya Bankası Birleşmiş Milletler vb.)		
	Sosyal Amaçlı Kızılay			
	Türk Aile Planlaması Vakfı			
	İnsan Kaynaklarını Geliştirme Derneği			
	Diğerleri			

Kaynak: Nejla Can, Avrupa Birliği ile Entegrasyon Sürecinde Türk Sağlık Sektörünün Durumu.

2-1-1-1 Sağlık Bakanlığı Merkez ve Taşra Örgütlenmesi

Sağlık Bakanlığı tüm ülkenin sağlık hizmetini sağlamakla yükümlüdür. Bunu da merkez ve taşrada bulunan birimleriyle yerine getirir. Merkez teşkilatı, bakanlığın bütün hizmetlerini planlama, programlama, idare etme ve denetleme görevlerini yerine getirir. Merkez teşkilatı; koordinasyon sağlama, politika üretme, hedefleri daha aşağı iletme, programları yönetme ve taşradan gelen bilgilerin toplanması ve değerlendirilmesi gibi faaliyetleri yürütür.

1983 yılında çıkarılan 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'ye (KHK) göre Sağlık Bakanlığı'nın görevleri şunlardır:

- Herkesin hayatını beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam iyilik halinde sürdürmesini sağlamak için fert ve toplum sağlığını korumak ve bu amaçla ülkeyi kapsayan plan ve programlar yapmak, uygulamak ve uygulatmak, her türlü tedbiri almak, gerekli teşkilatı kurmak ve kurdurmak,
- Bulaşıcı, salgın ve sosyal hastalıklarla savaşıyor koruyucu, tedavi edici, hekimlik ve rehabilitasyon hizmetlerini yapmak,
- Ana ve çocuk sağlığının korunması ve aile planlaması hizmetlerini yapmak,
- İlaç, uyuşturucu ve psikotrop maddelerin üretim ve tüketimini her safhada kontrol ve denetlemek; farmasötik ve tıbbi madde ve müstahzar üreten yerlerin, dağıtım yerlerinin açılış ve çalışmalarını esaslara bağlamak, denetlemek,
- Gerekli aşı, serum, kan ürünleri ve ilaçların üretimini yapmak, yaptırmak gerekirse ithalini sağlamak,
- Temel sorumluluk Sağlık Bakanlığı'na ait olmak üzere Tarım Orman ve Köy işleri Bakanlığı ve mahalli idarelerle iş birliği suretiyle gıda maddelerinin ve bunları üreten yerlerin sağlık açısından kontrol hizmetlerini yürütmek,
- Mahalli idareler ilgili diğer kuruluşlarla iş birliği suretiyle çevre sağlığını ilgilendiren gerekli tedbirleri almak ve aldirmek,
- Kanseri, verem ve sıtma ile savaş hizmetlerini yürütmek ve bu alanda hizmet veren kurum ve kuruluşların çalışmalarının koordinasyonunu ve denetimini sağlamak,
- Bu görevlerin yerine getirilmesi için gerekli tesisleri kurmak ve işletmek meslek personelinin yetiştirmek,
- Sağlık hizmetleri ile ilgili olarak milletler arası ve yurt içindeki kurum ve kuruluşlarla iş birliğinde bulunmak⁶².

Sağlık Bakanlığı Alt birimlerinin, 181 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede belirtilen görevleri EK-A' dadır.

⁶² 13.12.1983 tarihli ve 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname.

Merkez teşkilatında yönetim basamağının en üst düzeyini, Bakan, Müsteşar, beş Müsteşar Yardımcısı, Teftiş Kurulu Başkanlığı, Yüksek Sağlık Şurası ve danışmanlar oluşturmaktadır. Genel müdürlükler daire başkanlıkları ve müşavirlikler müsteşar yardımcılarına bağlıdır. Bu görevleri yapanlar, kendilerine verilmiş bulunan görevleri, kamu yönetimi mevzuatına göre yerine getirmekten sorumludurlar. Ana hizmet birimleri ile danışma ve denetim birimleri tablo 2-2 ' de gösterilmiştir.

Sağlık Bakanlığı'nın taşra teşkilatında ise illerde İl Sağlık Müdürleri bulunmaktadır. İl Sağlık müdürleri Valiye bağlı olarak çalışmaktadır ve Sağlık Bakanlığı'nca kendilerine verilmiş olan görevleri kendi sorumluluk alanları içinde yaparlar. Ayrıca Bakanlığın verdiği diğer görevlerden de sorumludurlar. Müdürlerin başlıca faaliyetleri şunlardır;

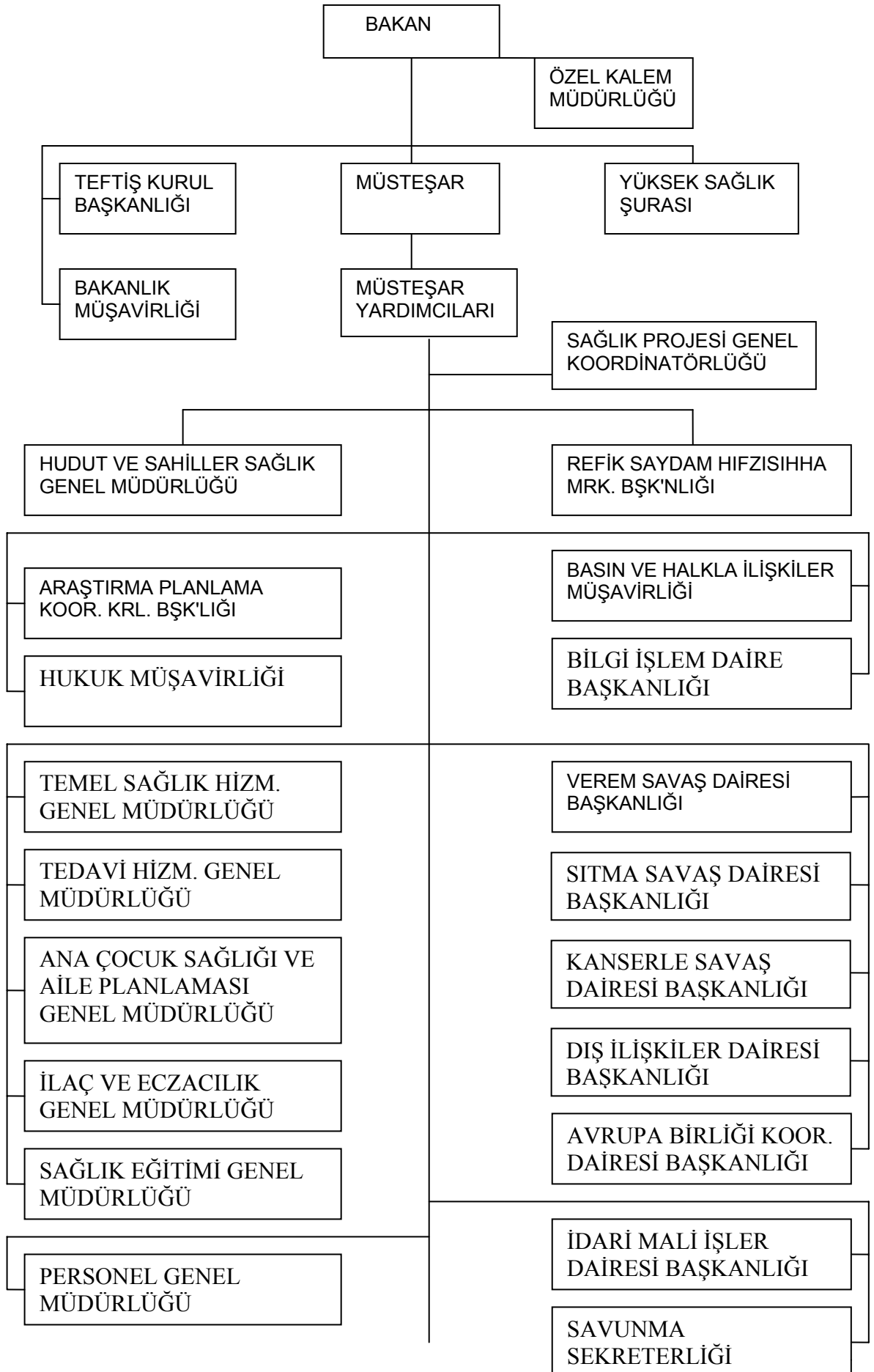
- Sağlık Bakanlığı ile kendi sorumluluk sahası içinde çalışan birimlerle ilişkiyi kurmak,
- Hizmet birimlerine idari destek sağlamak ve onları denetlemek,
- İhtiyaç görülen hizmet türlerini tespit etmek ve faaliyete geçirmek,
- Çıkan sorunları çözmek,
- İlde verilmekte olan sağlık hizmetlerini denetlemek.

İl sağlık müdürlüklerine verilmiş olan bu görevler, o ilde, bakanlık merkezinde yer alan genel müdürlük ve daire başkanlıklarını temsil eden müdürlük şubelerince yürütülür. Bu birimler tablo 2-3'de gösterilmiştir.

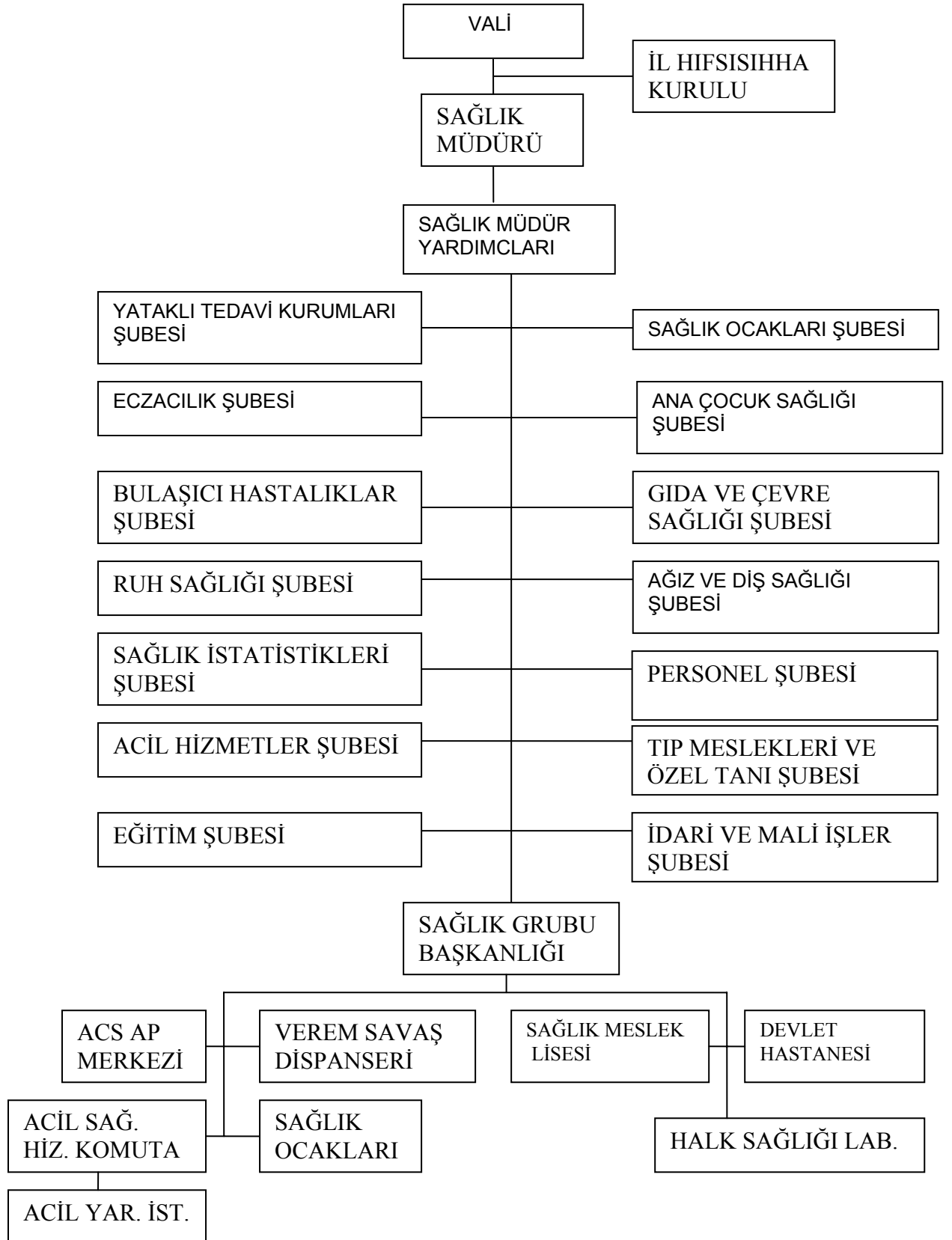
Ayrıca taşra birimleri ve Bakanlık Merkezleri ile iletişim valilikler aracılığı ile gerçekleştirilmektedir. Bu durum iletişimi zorlaştırmaktadır. Sağlık müdürlüklerine Bakanlık Merkezleri tarafından yeterli inisiyatif tanınmamıştır⁶³.

⁶³ Asım BALCI,a.g.e, s.87

Tablo 2-2 Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı



Tablo 2-3 Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı



2-2 Sağlık Harcamaları

OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında (Tablo 2-6) 1980'lerin sonunda Türkiye, sağlık harcamalarına ulusal kaynakları içinden en az payı ayıran ve en düşük miktardaki harcamayı yapan ülke durumundadır. Kamu kaynakları payının Toplam sağlık harcamaları içinde en az, kişisel harcamaların en yüksek olduğu iki ülkeden biri ABD, diğeri de Türkiye'dir.

Türkiye dışındaki OECD ülkeleri ulusal kaynaklarının durumuyla paralel bir performans çizmiştir. (-3 ile +9 arasında, beklenen performanstan çok az sapma göstererek). ABD'de sağlık harcamalarının yüzde 60 oranında kişisel kaynaklar tarafından yapılmasına rağmen, bu düzeyi tutturabilmek için İngiltere'nin 3 katı, İspanya'nın 4, Yunanistan'ın 6,5 katı daha fazla kaynak kullanmak zorunda kalmıştır. Sağlık harcamalarında kamu payı ve kontrolünün yüksek olduğu diğer OECD ülkelerinde, çok daha az kaynak kullanılarak aynı performansı gösterebilmişlerdir.

Türkiye, ne yüksek miktarda kaynak yaratılarak, desteklenmesi gereken kişisel harcamalara dayanan bir tercihi, (Türkiye/ABD kişi başına sağlık harcaması oranı 1/50), ne de küçük kaynağın etkin bir şekilde kamu kontrolü ile kullanacak tercihleri yapabilmiştir. Maddi olanakları ve insan gücü potansiyeli göz önünde bulundurulmadan yapılan bir sağlık stratejisi tercihi 1980'lerin sonunda Türkiye ye çok pahalıya mal olmuştur.

Tablo: 2-4 Çeşitli OECD Ülkelerindeki Sağlık Harcamaları ve Temel Sağlık Göstergeleri

	ABD	Norveç	İngiltere	İspanya	Yunanistan	Türkiye
Kişi Başına Sağlık Harcamaları (ABD Doları)	6102	3966	2508	2094	2162	580
Sağlık Harcamalarının. GSMH içindeki Payı %	15,3	9,7	8,1	8,1	10	7,7
Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Kamu Kaynakları Payı (Yüzde)	44,7	83,5	86,3	70,9	52,8	72,1
Doğuştan Beklenen Yaşam Süresi (Yıl)	74,8	77,1	76,2	77,2	75,4	68,8
5 Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızı (Binde)	7,2	4	5,7	5,7	5,7	38,5

Kaynak : OECD, 2004

Tablo: 2-5 Genel Katma Bütçe İçerisinde Sağlık Harcamaları(Cari Fiyatlarla, Milyar TL)

	SAĞLIK BÜTÇESİ (1)				KONSALİDE BÜTÇE İÇİNDEKİ PAY (%)			
	Toplam		Yatırım		Toplam		Yatırım	
Yıllar	Başlangıç Ödeneği	Harcama	Başlangıç Ödeneği	Harcama	Başlangıç Ödeneği	Harcama	Başlangıç Ödeneği	Harcama
1995	48.892	57.275	3.757	2.741	3,6	3,3	4,4	2,7
1996	98.287	117.119	12.390	5.041	2,8	3,3	3,5	1,4
1997	204.938	209.600	26.355	25.759	3,2	3,3	4,1	4,5
1998	391.703	—	32.613	—	2,6	—	2,2	—
1999	663.124	664.000	93.300	97.000	2,8	2,8	1,4	1,5
2000	1.059.825	1.065.000	155.670	160.000	2,3	2,3	1,5	1,5
2001	1.280.660	1.300.000	112.480	130.000	2,6	2,7	2,3	2,7
2002	2.345.448	2.500.000	203.840	225.000	2,4	2,5	2,1	2,3
2003	3.570.054	3.600.000	344.245	360.000	2,4	2,5	2,3	2,4

Kaynak : Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı.

Dünya Bankası dokümanlarında, Türkiye ve benzeri orta gelir grubundaki ülkelerin sağlık ekonomilerine yönelik stratejisi başlıca dört başlıkta toplanabilir⁶⁴:

- Ulusal ekonomiden sağlık harcamalarına istikrarlı bir biçimde daha fazla kaynak aktarılması sağlanmalıdır. Bu kaynak aktarımı ancak talep sıkıntısı çekilmeyen tedavi hizmetleri alanında sağlanabilir. Kaynak aktarımı tedavi hizmetlerine kişisel kaynaklardan yapılacak istikrarsız ödemeler yerine, , sağlık sigorta fonları aracılığıyla yapılmalıdır. Nüfusun tümü sigorta kapsamına alınmalıdır. Prim ödeme gücü olmayanların primleri devlet bütçesinden karşılanmalıdır.

- Devlet bütçesinden tedavi hizmetlerine kaynak aktarılmasına son verilmelidir. Bütçe, tedavi hizmetleri talebinin gelişmediği alanlarda ve koruyucu sağlık hizmetlerinde kullanılmalıdır.

- Tedavi hizmeti veren kurumlar, sigorta fonlarının hizmet satın aldığı kurumlar hainle dönüştürülmeli, bu amaçla tedavi hizmetleri alanında reorganizasyona gidilmelidir. Sağlık sektöründe hizmeti veren ile finanse eden birbirinden ayrılmalı, her ikisi arasındaki ilişki piyasa aracılığıyla sağlanmalıdır. Finansmanı sağlayan sigorta kurumlarının, istediği standarttaki hizmeti istediği sağlık kurumundan satın alabileceği bir düzen oluşturulmalıdır. Sağlık kurumlarında mali verimlilik ve hizmet kalitesi ancak bu yöntem ile yükseltilebilir. Bu amaçla özel hastanecilik teşvik edilmeli, ancak esas dikkat, kamu hastanelerinin sigorta fonlarına hizmet satacak işletmeler durumuna dönüştürülmesine verilmelidir. Hastaneler dışındaki tedavi hizmet talebinin geliştiği alanlara devlet bütçesi kaynaklarının aktarılması kesilmeli, bu hizmetlerin özel muayenehaneler ve poliklinikler (aile hekimliği) tarafından verilmesi ve finansmanının sigorta fonlarınca yapılması hedeflenmelidir.

Dünya Bankası'na göre, sağlık sigortası modelinin öne çıkmasındaki temel varsayım;"mevcut genel bütçe gelirleri, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların

⁶⁴ İrfan GÖKÇAY, **Özelleştirme Değil Kamulaştırma**,Kaynak yayınları,İstanbul,1998,s.138

gereken düzeye çıkartmak açısından yeterli değil, genel bütçe havuzunu artırma olanağı da yok, ek bir kaynak mekanizması yaratma zorunlu! “ olarak özetlenebilir. Bu bağlamda, asıl gerekçe, gelir dağılımı eşitsizliklerini giderme açısından gerekli olan “progresif” nitelikli bir vergi reformunun, bugünkü sınıfsal dengeler içinde olanaklı olmamasıdır. Vergi tabanı, yüksek gelirle toplumsal sınıflara oturtulamayınca, kamu gelirlerinde yetersizlik olacak, bu da doğrudan hizmetten yararlanacakları için sigorta adıyla ek vergiyi gerektirecektir. İşin özü budur⁶⁵.

- Tedavi hizmetleri finansmanını üstlenecek olan sağlık sigortalarının mali krizini önlemek için aktif-pasif dengesinin (1/4 ile 1/7 arası alternatifler) sağlanması için tedbirler alınmalıdır (Mezarda emeklilik Yasası).

Sağlık politikası "İrk, din, politik inanç ve ekonomik güç ayrıcalığı olmaksızın, herkesin olabilen en yüksek düzeyde sağlık hizmetinden yararlanma hakkı" olarak, sağlık ise "Yalnız hastalık ya da sakatlığın bulunmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali" şeklinde tanımlanmıştır⁶⁶.

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de, sosyal ve ekonomik kalkınmanın temel göstergelerinden biri olan sağlık hizmetleri, giderek artan bir önem kazanmaktadır. Sağlık sektörü birden fazla yönetim ve yapılanmaya sahiptir. Bu yapılanma içinde hizmeti finanse eden kuruluşlardan en büyük payı Sağlık Bakanlığı almaktadır. Bunu, SSK Genel Müdürlüğü, Milli Savunma Bakanlığı takip etmektedir. Son yıllarda özel sağlık sigortaları da bu harcamalar içinde önemli bir paya sahip olmaya başlamış, günümüzde %30 lara ulaşmıştır.

Dünyada sağlık harcamalarının dağılımında, en yüksek payı yatarak yapılan tedavi hizmetleri almaktadır. 1997 yılı itibariyle, AB'de toplam sağlık harcamalarının %41.8'i yatarak tedavi, %32.1'i ayakta tedavi ve %15.1'i ilaç tüketimine yapılmıştır⁶⁷. Türkiye'de sağlık harcamaları içinde yatarak tedavi hizmetlerinin payı %40'lar düzeyinde iken, ayakta tedavi, ilaç, koruyucu ve geliştirici sağlık harcamalarının payı %60'lar seviyesindedir. Ülkemizde sağlık harcamaları içinde ilaç tüketimi oranının çok daha yüksek olduğunu görüyoruz. Buradan da anlaşılan %60'lara ulaşan ayakta tedavi hizmetleri

⁶⁵ Ata SOYER, **AKP'nin Sağlık Raporu**, Evrensel Yayın, İstanbul 2007, s.35

⁶⁶ İnsan Hakları Evrensel Bildirisi ve Dünya Sağlık Örgütü Anayasası

⁶⁷ OECD, Health Data 1999

kapsamındaki harcamaların güvence altına alma gerekliliğidir. Şu anda İstanbul gibi büyük şehirlerde bir doktor vizitesi 60 YTL ile 150 YTL, bir ilaç reçetesi için de ortalama 100 YTL seviyesinde ödeme yapılmaktadır. Öte yandan bir yıl içinde gidilen sadece birkaç doktor ve reçete maliyetlerinin toplamı ile bir özel sağlık sigortası almanın mümkün olduğunu görüyoruz. Özel sağlık sigortaları, kişilerin sağlık sorunlarını daha kolay bir yolla çözümleyebilmeleri için geliştirilmiştir. Böylelikle sigortalılar öngörülemeyen bir rahatsızlığın maddi sıkıntısını yaşamaksızın, istedikleri bir sağlık kuruluşunu tercih ederek daha uygun koşullarda tedavi edilerek sağlıklarına kavuşabilmektedirler⁶⁸.

Son 10-15 yıl içinde Türkiye'nin ulusal geliri 150-210 milyon dolar civarında olmuştur. Bu gelirin %3 ila %4 oranında bir bölümü sağlık harcamalarına gitmektedir. Son 20 yılda sağlığa ayrılan kaynaklar artış göstermektedir. Kişi başına düşen sağlık harcaması 1980 yılında 55 dolarken 1998 yılında 140 dolar olmuştur. Bu veriler incelendiğinde ulusal gelirden sağlığa ayrılan payın 9.5 milyar dolar olduğu ortaya çıkmaktadır. DPT nin açıklamalarında ise bu rakam 8.1 milyar dolar civarında görülmektedir⁶⁹.

1980'de 1.3 milyar dolar olan kamu sağlık harcamaları 1989'a kadar oldukça düşük seyretmiş, 1989'dan itibaren yükselmeye başlamış ve 1993'de 5.28 milyar dolar ile pik yapmış, sonra 1994 krizi ile gerilemiş, ancak 1998'de tekrar 5 milyar doları geçmiştir. Aynı sürede özel sağlık harcamaları 1.2 milyar dolardan 3 milyar dolara yükselmiştir.

Bu paralar nereden geliyor, nerelere gidiyor diye bakalım: Tokat'a göre, sağlığa akan paranın %41'i genel bütçeden gelirken, %26.4'ü sigorta primlerinden ve % 32.6'sı ise cepten / özel kaynaklardan geldiği belirtilmiştir. 1988-98 yılları arasında, genel bütçeden gelen para %33.4'ten, %41'e(1993'te %50), sigorta primlerinden gelen para %14.4'ten , %26.4'e ve özel kaynaklardan/cepten gelen para ise %52.2'den, %32.6'ya gerilemiştir⁷⁰.

Sağlığa ayrılan toplam paranın kamu payı %67, özel sektör payı ise %33 civarındadır. Genel bütçeden sağlığa ayrılan kamu payını da incelediğimizde, Sağlık Bakanlığı bütçesinden %53, Üniversitelerden %23, diğer bakanlıklardan %13 ve Milli Savunma Bakanlığından %11 oranında kamu harcaması yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı Bütçesini incelediğimiz

⁶⁸ www.sigortam.net/bultenler/29/29_saglik.asp - 13k

⁶⁹ Ata SOYER,age,s.39

⁷⁰ AKTARAN,Ata SOYER,age,s.39,(DPT,Sağlık Bakanlığı Proje Koordinatörlüğü,1996; Sağlık Bakanlığı Proje Koordinatörlüğü; Sağlık Bakanlığı Proje Koordinatörlüğü,1998)

zaman ise döner sermaye payının %28 civarında olduğunu görebiliriz. Üniversitelerden gelen paranın ise % 70' civarında bir bölümü döner sermayedir. On yılda ikiye katlanan sigorta primleri sağlığa akan kamu payını artırıyor göstermektedir. Kamu payının %50'lik kısmını oluşturan Sağlık Bakanlığı bütçesinde de dörtte biri döner sermaye gelirleriyle ayakta tutulmaktadır. Üniversitelerden aktarılan payı incelediğimizde de yaklaşık üçte ikisi döner sermaye gelirlerinden oluşmaktadır. Bu rakamları incelediğimizde genel bütçeden sağlığa ayrılan payın yaklaşık %30'unun döner sermaye gelirleri ve fonlardan oluştuğu görülmektedir.

% 67 oranında kamudan, %33 oranında özelden toplanan para dağıtılırken kamu ve özel sektörün payları tersine dönerek, %43 kamuya, %57 özele gitmektedir⁷¹. Kamunun payının %67'den, %43'e düşmesinin ve özelin payının %33'ten, %47 çıkması bize kamunun toplam sağlığa ayrılan paranın %24'ü kadar bir bölümünü özele aktardığını göstermektedir.

1988-98 yılları arasında kalan sürenin sağlık hizmetlerinde kamudan özele kaynak aktarımının temel taşlarının atıldığı bir dönem olmuştur. Kamu harcamalarının sınırlandırılması konusunda yoğun çabaların olduğu günümüzde, kamu kaynaklarının özel sektöre kaydırılması, sağlık sisteminde özelleştirmeye doğru atılan her adımda kamu sağlık harcamalarının düşmeyeceğini aksine sürekli artacağını bize göstermektedir. Bu gün Amerika'da yaşayan birçok Türk aile ülkemize gelirken orada ucuz olan teknolojik cihazları hediye olarak getirirken, sağlıkla ilgili birçok sorununu da (Özellikle diş ve göz hastalıkları tedavisi) Türkiye'de halletmeye çalışmaktadır. Özel sektöre kamu gelirlerinden pay ayrılması en çok ilaç alımlarında görülmektedir. Yılda 3-3.5 milyar dolar olan ilaç harcamalarının 1.5 milyar dolar kadarının özel harcama olduğu ifade edilmektedir.

SSK, kamunun özele kaynak aktarmasında en "örnek" kurum olarak gösterilebilir: Örneğin 1980'de SSK'nın ilaca akıttığı para, toplam SSK sağlık harcamaları içinde %13.7 oranında yer tutarken, 1998'de %41.7 olmuştur. SSK'nın anlaşmalı hekimlerden hizmet alımları için ayırdığı pay da, aynı sürede %6'dan, %27.4'e yükselmiştir⁷².

⁷¹ AKTARAN: Ata SOYER, age, s.40, (Sağlık Bakanlığı Sağlık proje koordinatörlüğü, 1998)

⁷² Ata SOYER, age, s.40, 41

Son 20 yılda sağlık harcamalarında dört kat bir artış olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca sağlık harcamalarında kamu payında her geçen yıl bir artış görülmüştür. Kamu harcamalarının artışı iki temel unsura dayanmaktadır, bunlar; sigorta primleri ve döner sermaye gelirleridir.

Sağlık finansmanı ile ilgili rakamları, bir de ülke ekonomisi çerçevesinde değerlendirelim, hangi sonuçlara varırız? Bunun için 2003 bütçesine bakmakta fayda var. Yaklaşık 147 katrilyon TL kadar olan 2003 bütçesinin %70'e yakını transfer harcamalarıdır. Yatırımın payı sadece %4'tür. Bütçede Sağlık Bakanlığı'na ayrılan para, 3.6 katrilyon TL' dir (%2.4).Sağlık Bakanlığı'nın yatırımlara ayırdığı para ise sadece 344 milyar TL'dir.

147 katrilyon TL olan bütçenin, vergi gelirleri 84 katrilyon TL'dir. Buna karşın transfer harcamaları 101 katrilyon TL, iç borç 130 katrilyon TL ve dış borçta 19 katrilyon TL'dir. Böyle bir tabloda hükümetin, sağlığa daha çok para ayırması ve kamu sağlık hizmetlerini iyileştirmesi mümkün görülmemektedir. Hükümet borçları karşılamaktan çok uzak olan gelirlerini de arttıramayacağı için, olsa olsa hizmetleri alanların "katkı payları"na başvurmaktan başka bir çare bulamayacak gibi durmaktadır⁷³.

Sağlığa ayrılan kamu payının azaltılması, sağlık ocaklarının etkinliğini hızla azaltmaktadır. Ülkemizde 6000 civarında sağlık ocağı mevcuttur, bu sayı ihtiyacı karşılamamaktadır ve içinde bulunduğumuz yıllarda sağlık ocağı yapımı da yavaşlamıştır. Türk Tabipler Birliği'nin bir araştırmasına göre ise sağlık ocakları sayısının yeterli miktara gelebilmesi için yılda en az yüz sağlık ocağı yapılması gerekmektedir. Özellikle Güneydoğu Anadolu bölgesinde ve büyük şehirlerde sağlık ocakları sayısı oldukça yetersizdir. İstanbul'da 50.000 kişiye bir sağlık ocağı düşmektedir. Bu durum, büyük şehirlerde özel sağlık kuruluşlarının artmasına ve kırsal alanda ise sağlık hizmeti verilememesine sebep olmaktadır.

Sağlık alanında kamu harcamaları Sağlık Bakanlığı, Hudut ve Sahiller sağlık Genel Müdürlüğü, Üniversiteler, Sosyal Yardımlaşma Fonu, diğer bakanlıklar, sivil kuruluşlar, sosyal güvenlik kurumları (SSK, Emekli Sandığı, Bağ-kur), Kamu İktisadi Teşebbüsleri ve belediyeler tarafından üstlenilmektedir. Özel harcamalar ise kendi ceplerinden harcama yapan kişilerle, özel sigorta programlarına verdikleri primlerle katkıda bulunan kurum ve kişilerden oluşmaktadır. Dünya Bankası Raporuna göre Bağ-kur'luların yüzde 40'ı, SSK'lıların yüzde 17'si, Emekli Sandığına bağlı olanların yüzde 10'u, hiçbir sağlık güvencesi olmayanların ise yüzde 30'u

⁷³ AKTARAN, Ata SOYER,age,s.42,43 (2003 Mali Yılı Bütçe Kanun Tasarısı)

özel sağlık sunucularından yararlanmaktadır. 1996-2003 yılları arasında sağlık alanında yapılan kamu harcamalarının kaynak ve kullanıcılar açısından dağılımı aşağıdaki tablolarda yer almaktadır:

Tablo:2-6 Toplam Sağlık Harcamaları

Yıllar	Toplam Kamu sağlık Harcamaları	Tahmini Özel Sağlık Harcamaları	Toplam sağlık Harcamaları
1996	321.9	80.5	402.4
1997	731.1	182.9	913,9
1998	1479.7	369.9	1849,6
1999	2567.4	641.8	3209,2
2000	4359.1	1089.8	5448,9
2001	5589.6	1229.7	6819.4
2002	9517.6	2189.0	11706.7
2003	13242.6	3045.8	16288.4

Kaynak: Yıldırım,S.,”Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi”, DPT Yayın No:2350,Ankara,1980-2003 Yılları.

OECD ülkelerinde sağlık harcamalarının GSMH’ye oranı ortalama %8 civarındadır.

Tablo:2-7 Temel Kaynaklar Açısından Sağlık Harcamaları (Yüzde Olarak):

Yıllar	Sağlık Bakanlığı ve Diğer Bakanlık Bütçelerinden	Üniversite Bütçelerinden	Bütçe Dışı Fonlar	Sosyal Güvenlik Kurumları
1996	53.8	5.3	0	39.5
1997	51.9	5.8	0.5	40.1
1998	46.2	4.6	0.8	44.9
1999	45.1	3.9	0.9	46.5
2000	42.1	3.8	0.9	49.5

Kaynak: Dünya Bankası, 2001.

Tablo:2-8 Temel Kullanıcılar Açısından Sağlık Harcamaları (Yüzde Olarak):

Yıllar	Sağlık Bakanlığı Üniversiteler	Sosyal sigortala Kurumu	Özel
1996	68.5	22.3	9.2
1997	71	20.4	8.6
1998	71.8	19.2	9.0
1999	70.6	20.0	9.4
2000	70.4	19.8	9.8

Kaynak: Dünya Bankası, 2001.

Sağlık alanında sabit sermaye yatırımlarına bakıldığında kamu kesiminin özel kesime göre ağırlıklı olduğu görülmektedir.

Tablo 2-9 Sağlık Sektöründe Sabit Sermaye Yatırımlarının Sektörel Payları

	Kamu		Özel		Toplam	
Yıllar	Miktar	%	Miktar	%	Miktar	%
2003	936	5.6	1592	4.0	2578	4.4
2004	1141	5.7	2329	3.8	3470	4.3
2005	1602	6.3	3004	4.2	4606	4.8

Kaynak : DPT Temel Ekonomik Göstergeler, Ağustos 2005, s.35

Türkiye’de sabit sermaye yatırımları içinde sağlık sektörünün payı çok yüksek değildir. Ancak mevcut yatırımlar ağırlıklı olarak kamu sektöründe yapılmaktadır. Özel sektör karlılığı ve rekabet koşulları daha farklı olan sabit sermaye yatırımlarına yönelmektedir. Bu kapsamda daha çok imalat, ulaştırma ve konut sektörlerini tercih etmekte dolayısıyla sağlık sektöründe özel sağlık sermaye yatırımlarının toplam içindeki payı düşük kalmaktadır⁷⁴.

Türkiye’de özel sağlık politikası oluşturma çabası 1961 yılında çıkarılan 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’la gerçekleştirilmeye çalışılmış ve bireyin refahını artırmasında sağlığın önemli bir öge olduğu vurgulanmıştır. Bu model evrensel bir sağlık hizmetinden çok, sosyal sigorta kapsamına dahil olanlarla, bakmakla yükümlü olduklarını kapsamıştır. 1970’lerin sonlarında SSK, Emekli Sandığı, Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı ile bütçeden ayrılan paylarla birlikte toplam sağlık hizmetlerinin miktarı yaklaşık olarak 50 milyon TL olmuştur. GSMH içindeki oran ise yüzde 1 civarında olmuştur. Bu veriler de göstermektedir ki, sağlık alanı sosyal güvenlik harcamaları içinde önemli bir yer tutmamış, 1980’lere kadar temel bir devlet sorumluluğu olarak görülmemiştir.

⁷⁴ Asuman ATALAY, **Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar Ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi**, Sayıştay Dergisi, sayı 64

Sanıldığıının tersine, özel sosyal güvenlik sistemleri, Avrupa'da kurumsal düzeyde merkezi ya da yerel yönetimlerce işletilen benzerlerinden daha iktisadi değildir. Tam tersine, dünyada sağlık harcamalarının en yüksek olduğu ülke (GSYH'nın % 11 i)ABD'dir. Ayrıca çelişkili görülse de OECD ülkeleri arasında bu harcamaların en düşük olduğu ülke, genel ve ücretsiz sosyal güvenlik ülkesi olan İngiltere'dir. (GSYH' nın % 7' sinden az)⁷⁵. Almanya' da ise bu oran GSYH 'NIN % 9 'udur. Bu oranlardaki müthiş çelişkinin farkına varmak gerekir. Nitekim bu üç ülkeden sağlık durumu en az iyi olan, bu alana en çok harcayan ABD' dir. Oysa ABD aynı kalitede en az harcayan ülke olmalıydı, zira sağlık sistemi esasen özeldir.⁷⁶

ABD' de hükümet, sağlık harcamalarındaki artışı sınırlama amacıyla çabalarını çoğaltsa bile, bu çoğu kez sonuçsuz kalmaktadır. Bu başarısızlığa iyi bir örnek, sağlık yönetimini iyileştirmek ve federal programların yükümlülüğünde olan geri ödemeleri sınırlandırmak üzere hastanelerde uygulamaya konan reformdur. 1984' te kongre MADICARE'nin finanse ettiği sağlık harcamalarındaki artışı sınırlamaya çalışmıştır. Bu amaçla hastalara uygulanan tıbbi hizmetler temelinde hesaplanan hastanelere geri ödeme sistemini değiştirmeyi kararlaştırmıştır. Her bir tıbbi işlem çeşitli bölümlere – cerrahi, anestezi, ameliyathane, biyolojik tahliller vb. ayrılmıştı; bunların her biri için sigortalılar ve MEDICARE' nin ödemelerinde temel olarak kullandıkları ayrı bir tarife vardır. Bu çok kesin olmakla birlikte son derece karmaşık ve dalavereciliği kolaylaştıran bir yöntemdir. Nitekim bu yöntem, geri ödemeler tutarını arttırmak amacıyla aynı hastaya yönelik tıbbi müdahale sayısını (örneğin radyolojik incelemeler) yapılandıran fazla göstermeye olanak veriyordu. Bu tür girişimlerin çoğalması üzerine ödemeyi yapanların yararlı olanlarla olmayanları ayırt etmesi olanaksızlaştırıyordu. Ayrıca tarifelendirmenin her zaman yeni tekniklere uyarlanmamış olması da bazı hekimlere aşırı ödemelerde bulunulmasını mümkün kılıyordu. Örneğin bir menüsküs ameliyatının tarifesi her zaman iki saatlik bir ameliyata göre

⁷⁵ Michel ALBERT, **Kapitalizme Karşı Kapitalizm**, AFA 21. Yüzyıla doğru dizisi, Afa yayınları, 1992, s.208

⁷⁶ Michel ALBERT, a.g.e, s.210

hesaplanıyordu. Oysa endeskopi sayesinde aynı müdahale artık on dakikada gerçekleştirilebilmektedir.

Bütün bunları düzeltmek için Kongre artık yapılan tıbbi girişimlere göre değil, ama hastalık türlerine göre bir ödeme sistemini uygulamaya koydu. Böylece her hasta için standartlaştırılmış bir fiyat üzerinden ödeme ilkesi yürürlüğe girdi. Fakat gerçek bir toplumsal sorumluluğun olmaması yeni sistemin yaşama geçmesini büyük ölçüde zorlaştırdı. Kötü yönetilen bazı hastaneler çok geçmeden ciddi mali güçlüklerle karşılaştılar. Birçoğu ise en iyi ödenen ya da rekabet yeteneklerinin en yüksek olduğu hastalık türlerinin tedavisini daha cazip gördüler. Pek az sayıda olan diğerleri gerektiğinde geri çevirmek için, hasta kabul işlemlerini yapmadan önce hastaların kuruma getireceği mali riski tespit etme gayreti içine girdiler. Kısa vadede karı meşru kılan bir ortamda, hastalık sigortasından elde edilebilecek geri ödemeleri azamileştirme yolu niçin tercih edilmesin ki? Paranın hükümrân olduğu ülkede bu, eşyanın doğasına uygundur. İlk bakışta tutarlı gibi görünen bir ıslahat da işte böylece amacından sapıverdi. Sonuçta ilk cesaret verici gelişmelere rağmen ABD’de hastanelere yatma masraflarında artış hızı yavaşlamadı⁷⁷.

Sağlık hizmetlerinin çok büyük bir oranda özelleştirildiği ABD’ de sağlık harcamalarının bu kadar yüksek olması sağlık alanında işletme, müşteri ilişkisi ve işletmelerin kar maksimizasyonunu devamlı en üst düzeyde tutmak istemesinin bir sonucudur. ABD örneğinde de görüldüğü gibi ülkede toplam sağlık harcamaları arttığı gibi, hasta muayene ve tedavi ücretleri de artmaktadır.

Sağlık hizmetini vermek de sosyal bir hukuk devletinin yerine getirmekten vazgeçemeyeceği en önemli görevlerden birisidir. Bu nedenle devlet herhangi bir biçimde tüm toplumun sağlık hizmetini yerine getirebilecek bir hizmet sisteminin finansmanını sağlamakla yükümlüdür.

İdeal olan ve genel giderler açısından üstünlüğü kanıtlanmış olan en doğru yöntem, bu hizmetin finansmanının genel bütçeden karşılanmasıdır. Ancak ülkeler benimsedikleri ekonomik politikalara göre buna değişik biçimlerde bireylerin özel katkısını talep edebilirler. Ancak tek tek bireylerin yapacağı katkıların adalet, hakkaniyet ve eşitlik kuralları gözetilerek belirlenmesi gereklidir.

Yıllar boyunca tartışılan ve toplumu boş umutlara yönlendirip kandırmaktan başka bir işe yaramayan “genel sağlık sigortası”, “kişisel sağlık sigortası”, “sağlık sandığı kurumu” gibi modellerin, devletin bu hizmetin yükünün kendi üzerinden atmasının hazırlıkları olduğu artık ortaya çıkmıştır.

⁷⁷ Michel ALBERT, a.g.e, s..213

Bu yanlış modeller yerine, gelir düzeyine bakılmaksızın toplumun tüm sınıf ve katmanlarıyla kucaklanacak bir sağlık sistemini oluşturacak gerçekçi bir finansman yönteminin devlet eliyle uygulamaya geçirilmesi gereklidir.

Aslında finansman konusunda öyle yeni yöntemler keşfetmeye de gerek yoktur. Dünya üzerinde uygulanan yöntemler arasında, ülke koşulları ve toplumun gereksinimine en uygun olanın bulunması o kadar da zor değildir. Böyle bir yöntem, uygulamaya ilişkin gerekli ön hazırlıkları eksiksiz bir şekilde tamamlandıktan sonra bir an önce ülkenin sağlık politikasının gerektirdiği finansman finansmanı olarak uygulanmalıdır. Bu konuda halen yaşanan karmaşanın ve sağlık güvencesinden yoksun yurttaşların durumunun, devlet eliyle bireylerin en temel haklarından birisi olan sağlıklı yaşama ve sağlık hakkına indirilmiş çok büyük bir darbe olduğu unutulmamalıdır⁷⁸.

2-3 Sosyal Güvenlik Kuruluşlarınca Yapılan Sağlık Yardımları

Sağlık sisteminin oluşturulması için finansman sorunun çözülmesi gerekmektedir. Her bireyin sağlık problemi yaşadığında, doğrudan başvurabileceği bir hekimin ve sağlık kurumunun olması, ardından sistemin genişletilmesi gereklidir. Bu tür bir başvuru mekanizması yasalarda da yer almaktadır.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin sunulması bakımından olduğu gibi hizmet finansmanı konusunda da bir dağınıklık ve karmaşa yaşanmaktadır. Sağlıkla ilgili kurumlar özel hastaneler dışında Sağlık, Sosyal Güvenlik, İç İşleri, Milli Savunma, Ulaştırma, Milli Eğitim Bakanlıkları ve üniversiteler, belediyeler, dernekler, vakıflar çatısı altında yer almaktadırlar⁷⁹.

Sosyal Güvenlik kapsamında bulunan nüfus gruplarının 2001 yılındaki Sosyal güvenlik kuruluşlarına göre dağılımı aşağıdaki tabloda verilmektedir. Buna göre sosyal güvenlik kurumuna dahil olanların genel nüfusa oranı %89,04. topluluk, tarım ve isteğe bağlı sigortalarla birlikte nüfusun %46'sı S.S.K, %21'i emekli Sandığı, ve tarım sigortalarıyla birlikte %22'si ise Bağ-

⁷⁸ Mustafa SÜTLAŞ, a.g.e, s.70

⁷⁹ Mustafa SÜTLAŞ, a.g.e, s.136,137

Kur kapsamında bulunmaktadır. %10,96'lık bir kesiminin ise sosyal güvenliği sağlanamamıştır.

Tablo 2-10 Sosyal Güvenlik Kapsamında Bulunan Nüfus Gruplarının 2001 Yılı İtibarıyla Sosyal Güvenlik Kuruluşlarına Göre Dağılımı

SOSYAL GÜVENLİK	SİGORTALI	AYLIK VE GELİR	AİLE		GENEL NÜF.
KURULUŞLARI	SAYISI	ALANLAR	FERDİ	TOPLAM	ORANI %
SSK TOPLAM	6.136.107	3.560.638	21.592.466	31.289.211	45,60
A)506 SAYILI KANUNA TABİ					
a)ZORUNLU SİGORTALILAR	4.886.881	3.551.674	21.023.242	29.461.797	
b) İSTEĞE BAĞLI SİGORTA	888.675	0	0	888.675	1.30
c)TOPLULUK SİGORTASI	27.058	0	0	27.058	0.04
B) ÇIRAK SAYISI					
3308 SAYILI KANUNA TABİ	191.187	0	0	191.187	0.28
C)TARIM SİGORTALISI					
(2925 SAYILI KANUNA TABİ)	142.306	8.964	569.224	720.494	1.05
T.C. EMEKLİ SANDIĞI	2.236.050	2.375.893	9.602.328	14.214.271	20.72
A) MEMUR	2.236.050	1.355.558	9.602.328	13.193.936	19.23
B) MADALYA	-	52.832	-	52.832	0.08
C) 2022 SAYILI KANUNA GÖRE AYLIK	-	957.503	-	957.503	1.41
ALANLAR (65 YAŞ KANUNU)	3.336.655	1.343.840	10.584.115	15.264.610	22.25
BAĞ-KUR TOPLAMI	2.436.656	1.195.327	7.853.641	11.485.624	16.74
a)1479 SAYILI KANUNA TABİ OLANLAR	899.999	148.513	2.730.474	3.778.986	5.51
b)2926 SAYILI KANUNA TABİ (TARIM SİGORTASI)					
506 S.K. GEÇ.20 MD.					
KAPS. SANDIKLAR	73.090	63.455	186.143	322.688	0.47
SOSYAL GÜVENLİK KAPS. TOPLAM NÜFUS	11.781.902	7.343.826	41.965.052	61.090.780	89.04
SOSYAL GÜVENLİK KURUMLARI KAPSAMI DIŞINDA KALANLAR				7.547.100	10,96

Kaynak: SSK 2001 İstatistik Yıllığı esas alınarak hazırlanmıştır.

Vatandaşların geleceğini güvence altına almak için devlet, sosyal yaşama müdahale ederek "Sosyal Güvenlik" kavramını getirmiştir.

Türkiye deki Sosyal Güvenlik Kurumları ve bu kurumların hizmetlerinden faydalananlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 2-11 Türkiye Sosyal Güvenlik Kurumları ve Bu Kurumların Hizmetlerinden Faydalananlar Tablosu

Kurum ve Kanun	Faydalananlar
5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Sandığı Kanunu	Emekli Askeri, sivil devlet memurları
506 sayılı Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu	Özel sektörde hizmet akdiyle, kamu kurum kuruluşlarında işçi statüsünde çalışanlar
1479 sayılı Bağ-Kur Kanunu	Sanatkar ve diğer bağımsız çalışanlar
2925 Sayılı Kanun Tarımda Çalışan İşçilerin Sosyal Sigortalar Kanunu	Tarımda çalışan işçiler
2926 Sayılı Kanun Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Kanunu	Tarımda bağımsız çalışanlar
506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu Geçici 20. madde	Bankalar, sigorta ve Reasürans şirketleri, ticaret odaları, sanayi odaları, borsalar veya bunların birliklerinin tüm personeli

Kaynak: SSK 2001 İstatistik Yıllığı esas alınarak hazırlanmıştır.

Fizyolojik-hastalık, sakatlık gibi risklere karşı toplumda bireylere emniyet duygusu verebilmek sosyal güvenliğin toplum yararına amaçlarından birisini oluşturur⁸⁰. Bu nedenle sağlık hizmetleri sosyal güvenlik harcamalarında en önemli kalemi oluşturur.

⁸⁰ Kadir ARICI, Sosyal Güvenlik, Tes-İş Eğitim Yayınları, Sargın Ofset, Ankara, 1999, s.26

SSK, kendi mensuplarının sağlık hizmeti ihtiyacını diğer sağlık kurumlarından satın alarak temin etmektedir. Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve Vakıf statüsündeki sosyal sigorta kurumları ise satın alma yoluyla sigortalılarının sağlık hizmetlerini karşılamaktadırlar. Diğer taraftan ödeme gücü yetersiz olan düşük gelirli hiçbir sosyal güvenlik sistemine sahip olmayan vatandaşların sağlık ihtiyaçları ise devlet tarafından karşılanması esas olarak alınmaktadır.

Tablo 2-12, 2-13 ve 2-14'de 2006 verilerine göre SSK, BAĞKUR ve Emekli Sandığı sağlık harcamaları görülmektedir.

Tablo: 2-12 SSK Toplam Sağlık ve İlaç Harcamaları (Bin YTL)

Yıllar	Toplam Sağlık Harcamaları	Bir Önceki Yıla Göre Değişim Oranı (%)	İlaç Harcaması	Bir Önceki Yıla Göre Değişim Oranı (%)
2000	1,280,189	71,0%	572,409	88,3%
2001	2,257,958	78,4%	992,616	73,4%
2002	3,594,350	59,2%	1,878,558	89,3%
2003	4,981,193	38,6%	2,101,496	11,9%
2004	6,635,691	33,2%	2,687,750	27,9%
2005	7,065,427	6,5%	3,552,940	32,2%
2006	11,106,179	57,2%	5,265,514	48,2%

Kaynak: www.ssk.gov.tr SSK 2007 yılı istatistikleri

Tablo: 2-13 BAGKUR Toplam Sağlık ve İlaç Harcamaları (Bin YTL)

Yıllar	Toplam Sağlık Harcamaları	Bir Önceki Yıla Göre Değişim Oranı (%)	İlaç Harcaması	Bir Önceki Yıla Göre Değişim Oranı (%)
2000	730,296	78,8%	458,336	88,1%
2001	1,228,849	68,3%	780,446	70,3%
2002	2,195,308	78,8%	1,321,532	69,3%
2003	3,183,100	46%	1,997,200	61,1%
2004	3,719,000	18,8%	1,997,200	%8,8
2005	3,625,825	-2,5%	1,841,000	-15,9%
2006	3,622,577	-0,1%	1,766,037	-4,1%%

Kaynak: www.ssk.gov.tr SSK 2007 yılı istatistikleri

Tablo: 2-14 Emekli Sandığı Toplam Sağlık ve İlaç Harcamaları (Bin YTL)

Yıllar	Toplam Sağlık Harcamaları	Bir Önceki Yıla Göre Değişim Oranı (%)	İlaç Harcaması	Bir Önceki Yıla Göre Değişim Oranı (%)
2000	623,000	73%	358,000	80,8%
2001	1,089,000	74,8%	680,000	84,4%
2002	1,840,000	68,9%	1,100,000	66,7%
2003	2,498,000	35,8%	1,517,000	37,9%
2004	2,796,000	11,9%	1,524,000	0,5%
2005	2,917,000	4,30%	1,607,000	5,40%
2006	2,744,000	-5,90%	1,265,000	-21,30%

Kaynak: www.ssk.gov.tr SSK 2007 yılı istatistikleri

Temel özellikleri bakımından sosyal güvenlik, toplumda bireylerin karşılaşabilecekleri risklere karşı korumayı ve risklerin zararlı sonuçlarını ortadan kaldırmayı amaçladığı ve her bireye hiçbir ayrıma tabi olmadan insan onuruna yakışır asgari bir düzey sağlama hedefi olduğu ve devlet tarafından düzenlenen yasal bir sistem olduğu açıkça görülmektedir⁸¹.

2-3-1 İşçilere Yapılan Sağlık Yardımları

Sağlık yardımlarının üç amacı vardır. Bunlardan ilki, sağlığın bedensel ve ruhsal açıdan korunması, ikincisi çalışma gücünün yeniden kazanılması ve üçüncüsü kazaya uğrayan sigortalının kendi ihtiyaçlarını görme yeteneğini arttırmak. Sigortalının sağlık durumu gerektirdiği müddetçe sağlık yardımları devam eder. Bu sağlık yardımlarından sigortalının kendisi dışında, aile bireyleri, sigortalının eşi, geçindirmekle yükümlü olduğu çocukları ve ana babası yararlanır. Sigortalı kişi kendisine idare tarafından ödenmeyen tedavi ve yardım giderleri için idare mahkemelerine dava başvurusu yapabilir.

İşçilere yapılan sağlık harcamaları kapsamı aşağıda sıralandığı gibidir.

- İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sigortası Açısından Sağlık Yardımları,
- Hastalık Sigortası Açısından Sağlık Yardımları,
- Analık Sigortası Açısından Sağlık Yardımları,
- Malullük Sigortası Açısından Sağlık Yardımları,
- Yaşlılık Sigortası Açısından Sağlık Yardımları,
- Ölüm Sigortası Açısından Sağlık Yardımları.

2-3-2 Memurlara Yapılan Sağlık Yardımları

Memurlar için yapılan sağlık yardımlarından tüm iştirakçiler değil, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu kapsamında yer alanlar yararlanır. İştirakçiler ancak aylık bağlandıktan sonra sağlık yardımından istifade edebilirler ve bunların aile bireylerine tedavide kullanılmak maksadıyla birer sağlık karnesi

⁸¹ İhsan ERKUL- Ö. Zühtü ALTAN- Nüvit GEREK, *Sosyal Politika Dersleri*, C.2, A.Ü. ESBAY. Ya. No:48, Eskişehir 1983, s.134

verilir. Aynı şekilde işçilerde olduğu gibi memurlarda idarenin ödemediği tedavi ve yardım masrafları için idare mahkemelerinde dava açabilirler.

2-3-2-1 Çalışan Açısından Sağlık Yardımları

Çalıştığı yerde hastalanan memur kurum hekimine gönderilir. Kurum hekimi yoksa o kurumla anlaşması bulunan bir hastaneye gönderilerek tedavisi sağlanır. Resmi kurumlar tarafından yapılan tedavilerden ücret alınmaz, sağlık kurumu alacağı ücretin tamamını düzenleyeceği fatura karşılığı hastanın bağlı olduğu kurumdan alır. Bu ödeme en geç mali yıl sonuna kadar yapılması gerekir. Aynı zamanda resmi hekim tarafından kabul edildiği takdirde tedaviye özel sağlık kuruluşlarında devam edilebilir. Yine aynı şekilde tedavi giderleri fatura karşılığında hastanın bağlı olduğu kurum tarafından yine mali yıl sonuna kadar ödenir.

2-3-2-2 Emekliler Açısından Sağlık Yardımları

Emekli Sandığı iştirakçilerine verilecek yardımlar, bir kısmı doğrudan sandık tarafından diğer bir kısmı ise çalışılan kurum tarafından karşılanmaktadır. Ancak çalışanların aktif olarak çalışmaya devam ettiği dönemde sağlık yardımları çalışan kurum tarafından karşılanırken bu dönem süresince Emekli sandığından herhangi bir sağlık yardımı yapılmamaktadır. Emekli, adi malullük veya vazife malullüğü aylığı bağlandıktan sonra iştirakçiler emekli sandığı'nın sağladığı yardımlardan yararlanabilme hakkı kazanırlar. Eğer hastanın bulunduğu yerde muayene ya da tedavi imkanı yoksa en yakın yerdeki resmi sağlık kuruluşu tarafından yapılır⁸².

2-3-3 Bağımsız Çalışanlara Yapılan Sağlık Yardımları

İştirakçiler ile bunların aile bireylerine sağlık yardımlarından yararlanmaları ve tedavi sırasında kullanılmak üzere birer sağlık karnesi verilir. İdarenin ödemediği tedavi ve yardım giderleri için idare mahkemelerine dava açabilirler.

⁸² ŞAKAR, (1996), a.g.e., s.119

Bağımsız çalışanlara yapılacak sağlık yardımlarının kapsamı 03.08.2005 tarihinde yayınlanan Bağ-Kur Sağlık Sigortası Yardımları Yönetmeliğinin 5.maddesinde belirtilmiştir. 5. madde aşağıdadır.

Sağlık sigortası yardımlarından;

a) 1479 ve 2926 sayılı Kanunlar kapsamında zorunlu sigortalı olanlar ve bu Kanunlar kapsamında isteğe bağlı sigortalı olup, sağlık sigortası yardımlarından yararlanma hakkı bulunan isteğe bağlı sigortalılar ile bunların eş ve bakmakla yükümlü oldukları çocukları, ana ve babaları,

b) Yaşlılık veya malullük aylığı alanlar ile bunların eş ve bakmakla yükümlü oldukları çocukları, ana ve babaları,

c) Ölüm aylığı alanlar,

d) Sigortalı tarafından evlat edinilmiş, tanınmış veya nesebi düzeltilmiş veya babalığı hükme bağlanmış çocuklar ile sigortalının ölümünden sonra doğan çocukları, faydalanırlar. Çocukların, sağlık yardımlarından faydalanabilmesi için; 18 yaşını, ortaöğrenim yapmakta ise 20 yaşını, yükseköğrenim yapmakta ise 25 yaşını doldurmamış olması ve 18 yaşını doldurmamış olanlar hariç bu kanunlar ile diğer sosyal güvenlik kanunları kapsamında çalışmaması, anılan kanunlar kapsamındaki çalışmalarından dolayı gelir veya aylık almaması (2022 sayılı Kanuna tabi aylık alanlar dahil) veya 18 yaşından büyük çocukların çalışamayacak durumda malul olması, yaşları ne olursa olsun evli olmayan, evli olmakla beraber sonradan boşanan veya dul kalan kız çocukların bu kanunlar ile diğer sosyal güvenlik kanunları kapsamında çalışmaması ve bu kanunlar kapsamındaki çalışmalarından dolayı gelir veya aylık almaması şarttır⁸³.

Bağ-Kur Kanunu kapsamına girmeleri durumunda, Bağ-Kur sigortası sağlık yardımı kapsamındaki iştirakçilerin eş, çocuk, ana ve babalarından sağlık sigortası primi alınacaktır.

⁸³ 03.08.2005 tarihinde yayınlanan Bağ-Kur Sağlık Sigortası Yardımları Yönetmeliğinin 5.maddesi..

2-4 Türkiye'de Genel Sağlık Sigortası Çalışmaları

Sağlığın kendine has özelliklerinden, özellikle de kimin ne zaman hastalanacağını belli olmaması ve sağlık problemi ve ihtiyacı ile de karşılaşıldığında da çok yüklü miktarlarda giderleri (maliyetleri) gerektirmesi sonucu, sağlık hizmetlerinin finansmanında kolektif sorumluluk zorunluluğunu da beraberinde getirmiştir. Güçlü ekonomilere ve adaletli vergileme sistemine sahip kimi ülkeler sağlık hizmetlerindeki bu kolektif sorumluluğu “genel vergiler” yoluyla karşılamaya çalışırken, kimi ülkeler de bu sorumluluğu “zorunlu sosyal sağlık sigortasını” kurarak primlere yüklemişlerdir. Kısacası sağlığın doğasındaki maliyetlerin yüksekliği ve risk; kolektif sorumluluğu, kolektif sorumluluk da sosyal sigortayı doğurmuştur. Türkiye de bu kolektif sorumluluğu, sosyal devlet olmanın gereği çerçevesinde yerine getirebilmek için; SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve Yeşil Kart gibi mekanizmaları kurmuştur.

Genel Sağlık Sigortası çalışmaları ülkemizde 1960'lı yılların ortasından itibaren sağlık politikaları ile ilgili tartışma konularının odağında yer almıştır. Bu konuda bir çok tasarı hazırlanmak suretiyle somut adım atılmış ancak bu güne kadar herhangi bir GSS yasası kabul edilememiştir.

Günümüzde mevcut iktidar tarafından Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin temel bileşeni olarak öne sürülen Genel Sağlık Sigortası Tasarısı'nın, Meclis tarafından kabul edilerek Cumhurbaşkanı'nın onayına sunulmuş olması, bu alanda kaydedilen en önemli mesafe olarak ifade edilebilir. “Sağlıkta dönüşüm programı” sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sunulması açısından önemli değişiklikleri gündeme taşımaktadır. Buna göre sağlıkla ilgili bugüne değin oluşan ülke birikimini dikkate alarak hazırlandığı belirtilen sağlıkta dönüşüm programı, “mevcut yapıyı tahrip etmeden planlanan hedefe doğru dönüşüm” yapmayı hedeflemektedir⁸⁴. Bu amaçla yola çıkılarak “kamunun reform adı altında ümitsizliğe dönüşmüş olan arzularını yeniden alevlendirilerek geniş katılımı tüm tarafların sahiplenebileceği ve aktif rol alacağı bir eylem dizisini kararlılıkla paylaşıyor ve bunu “Dönüşüm Programı

⁸⁴ T.C. Sağlık Bakanlığı 2003:26.

olarak adlandırıyoruz” denmektedir. Sağlıkta dönüşüm programının bileşenlerinden biri Genel Sağlık Sigortasıdır.

2-4-1 Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı’nın Genel Gerekçesi

Genel Sağlık Sigortası sisteminin kurulmasına yönelik uzun yıllar devam edip, neticelenemeyen çalışmalar, 2003 yılından itibaren hızlı bir ivme kazanmıştır. 58 ve 59 uncu Hükümetleri kuran Adalet ve Kalkınma Partisi’nin gerek parti programında, gerekse bu çerçevede şekillenen Acil Eylem Planı ve hükümet programında GSS ‘ye geniş yer verilmiştir. Sosyal Güvenlik Reformu ve Sağlıkta Dönüşüm Projesi çerçevesinde ele alınan konu, Sosyal Güvenlik kuruluşlarının tek çatı altında toplanıp, bu kapsamda tüm vatandaşları kapsayacak genel bir sağlık sigortası uygulamasını amaçlamaktadır. Bu doğrultuda “Sosyal Sigortalar Kurumu ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı” hazırlanmış olup, bu çalışmada tasarının Genel Sağlık Sigortası ile ilgili kısmı ele alınacaktır.

GSS Kanun Tasarısı’nın genel gerekçesinde Sağlık hakkı, kişinin yaşam bütünlüğünün önemli bir ögesi olarak vurgulandıktan sonra, bu noktadan hareketle T.C. Anayasası’nın 60. maddesinde, “herkesin sosyal güvenlik hakkına sahip olduğu, Devletin bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alacağı ve gerekli teşkilâtı kuracağı” ifadesinden hareket edilip, bu doğrultuda “Sosyal Sigortalar Kurumu ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı”nın hazırlandığı belirtilmiştir. Buna göre, tüm vatandaşların sosyal güvenlik hakkından yararlanması gerekmele birlikte, bu hakkın sağlanması ve kişilerin bugünlerinin ve yarınlarının güvenliği için gereken önlemleri alma ve örgütü kurma görevleri de Devlete verilmiştir. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, sosyal güvenlik görevini genel anlamı ile, devletin genel görev ve sorumluluk alanı olarak tanımlamak ile yetinmemiş, vatandaşların sağlık harcamaları yönünden sosyal güvenlik altına alınmasını ayrıca konu edinerek, 56’ncı maddede “Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir” hükmü ile ayrıca özel bir atıfta bulunmuştur. Tasarının genel gerekçe’sinde, kişilerin ekonomik

gücüne ve arzulu olup olmadığına bakılmaksızın, ortaya çıkacak hastalık riskine karşı, toplumun bütün fertlerinin sağlık hizmetlerinden yaygın ve etkin bir şekilde faydalanmasını sağlayan, sağlık sigortası Genel Sağlık Sigortası, olarak tanımlanmaktadır. Genel Gerekçenin bundan sonraki bölümü şu şekilde devam etmektedir:⁸⁵

Ülkemizde bugün için sosyal sağlık güvencesi konusunda, sağlanan hizmet ve yardımlar yönünden eşit ve rasyonel bir sistemden söz etmek mümkün değildir. Var olan sosyal güvenlik kuruluşlarınca üyelerine çeşitli miktar ve nitelikte sağlık sigortası yardımları yapılmakta ve bu yardımlar arasında norm birliği bulunmamakta, hatta aynı kuruluşça, üyelerine farklı gruplar için farklı uygulamalar yapılmaktadır. Bu husus ise, değişik vatandaş grupları arasında eşitsizlik yarattığı gibi, hak ve adalet kurallarına da uygun düşmemektedir. Ülkemizde dağınık yapıda olan ve yararlanma koşulları birbirinden oldukça farklı ve erişimi bütün nüfusa yaygınlaşmamış bulunan sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunların çözümü için yaklaşık 35 yıldır genel sağlık sigortası modeli tartışılmış, bu konuda farklı düzeylerde çalışmalar yürütülmüş ve çeşitli yasa tasarı taslakları hazırlanmıştır.

Bugüne kadar bütün vatandaşları içine almak üzere bir genel sağlık sigortası sistemi geliştirilmediğinden yukarıda belirtilen çeşitli düzenlemeler ile bu eksiklikler giderilmeye çalışılmıştır. Herkesi kapsayacak genel sağlık sigortası sistemi düzenleyici bir rol oynayacaktır. Bu yapı altında ayrı bir tüzel kişiliğe haiz, bir genel sağlık sigortası kurumunun oluşturularak, tüm nüfusu kapsayacak şekilde belirlenmiş sağlık hizmetlerini vermesi hedeflenmektedir. Prime dayalı sosyal sigorta kuruluşları kendi kapsamında olan sigortalıların sağlık sigortası için belirlenmiş primlerini tahsil edip, genel sağlık sigortası kurumuna transfer etmeleri veya doğrudan yetkili kurum bünyesinde oluşturulacak fona yatırmaları, prime dayalı olmayan Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Fonunun ise sosyal sigorta kuruluşları kapsamı dışında olanların tespiti ve bunların genel sağlık sigortası kapsamındaki ilişkilerini

⁸⁵ Kanun Tasarısı ve Genel Gerekçe'nin tam metnine (<http://www.calisma.gov.tr>) internet adresi ile Türk Tabipler Birliği'ne ait (<http://www.ttb.org.tr>) internet sayfasından erişilebilir. (Erişim T:24.04.2006)

düzenlemeleri öngörülmektedir. Genel sağlık sigortası kapsamındaki primler, belirlenmiş sağlık hizmetlerini kapsayacaktır. Sosyal sağlık sigortası sisteminin temelini katkı oluşturmaktadır. Sisteme üye olanlar, sunulacak sağlık yardımları için belli oranda prim ödemek durumundadırlar. Ayrıca sisteme üye olmak isteğe bağlı olmayıp, zorunluluk söz konusudur. Sosyal sağlık sigortasının temel özelliklerinden bir diğeri, yüksek gelir gruplarının düşük gelir gruplarını, sağlıklı olanların hasta olanları, bekar olanların aile sahiplerini finanse ettiği ve riskin paylaşıldığı bir dayanışma ile yürütülmesidir. Bu, gelirin yeniden dağılımının etkili araçlarından bir diğeridir. Sağlık hizmetlerine erişim, sosyal koruma sistemlerinin en önemli unsurlarından birini oluşturmaktadır. Kişilerin sağlık güvencelerinin olması sağlık hizmetinin kullanımına doğrudan olumlu yönde etki etmektedir. Kişilerin sağlık hizmetine kolay ulaşmaları hastalıkların ilerlemesine engel olmakta, toplumun genel sağlık göstergelerinde iyileşmeler yaratmaktadır.

Ülkemizde sağlık alanında yapılan harcamaların, Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması sonucuna göre 2000 yılı itibarıyla milli gelir içindeki payı % 6,6'dır. Bu oran, orta gelir düzeyindeki diğer ülkelerle karşılaştırıldığında makul seviyelerdedir. Ne var ki, aynı ülkelerle toplumun sağlık göstergeleri açısından karşılaştırma yapıldığında, sağlık göstergelerimizin bu ülkelerin çok gerisinde kaldığı görülmektedir: Örneğin, doğumda yaşam beklentisi OECD ortalamasının yaklaşık sekiz yıl altındadır ve bebek ile anne ölüm oranları benzer gelirli ülkeler arasında en yükseklerden biridir. Ülkemizde tüm nüfus kamu sağlık güvencesi yönünden kapsam ve koruma altına alınamamıştır. Ayrıca, sağlık hizmeti harcamaları kişilerin sağlık durumlarında düzelmeyi hedefleyen bütünleşik bir politika çerçevesinde yapılmamaktadır. Örgütlenmedeki dağınık yapı, ciddi ölçüde israflara ve kötüye kullanımlara neden olmaktadır. Birinci basamak yerine çok daha pahalı olan ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinin kullanılması, harcama düzeyini arttırmaktadır. Bu durum, kıt kaynaklarımızın verimsiz kullanılması sonucunu doğurmaktadır. Bu nedenle, ilk planda, vatandaşlarımızın hastalanmasına engel olacak her türlü koruyucu sağlık hizmetinin yaygınlaştırılması öncelikli politika haline getirilmelidir.

Hastalık halinde ise, vatandaşlarımızın en etkin ve hizmete kolay ulaşabilecekleri bir yöntemle tedavi edilmesine, normal ve üretken yaşamlarına dönmelerine yönelik uygulamalar hayata geçirilmelidir. Bu temel politika hedeflerini gerçekleştirmek üzere, çağdaş bir yönetim anlayışı ile vatandaşlarımızın tamamını kapsayan bir genel sağlık sigortası oluşturulmalıdır. Böylece uluslararası sistemlere uygun, hizmet ve mali normları, standartları bütünleşik, fon ve hizmet yönetimi tek elden yürütülen, tüm nüfusu kapsamı altına alan güçlü etkili, daha kolay denetlenebilir bir sağlık sigortası ve buna bağlı olarak yürüyen hizmet modeli yaratılmış olacaktır.

Anayasa’da nihai olarak hedeflenen sosyal adalet ilkelerinin bir gereği olan ve birçok ülkede uygulama alanı bulunan genel sağlık sigortası, Türkiye için uluslararası alanda gerçekleştirmek istediği bütünleşmelerle buluşan ve Türk insanını gerçek anlamda bu alanda özlediği en temel yurttaşlık haklarından biri olan sağlıklı yaşam güvencesine kavuşturacak ve çağın gereklerine uygun bir şekilde sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerine ulaşabilmesine olanak tanıyacaktır. Böylece uluslararası sistemlere uygun, hizmet ve mali normları, standartları bütünleşik, fon ve hizmet yönetimi tek elden yürütülen, tüm nüfusu kapsamı altına alan güçlü etkili, daha kolay denetlenebilir bir sağlık sigortası ve buna bağlı olarak yürüyen hizmet modeli yaratılmış olacaktır.”

Yukarıda belirtilen evrensel ve ulusal gerekçelerden yola çıkılarak, yine belirtilen amaçları hayata geçirecek hukuksal bir alt yapıyı sağlamak amacıyla “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” hazırlanmıştır.

2-4-2 Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısının Getirdikleri

Bu bölümde GSS Kanun Tasarısı’nda öngörülen sistemin amaçları ve kapsamı belirtilerek, sistem içerisinde yer alan sigortalılara sunulacak olan sağlık hizmetleri ve diğer haklar ile bunlardan yararlanma şartları sıralanacaktır.

2-4-2-1 Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Amacı

GSS Kanunu Tasarısı 1 inci maddesinde belirtildiği üzere Kanun'un amacı; "Türkiye'de sürekli ikamet eden kişilere, temel teminat paketi ile belirlenen sağlık yardım ve hizmetlerinin sunulmasını sağlamak üzere, Genel Sağlık Sigortası Sistemini oluşturmak ve bu amaçla Sağlık Sigortası Kurumunu kurmaktır."

Tüm vatandaşları kapsamı altına almayı hedefleyen Genel Sağlık Sigortası Sistemi, prim yükümlülüğü karşılığında, *Temel Teminat Paketi* ile tanımlanan sağlık hizmetlerini sunmayı hedeflemektedir. Bu anlamda temel amaç "sağlık sigortacılığını" yönetim, uygulama ve finansman bakımından emeklilik sigortaları ve sosyal hizmetlerden ayırıştırarak, profesyonel bir sistem oluşturmaktır. Bu yolla bugün sağlık sigortası alanında yaşanan karmaşanın, çok başlılığın önüne geçilerek, tam anlamıyla uygulama standartlarının yakalanabildiği, norm birliğinin oluşturulduğu bir sistemin hayata geçirilmesi amaçlanmaktadır. GSS sistemi ile, Ülkemizde Mevcut Sağlık Sigortaları kapsamında uygulanmakta olan temel teminat paketinin kapsamı, günümüzde Emekli Sandığı ve aktif Devlet Memurlarına verilmekte olan sağlık hizmeti seviyesine çıkarılmakta olup, bu durum özellikle, SSK ve Bağ-Kur mensuplarının faydalandıkları sağlık hizmetinin hem kapsamca genişlemesini hem de hizmet sunucuları arasında tercih şansını getirmektedir.

2-4-2-2 Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Kapsamı ve Niteliği

Mecliste kabul edildiği haliyle Kanun, ulusal sağlık sigortası sisteminin bütünselliğini sağlamak ve etkili bir hizmet sunum modeli sağlayarak toplumsal faydayı en üst düzeye çıkarmak üzere; Türkiye'de sürekli ikamet eden T.C. Vatandaşlarını, bunların (var ise) yabancı uyruklu eş ve çocuklarını, sosyal sigorta kurumlarına tabi çalışan yabancıları, Türkiye'nin onaylandığı Sosyal Güvenlik Sözleşmeleri kapsamında olan kimseler ile sığınmacıları ve vatansızları kapsamına almaktadır.

Genel sağlık sigortası, yukarıda kapsam içerisinde gösterilen kişilerin tamamına sağlık hizmetinin tek bir normda sunulması amacıyla oluşturulmuş

ve hizmeti alacak bireylerden prim toplama esasına dayalı olarak işletilecek sosyal bir sigorta niteliğine sahiptir. Öngörülen yapı içerisinde sağlık sigortası kapsamında gösterilen kişilerin sigortalı olması zorunludur. Bu kapsamda sigorta hak ve yükümlülüklerini ortadan kaldırmak, azaltmak veya başkasına devretmek için bir kısım sözleşmelere konulan hükümler de bu kanun hükümleri uyarınca baştan geçersiz sayılmaktadır. Zorunlu sigortalılık, ancak sigortalı sayılma şartlarının kaybedilmesi veya ölüm halinde sona ermektedir.

Planlanan bir diğer önemli yenilik ise, yoksul vatandaşların sağlık sigortası primlerinin devlet tarafından karşılanacak olmasıdır. Ayrıca, anne ya da babasının prim borcu olup olmadığına ya da diğer yükümlülüklerini yerine getirip getirmediğine bakılmaksızın, 18 yaş ve altındaki bütün çocuklar koşulsuz olarak bütün sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına sahip olacaklardır. Çalışanların primleri işverenleri tarafından, işveren olanların veya zengin olanların primleri kendileri tarafından, yoksul olanların primleri ise devlet tarafından yatırılmak suretiyle tüm vatandaşlarımız sağlık sigortası güvencesine kavuşacaktır. Genel Sağlık Sigortası kapsamında verilecek sağlık hizmetleri ile ödenen prim miktarı arasında bir ilişki olmayacaktır. Özel sigortacılıktan farklı olarak, bir risk hesabı yapılmayacaktır. Genel Sağlık Sigortasında sağlık hizmetleri gerek kamu gerekse özel sektör hastaneleri, laboratuvarları ve tetkik merkezlerinden, aile hekimleri ve birinci basamak olarak tanımlanmış polikliniklerden hizmet alınmak suretiyle sağlanacaktır. Sigortalılar, sözleşme imzalayan sağlık hizmeti sunucularından hiçbir bedel ödemeksizin faydalanabileceklerdir. Tasarı ile kamu – özel ayrımı olmadan, sektörün tamamında rekabet şartlarına dayanan daha kaliteli sağlık hizmet üretilmesi teşvik edilecektir. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin kullanımıyla hastanelerde yığılmaların azalacağı, vatandaşlarımızın sağlık hizmetine daha rahat erişerek, daha etkin bir sağlık hizmeti alabileceği düşünülmektedir.

Yeni sosyal güvenlik sisteminde herkesi kapsayacak olan Genel Sağlık Sigortası'nda (GSS) ayakta tedavi dahil olmak üzere hizmetlerden katkı payı alınacak. Ayakta tedavide hekim ve diş hekiminin her muayenesinde hastadan 2 YTL katılım payı alınırken, aile hekimi

muayeneleriyle koruyucu hekimlik hizmetlerinden böyle bir ücret alınmayacaktır.

Ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleriyle ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için çeşitli kriterlere göre yüzde 10 ile yüzde 20 arasında değişen oranlarda katılım payı alınacak. Bu şekilde ödenecek katkı payı miktarı, asgari ücretin yüzde 75'ini aşamayacak. Kronik hastalığa ilişkin ilaçla yatarak tedavide kullanılanlar için katkı payı ödenmeyecek. Ancak, bu paylar, sistemin ilk üç yılında yüzde 50 indirimli olarak uygulanacaktır.

Büyük hastanelerin iş yükünü azaltmak amacıyla sağlık hizmeti sunucuları birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak gruplara ayrılacak ve sigortalılar bu sevk zincirine uyarak tedavi olacak. Acil haller dışında ilk basamağı atlayarak ikinci ve üçüncü basamaktaki, kurumun anlaşmalı hastanelerinde tedavi olanların sağlık harcamalarının yüzde 30'u kendilerince ödenecek. Sevk zinciri, tanı, ön tanı, hekimlerin ve diş hekimlerinin uzmanlıkları dikkate alınarak tüm yurttaki il veya ilçe bazında belirlenecek. Aile hekimleri birinci basamak içinde yer alacaktır.

Kişiler, sevk zincirine uymak kaydıyla tedavilerini isterlerse Sosyal Güvenlik Kurumu'nun anlaşması olmayan sağlık merkezlerinde de yaptırabilecektir. Bu durumda GSS, aynı tedavi için anlaşmalı hastanelere ödediği bedelin sadece yüzde 70'ini karşılayacak. Sevk zincirine uymadan anlaşmalı olmayan bir hastaneye gidenlere ise aynı tedavi için söz konusu anlaşmalı hastaneye ödenmesi gereken faturanın yüzde 50'si ödenecek. Ödemeler fatura karşılığı yapılacaktır.

Yeni sosyal güvenlik sisteminde, özel sağlık sigortasını özendirmek amacıyla yeni düzenlemeler öngörülmektedir. Buna göre, özel sağlık sigortalarına ödenen primin asgari ücretin yüzde 30'una kadarlık bölümü, GSS primi alınırken prime esas kazanç matrahından düşülecektir.

Ayakta veya yatarak verilen tıbbi müdahale ve tedaviler, organ, doku ve kök hücre nakline yönelik sağlık hizmetleri SGK tarafından karşılanacak. Ağız ve diş muayenesi, tetkik ve tahliller, diş çekimi, konservatif diş tedavisi ve kanal tedavisi, travmaya ve onkolojik tedaviye bağlı protez uygulamaları genel sağlık sigortası tarafından karşılanacak. Ayrıca, 18 yaşını doldurmamış

kişilerin ortodontik diş tedavileri ile 18 yaşını doldurmamış veya 45 yaşından gün almış kişilerin diş protezlerinin, kurumca belirlenecek tutarının yüzde 50'si verilecek. Çocukların ortodontik diş tedavileri ise karşılanmayacaktır.

Yeni sosyal güvenlik sisteminde sözleşmeli sağlık kurumlarının sigortalılardan herhangi bir fark ödemesini talep etmesi söz konusu değildir. Bunun istisnasını ise 'otelcilik hizmeti'yle 'öğretim elemanı farkı' adı altında yapılacak ödemeler oluşturmaktadır. Hastanelerde tek kişilik özel odada tedavi görmek isteyenlerle muayenesini belli bir doçent veya profesör gibi öğretim üyesinin yapmasını talep edenler fark ödemek zorunda kalacak. Ancak bu fark, kurumun söz konusu hizmetler için belirlediği fiyatın iki katını aşamayacak. Söz konusu uygulama, öğretim üyelerinin girmesi gereken ameliyatlarda fark ödemesi yapılacağı anlamına gelmemektedir.

Sağlık Bakanlığı'nın uygun görüşü alınarak yurtdışında tedavisi mümkün olmadığı tespit edilen kişilerin sağlık hizmetleri yurtdışında sağlanacak. Yurtdışında görevli olarak bulunanların söz konusu ülkede aldıkları sağlık hizmetleri genel sağlık sigortası tarafından karşılanacak. Ancak, bunun için en az altı ay süreyle yurtdışında bulunulması gerekecek. Yurtdışında görevli kişilerin tedavi giderlerinin sadece yurt içindeki sözleşmeli hastanelere ödenebilen kısmı genel sağlık sigortası tarafından karşılanacak, kalanını ise çalıştıkları kurumları ödeyecektir⁸⁶.

2-4-2-3 Genel Sağlık Sigortası Sisteminde Sağlık Hizmetleri ve Diğer Haklar

GSS kapsamında sigortalılara sağlanacak sağlık hizmetlerinin, öncelikle kişilerin sağlıklarını koruma, sağlıkları bozulanlara bunu yeniden kazandırma ve kendi ihtiyaçlarını görme yeteneklerini arttırmayı amaçladığı göz önünde tutularak, var olan sosyal güvenlik kurumlarının uygulamaları ve sundukları hizmetler de dikkate alınmak suretiyle, kanun kapsamında olan kişilere sağlanacak sağlık hizmetleri ve buna bağlı yardımlar ve haklar toplumun ihtiyaçlarını azami ölçüde karşılayacak düzeyde belirlenmiştir.

⁸⁶ Ahmet KIVANÇ ,Radikal Gazetesi, 27.04.2006

Bunlar esas olarak, ayaktan ve yatarak sunulan sağlık hizmetlerinin sağlanması, ortez, protez araç ve gereçlerinin teminiyle yol parası ve zaruri gider ödemelerinden oluşmaktadır.

2-4-2-4 GSS Tasarı taslağında eleştirilen bazı maddeler⁸⁷.

• Yurtdışında Tedavi (madde 12)

Taslakta yurtdışında sağlanabilecek sağlık yardımları üç başlıkta ortaya konulduktan sonra “Yukarıdaki haller dışında yurtdışında yapılan sağlık yardımlarına ilişkin giderlerin Kurumca ödenmeyeceği” hükmüne yer verilmiştir. Ancak bu hükmün AB’ye üye olunduktan sonra kazanılacak, kişilerin serbest dolaşımı hakkı kapsamında “hastaların serbest dolaşımının engellenemeyeceği” gerçeği ile çelişmektedir. Çünkü AB’de 1998 yılında AAD’nin aldığı Kohl ve Decker yargı kararları ile hastaların serbest dolaşımının AB sınırları içinde çok sınırlı istisnalar hariç sınırlandırılması kaldırılmış durumdadır.

Mevcut durumda hemen hemen tüm dünyada sağlık hizmetleri talep sisteminin finansmanında temelde iki mekanizma veya bunların bir karması kullanılmaktadır. Bunlar: 1) Beveridge modeli (vergilemeye dayalı finansman/örneğin İngiltere) ve 2) Bismarck modeli (primlere dayalı model/örneğin Almanya). Türkiye’de her iki modeli savunan kesimler vardır. Ancak bir gerçeğin altını çizmek gerekir. Hangi yöntemin kullanılacağına karar verirken temel referans kaynağının hakkaniyet (equity) ilkesi olması gerekir. Türkiye’de vergileme sistemi adaletli olmadığı için sağlık hizmetlerinde talep sisteminin finansmanını vergilerle sağlamak doğru olmaz. Geriye primler/sosyal sigorta kalmaktadır. Ancak burada da çok dikkatli olmak gerekir. Primlerin insanların gelirleriyle ilişkili olması gerekir. “Yeşil Kart” hikayesine dönmemesi gerekir.

⁸⁷ H. Hüseyin YILDIRIM, AB, Sağlık ve Sağlık Politikaları www.absaglik.com , Genel Sağlık Sigortası (GSS) Kanunu Tasarı Taslağı: Eleştirel Bir Sorgulama ABSAĞLIK, Ankara, 29 Aralık 2004.

• **Katılım Payları (madde 3-3m, madde 16)**

Tasarı taslağının 16. madesinde katılım payları (kullanıcı katkıları) ele alınmaktadır. Hizmet bedellerinin %0 ile %50'sine kadar hizmet kullanıcılarından katılım payları alınmasının öngörülmesi aslında Tasarının amacının ifade edildiği madde 1 ile de çelişmektedir. Çünkü madde 1'de "... kişilerin sağlık riskleri ve sağlık harcamaları yönünden güvence altına alınması..." amacından bahsedilmektedir. Siz sağlık giderlerinin %50'sine kadar bir katkı payı öngördüğünüzde sağlık harcamaları yönünden insanları güvence altına almış olmuyorsunuz. Ancak ve ancak yarım bir güvenceden bahsedilebilir ki bu da "eksik sigortalılık"tır.

Diğer taraftan katılım payı alınacak sağlık yardımlarından (madde 16), a bendinde belirtilen "hekim ve diş hekimi muayenesi"nden katılım payı alınması ayrıca hükümetin getirmek istediği aile hekimliğinin tamamen ücretsiz olduğu söylemlerine de ters düşmektedir, ya da bu söylemleri doğru değildir.

Katılım paylarına ilişkin b bendinde ise "ayakta tedavide verilen ilaçlardan katılım payı alınabileceği belirtilmektedir. Zaten ilaçlardan %10 (emekliler) ve %20 (aktif memurlar) oranında bir katılım payı alınmaktadır. Bu madde ile bu payın %50'ye kadar çıkarılmasının önü açılmaktadır. Bu da hastalar açısından kabul edilebilir bir durum değildir.

• **Katılım paylarının alınması Taslağın sağlanan sağlık yardımları (madde 8)**

Başlığındaki ilk paragrafın "Bu kanun kapsamındaki kişilere sunulacak sağlık yardımları ile kişilerden alınan primlerin miktarı arasında ilişki kurulamaz" hükmünün felsefesine de aykırılık teşkil etmektedir. Çünkü bizzat kendisi hakkaniyetsizlik kaynağı olan katkı payları bir de gelirle ilişkilendirilmeden herkese aynı şekilde uygulanırsa (katkı payı muafiyetleri çok iyi bir biçimde düzenlenmez ve uygulanmazsa) hakkaniyeti daha fazla zedelemesi ve haksızlığı daha fazla körüklemesi kaçınılmaz olacaktır.

Katılım paylarına ilişkin bilimsel tespitimizi yapalım⁸⁸:

“Sağlıkta katılım paylarının kullanımı, sağlık hizmetlerinde talebin finansmanının özelleştirilmesidir”. Bu özelleştirme biçimi sağlıkta en tehlikeli özelleştirme biçimidir⁸⁹.

• Acil Haller (madde 18)

Tasarının 18. maddesine göre; hastanın acil tıbbi müdahaleyi gerektiren durumuna doktor değil Kurum karar verecek (Kurumca çıkarılan yönetmeliğin hükümlerine göre). Bu uygulama hem hekimin uzmanlık alanına bürokratik müdahale anlamına gelir ve hem de hekimin aciliyetlik kararı geçerli kabul edilmediğinden, eğer Kurumun yönetmeliğinin dışında bir “acil tıbbi müdahale” ise bedelini kişi cebinden ödeyecek. Gene işin faturası sigortalı kişilere ek bir yük olarak binecektir.

• Hizmet Sözleşmeleri (madde 20)

Taslakta da belirtildiği gibi GSS uygulaması ile birlikte ortaya çıkacak temel unsurlardan birisi de “hizmet sözleşmeleri”dir (GSS ile hizmet sunucuları arasındaki mal ve hizmet alışverişi hizmet sözleşmelerine dayandırılacaktır). Ancak Türkiye’de sözleşme yönetimi konusunda bilgi birikimi ve yetişmiş insan gücü yok denecek kadar azdır. Sözleşme/kontrat yönetiminin temel araçlarından birisi belki de en önemlisi olan maliyetler hesaplanamıyor/hesaplanmıyor olmasıdır.

Kurum, ülkedeki tüm kurum, kuruluş ve kişilerle hizmet sözleşmeleri ve protokolleri yapabilecek mi? Sisteme giremeyen sağlık mal ve hizmeti üreticileri atıl mı kalacaklardır?

⁸⁸H. Hüseyin YILDIRIM,AB, Sağlık ve Sağlık Politikaları www.absaglik.com , Genel Sağlık Sigortası (GSS) Kanunu Tasarı Taslağı: Eleştirel Bir Sorgulama ABSAĞLIK, Ankara, 29 Aralık 2004.

⁸⁹Kullanıcı Katkıları: Sağlık hizmetlerinde bir özelleştirme uygulaması biçimi de, sağlık hizmetlerinde kullanıcı katkılarıdır (user charges). Kullanıcı katkıları, her hangi bir sağlık hizmeti (poliklinik, klinik, ilaç vs) ihtiyacı durumunda ortaya çıkan parasal bedelin belli bir kısmının sağlık güvencesi olan kişilere ödettirilmesidir. Kişi prime ek olarak cebinden belli bir miktarı daha ödemek zorundadır.

• Hekimin Tavsiyesine Uymama Sorumluluğu (madde 27)

Tasarı taslağının 27. maddesinde hastalar açısından “hekimin tavsiyesine uymama sorumluluğu” getirilmiştir. Bu hüküm ilkesel olarak uygun bir ilkedir. Ancak nasıl, neye göre hastanın ihmalkarlığı tespit edilecektir? Gerçi psikolojik olarak özellikle bilinçsiz hastalar üzerinde bir baskı unsuru olarak kendini gösterebilir ve bu kişilerin tedavinin gereklerine daha fazla uymalarını da beraberinde getirebilir. Ancak, gene de hastaların hekimin tavsiyelerine uyup uymadığını tespit etmek oldukça zordur (örneğin hastanın verilen ilacını hekimin tavsiye ettiği şekliyle kullanıp kullanmadığını nasıl anlayacaksınız?). Bu zorluk beraberinde çeşitli sıkıntıları da getirebilir.

• Üçüncü Kişilerin Sorumluluğu (madde 30)

Tasarı taslağında 30. maddede üçüncü kişilerin sorumluluğundan bahsedilmektedir. Buna göre “bu kanunda sayılan yardımların yapılmasını gerektiren bir halin doğmasında, tedavi süresinin uzamasında veya sigortalının işgöremezlik durumunun artmasında ihmali, kastı veya suç sayılır bir hareketi görülen üçüncü kişilere Kurumca yapılan yardımların giderleri rücu edilir”, denilmektedir. Bu hükümdeki “üçüncü kişiler” ifadesiyle “sağlık profesyonelleri” ve “diğerleri” kastediliyorsa bu açık açık belirtilmelidir. Yok, eğer bu ifade “sağlık profesyonelleri”ni içermiyorsa bu daha da vahimdir. Kısacası bu üçüncü kişilerin kim olduğu netleşmesi gereken bir husustur. Çünkü hekimlerin sorumluluğu malpraktis⁹⁰ açısından oldukça önem arz etmektedir.

• Koruyucu Tedbirler Alınması (madde 35)

Taslağın 35. maddesine göre; “Kurum sigortalı ve bakmakla yükümlü olduğu kişileri, sağlık durumlarını kontrol amacıyla istediği zaman sağlık muayenesine tabi tutulmasını...” öngörmektedir. Bu insan haklarına aykırı

⁹⁰ **Malpraktis** Kötü uygulama, mesleki hata veya yanlış tedavi olarak türkçeleştirilebilecek “malpractice (malpraktis)”, doktorların hastaya verdikleri profesyonel hizmet esnasında bakım standartlarına uymadaki başarısızlıkları olarak ele alınabilir. Malpraktis davalarının sağlıklı yürütülebilmesi ve sonuçlandırılabilmesi için tedavi standartlarının hastalıklara özgü olarak teker teker ortaya konulması gerekir. Eğer standartlar yoksa oturup neye göre karar vereceksiniz? Sağlık hizmetlerinde hasta hakları, tatmini, sağlık hukuku ve sağlık kurumları işletmeciliği açısından malpraktis oldukça önemlidir (Giray, 1999).

uygulamalar ortaya çıkarabilecek bir hükümdür. Nitekim 1981 Lizbon (1981) ve Amsterdam (1994) hasta hakları bildirgelerine göre; kimse rızası dışında muayene edilemez, tedaviyi reddetme ve durdurma hakkına sahiptir, kişi sürekli hizmet talep etmeye ve koruyucu hizmetlerden yararlanma hakkına sahiptir.

2-4-3 Yasanın Muhtemel Etkileri:

Bugüne kadar ülkemizde kanunlaşmış, herhangi bir genel sağlık sigortası tasarısı olmamıştır. Ancak, Genel Sağlık Sigortasına alt yapı oluşturacak bazı kanunlar yürürlüğe sokulabilmiştir. Bu kanunlar aşağıda ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

2-4-3-1 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında

Kanun 1961 yılında yürürlüğe konulan bu Kanunun 1. maddesinde, çıkarılış amacı şu şekilde ifade edilmektedir⁹¹: “İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifadesinin sağlamak maksadıyla tababet ve tababetle ilgili hizmetler bu kanun çerçevesinde hazırlanacak program dahilinde sosyalleştirilecektir”. Sosyalleştirmenin anlamı ise, vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile kamu sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanma veya kendisine yapılan harcamaların bir kısmına katılımı suretiyle eşit şekilde faydalanmalarıdır. Kanun, Milli Savunma Bakanlığınca hizmet sağlanan grubun dışındaki halka yönelik tıbbi bakım, koruyucu ve tedavi edici bakımla, sağlık eğitimini bütünleştirecek olan tek bir yetkili organ tarafından hizmetlerin verilmesinin öngörmüş ve kapsamını da oldukça geniş tutmuştur. Ayrıca sağlık hizmetlerinin standardını yükseltmek için her bölgede sistemin temelini oluşturan sağlık ocağı ve sağlık evleri, hasta yatağı bulunan sağlık merkezleri ve hastaneler bir hiyerarşi içinde hizmet sunacak şekilde planlanmıştır⁹². Sosyalleştirme ilkesi ile “dar alanda geniş kapsamlı hizmet” hedeflenmiştir. Buna göre kırsal alanda 5.000-10.000 nüfusu kapsayan sağlık ocakları kurulacak; şehirlerde sağlık ocağı kapsamındaki nüfus 50.000 kişiye

⁹¹ Ragıp ÜNER ve Nusret FİŞEK, **Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi** (Ankara 1961), s.109

⁹² Alptekin ERDOĞAN, Genel Sağlık Sigortası-Derlemeler (Ankara 1990), s.24

kadar çıkabilecektir. Sağlık ocaklarında, hekimler, halk sağlığı hemşiresi, sağlık memuru ya da çevre sağlığı teknisyeni, ebeler, tıbbi sekreter, şoförler ve hizmetliler görev yapacaktır. Burada görev yapacak sağlık ekibinin sayısı hizmet verilen yerin durumuna göre değişecektir⁹³. Sağlık ocakları kapsadığı bölgedeki herkesin sağlık durumunu sürekli izleyebilmek amacıyla her birey için sağlık fişlerini tutacaktır⁹⁴. İllerdeki sağlık müdürlükleri, tedavi edici tıbbi hizmetlerden, halk komisyonları ise koruyucu hekimlik, çevre sağlığı ve sağlık eğitiminden sorumlu olacaklardır.

Öngörülen sevk zincirine göre sağlık hizmeti isteyenler acil durumlar dışında, öncelikle bir sağlık ocağında veya sağlık merkezine başvuracaklardır. Acil durumlar dışında sağlık ocağı tarafından sevk edilmedikleri halde sağlık merkezlerine veya hastanelere başvuranlar yapılan hizmetin bedelini ödemek durumunda kalacaklardır. Yabancı uyruklu kimseler de ücretini ödemek koşuluyla sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinden faydalanabileceklerdir. Bu kanunla herkes, muayene ve tedavi ücretinin ödemek koşuluyla istediği hekimi seçmekte serbest bırakılmıştır⁹⁵.

Yukarıda da özetlendiği üzere sosyalizasyon uygulaması gerçek anlamı ile uygulandığı takdirde ülkemizin sağlık sorunlarına bir ölçüde de olsa çözüm getirmiş olacaktır. Ancak 1961 yılından bu yana istenilen sonuçlara, pek çok faktöre bağlı olarak ulaşamamıştır. Bu faktörler arasında personelin nitelik ve nicelik olarak yetersizliği, istihdam ve kadro sorunları, alt yapı, donanım ve makine-teçhizat sıkıntıları öne çıkmıştır. Bunun yanında sevk zincirinin düzgün işletilememesi, hizmet sunulan nüfusa ilişkin kayıtların tutulmaması hizmetlerin etkili bir şekilde planlanmasını engellemiştir.

2-4-3-2 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu

3359 sayılı Kanun sağlık hizmetleriyle ilgili temel esasları düzenlemek amacıyla 1987 yılında kabul edilmiştir. Sağlık Bakanlığı adil, kaliteli ve etkin

⁹³DPT, Türkiye’de Sağlık Hizmetleri, Sağlık Sigortasının Temel İlkeleri ve Maliyet Tahmini, Yeşil Kart Uygulaması (Ankara 1992), s.5.

⁹⁴ DPT, (1992), a.g.e., s.10

⁹⁵ Ragıp Üner ve Nusret Fişek, a.g.e., s.112.

sağlık hizmetlerini sağlamak üzere sağlık kurumlarını, planlama, koordine etme, mali olarak destekleme ve geliştirme açısından sorumlu olacaklardır. Koruyucu hekimlik hizmetlerine öncelik verilecektir. Sağlık kuruluşları ülke çapında dağıtılacak ve yaygınlaştırılacaktır. Özel kurumlarca alınan ücretler Bakanlıkça denetlenecektir. Sevk zinciri bir düzen içinde işletilecek ve acil durumlar dışında sisteme uymayanlardan ücret alınacaktır. Bütün sağlık kuruluşlarının işleyişi, belirlenmiş standartlara ve ilkelere tabi olacaktır. Nüfusun sağlık durumu bir kayıt ve rapor sistemiyle kontrol edilecektir. Sağlık Bakanlığı, sağlık personelinin adil bir şekilde dağılımını sağlamak üzere insan gücü planlaması yapacak ve üniversitelerle birlikte hizmet-içi eğitim dahil ülke ihtiyaçlarına cevap veren eğitim programları uygulayacaktır. Sağlık hizmetlerinin bütün aşaması dikey olarak kontrol edilecektir. En son tıbbi bilgi ve teknolojinin ülkeye getirilmesine çalışılacaktır.

- Sağlık eğitimi, ilgili bütün kamu, özel ve gönüllü kuruluşlar tarafından yürütülecek ve sağlık eğitiminin etkileri ölçülecektir. Koruyucu teşhis, tedavi ve rehabilitasyona yönelik hizmetlerde kullanılan ilaç, aşı, serum ve diğer ürünlerin üretimi, ithali ve ihracı Sağlık Bakanlığınca denetlenecek ve kalite kontrolü yapılacaktır.

- Özürlü çocuk doğumlarının önlenmesi için, gebelik öncesi ve gebelik döneminde tıbbi ve eğitsel çalışmalar yapılacaktır⁹⁶.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının, Kanunun yukarıda sayılan temel ilkelerini bir sistem içerisinde gerçekleştirmek üzere ülke çapında bir teşkilat kurabileceği veya kurdurabileceği hükme bağlanmıştır. Kanunun 8. maddesinde,⁹⁶ "sağlık işletmelerinde koruyucu sağlık hizmetleri dışında teşhis, tedavi ve rehabilite edici hizmetler ücretli olup sağlı işletmesince tahakkuk ettirilen masraflar ilgili kurumca herhangi bir kısıtlamaya tabi tutulmaksızın öncelikle ve ivedilikle ve ödeme emri beklenilmeksizin ödenir. Bütçe uygulaması dışında olup da herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna tabi olanlara ait masraflar ilgili sosyal güvenlik kuruluşuna tebliğ edilmek

⁹⁶ Resmi Gazete, T:15.5.1987, S.19461.

suretiyle tahsil edilir.” Denilerek ücretlerin ve tahsilinin nasıl olacağı hükme bağlanmıştır.

Genel Sağlık Sigortasına hazırlık olması bakımından Genel Sağlık Sigortası yürürlüğe girinceye kadar herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna tabi olmayanlar müracaatları ve talepleri halinde sağlık kütüğüne kaydedilecektir. Bu suretle kaydını yaptıranlardan her yıl Bakanlar Kurulunca tespit edilen miktarda prim tahsil edilecektir. Kayıtlarını yaptırmayanlar ile primlerini ödemeyenlerin sağlık kuruluşlarındaki teşhis, tedavi ve rehabilite giderleri, kendilerinden veya kayıt oldukları özel sigorta kurumlarından tahsil edilecektir⁹⁷. Genel Sağlık Sigortasına geçişi sağlamak ve hiçbir sosyal güvenlik kuruluşuna tabi olmayan vatandaşların sağlık giderlerini karşılamak amacıyla Sağlık Bakanlığına bağlı olmak üzere TC Merkez Bankası nezdinde “Sağlık Hizmetlerini Destekleme ve Geliştirme Fonu” kurulmuştur. Bu fonun nihai amacı kişileri evrensel bir sağlık sigortası programına katılmak üzere teşvik etmektir⁹⁸.

2-4-3-3 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun⁹⁹

1992 yılında kabul edilen bu kanun hiçbir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında olmayan ve sağlık hizmetleri giderlerini karşılayacak durumda bulunmayan Türk vatandaşlarının bu giderlerinin Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilinceye kadar Devlet tarafından karşılanması ve bu hususta uyulacak esasları belirlemek amacıyla çıkarılmıştır. Yeşil Kart, hiçbir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında bulunmayan ve bu kanunun öngördüğü usul ve esaslar çerçevesinde belirlenecek aylık geliri veya aile içindeki gelir payı 1475 sayılı İş Kanununa göre belirlenen asgari ücretin vergi ve sosyal sigorta primi dışındaki miktarın 1/3’ünden az olan ve

⁹⁷ Ata SOYER, Türkiye’de Sağlık Hizmetleri (1980-1995) (TTB, Mayıs 1995), s.11.

⁹⁸ Erdoğan, (1990), a.g.e., s.27

⁹⁹ Resmi Gazete, T.3.8.1992, S.21273, s.14.

Türkiye’de ikamet eden Türk vatandaşlarının, Türkiye’deki yataklı tedavi kurumlarında yatarak görecekları tedavi hizmetlerini ve her türlü masrafları ile tedavi hizmetini verecek kurum ve kuruluşları kapsamaktadır. Sağlık hizmetleri giderlerini karşılayamayacak durumda olanlardan herhangi bir sağlık güvencesi altında olanlara bağımlı olarak sağlık hizmetlerinden yararlanması gerekenler, silahaltında bulunanlar ve sağlık güvencesi olan yüksek öğrenim öğrencileri bu kanunun kapsamı dışında tutulmuşlardır.

Kanunun aradığı koşulları yerine getiren vatandaşlara bu kanunun öngördüğü tedavi hizmetlerinden hiçbir ücret ve bedel ödemeksizin yararlanmaları amacıyla bir Yeşil Kart verilmektedir. Aylık geliri ya da gelir payları artarak kapsam dışına çıkanlardan Yeşil Kartları geri alınmaktadır. Ayrıca özel kanunlarla sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanması öngörülen vatandaşlara talepleri halinde, hiçbir soruşturma ve araştırma yapılmaksızın Yeşil Kart verilmektedir. Normal durumlarda Yeşil Kart gerekli inceleme ve araştırma yapıldıktan sonra il ve ilçe idare kurullarının kararı üzerine valilik ve kaymakamlık tarafından hak sahiplerine verilmektedir. Yeşil Kart sahipleri yataklı tedavi kurumlarından aldıkları sağlık hizmetleri için herhangi bir ödeme yapmamaktadırlar. Bu hizmetlerin bedeli ilgili sağlık kurumu tarafından Sağlık Bakanlığına fatura edilmekte ve Sağlık Bakanlığı da bu faturaları 15 gün içinde ödemektedir. Ayrıca bu hizmetlerin karşılanabilmesi için Sağlık Bakanlığı bütçesine yeterli ödenek konulmaktadır.

Sağlık hizmetleri sunumunda amaç, en temel yurttaşlık haklarından biri olan “sağlıklı yaşam” ve “çağın gereklerine uygun bir şekilde sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerine ulaşım” dır. Sağlık hizmetleri bilindiği gibi, koruyucu, geliştirici, sağaltıcı ve esenlendirici olmak üzere dört boyutludur. Sağlık hizmetinde birinci amaç sağlığı korumak ve geliştirmektir; bu amaç başarılamadığında ise tedavi edici ve esenlendirici hizmet sunulur. Sağlık hizmetlerini bu bütüncül yaklaşıma göre sunmak, sağlıklı yaşam hakkının gereği olduğu gibi, Taslak’ta sıkça belirtilen “verimlilik” açısından da en akılcı yöntemi oluşturmaktadır.

Ancak sigortacı anlayış, tanımı ve doğası gereği, sağlık hizmetlerini bütüncül algılamaz. Sigorta, risklerin gerçekleşme olasılığı üzerine yapılır. Sağlık alanında risk, ‘hastalık’tır. Öyleyse birincil amaç koruyucu sağlık hizmeti sunmak değil, Taslak’ta da görüldüğü gibi, hastalık riskinin gerçekleşmesi durumunda yapılacakların düzenlenmesidir. Basitçe araba sigortasını örnekleyebiliriz: Sigorta şirketleri kaza olmaması için otomobilinizi nasıl daha güvenli kullanacağınız, otomobillerin güvenliğinin nasıl artırılacağı, toplumun nasıl eğitileceği, yolların niteliği gibi kazaların oluşumunu azaltabilecek etmenlerle değil, kaza olduğunda ne yapacaklarıyla ilgilidirler. Sigorta şirketlerine prim ödersiniz, risk gerçekleştiğinde ödediğiniz primle doğru orantılı bir “tazminat” alırsınız...

Devletler, topluma hizmet için, toplum tarafından oluşturulmuş aygıtlardır. Binyıllar içinde deneyimlenmiştir ki, toplumun temel gereksinimleri olan eğitim, sağlık, adalet ulaşım, iletişim gibi hizmetler devlet örgütlenmesi ile en kolay, en “hakkaniyetli”, en “verimli” biçimde verilebilmektedir. Taslak’ın gerekçesinde de belirtildiği gibi, Türkiye Cumhuriyeti Anayasası bu görevi devlete vermiştir. Bu hizmetlerin verilebilmesi için o toplumu oluşturan yurttaşlar, çeşitli biçimlerde “vergi” adı altındaki ödemelerle ortak bir havuza katkıda bulunurlar.

Sağlık için sigorta primi toplamak, tıpkı sekiz yıl eğitime katkı payı toplanması gibi, ne hukuk devletiyle, ne basit adalet duygusuyla, ne de devletin oluşum mantığıyla uyuşur. Çünkü böylece, devletin temel varlık nedenlerinden biri için toplumdan ikinci kez bir vergi talep edilmektedir. Toplanan vergi ile sunmakla yükümlü olunan hizmetler arasında bir dengesizlik oluşması olasıdır. Ancak dengeyi sağlamanın yolu, topluma, günümüz koşulları için daha doğru bir deyişle vergi alınabilen çalışan kesime yeni bir vergi getirmek değil, öncelikle gerçekten herkesin kazancına göre vergi alınması ve vergilerin toplum yararına kullanılmasıdır. Yanısıra, Sağlık Bakanlığı bütçesinin yıllardır %2.2 - 2.4 civarında seyrettiği göz önüne alındığında, sağlık hizmetlerine kaynak yaratmak için ikinci bir vergi yerine daha uygun olanakların bulunduğu görülebilecektir.

Sağlıklı yaşam, insan hakkıdır. Sağlıktan tasarruf edilemez. Sağlık hizmeti sunmak devletin yükümlülüğüdür; devredilemez, özelleştirilemez. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası ve ilgili yasalarda da belirtilmiştir ki, sağlıklı yaşam hakkı temel bir insan hakkıdır ve bu hakkın kullanılabilmesi için gerekli olanakları yaratmak devletin yükümlülüğündedir. Gerek insan haklarının felsefi temelleri, gerek ulusal yasal düzenlemeler açısından, gereksinim yerine maliyet/yarar, diğer deyişle “verimlilik”e göre hizmet sunma ve sağlık hizmetlerini özelleştirme anlayışı sağlık hakkı ile doğrudan çatışır. Taslak’ın, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeni bir rant alanına dönüştürülmeye çalışılması, aile hekimliği uygulamasının yaygınlaştırılarak hasta yerine müşteri anlayışının yerleştirilmesi çabalarının yeni bir adımıdır.

Sigortacı anlayışın doğal sonucu olarak, Taslak’ta “Temel Teminat Paketi” ile karşılaşmaktayız. Birinci soru, “Temel” sözcüğünün kapsamına hangi hizmetlerin gireceği, bunu belirlemek için hangi ölçütlerin kullanılacağıdır. Kanun’un uygulanmasına ilişkin Yönetmeliklerde bu noktaların bir olasılıkla açığa kavuşturulabileceği, daha büyük olasılıkla da bu ölçüt ve kapsamın Taslak’ta kurulması öngörülen Sağlık Sigortası Kurumu’nca belirleneceği beklenebilir. Sağlık hizmetlerini temel olanlar ve olmayanlar biçiminde sınıflarken kullanılacak ölçüt, politika belirleyenlerin temel anlayışı ile uyumlu olacağından, bu ölçütün yine Taslak’ta sıkça geçen “verimlilik” vs. gibi kar/müşteri odaklı anlayışlarla biçimleneceği tahmin edilebilir. Böyle bir anlayışla biçimlenen ölçütün de “temel” sözcüğünün kapsamına sokacağı sağlık hizmetlerinin, gereksinimler ile değil, risk yaklaşımı ile biçimleneceğini öngörmek zor değildir.

Diğer soru, Temel Teminat Paketi’nin dışında kalan sağlık hizmetleri ile ilgilidir. m.17’de, “Temel Teminat Paketi dışında, ek hizmet almak isteyen kimseler veya sosyal sigorta kurumları, kapsamında bulunan sigortalılar ve hak sahipleri için, bu hizmetin karşılığı ödenmek sureti ile bu Kanun kapsamı dışında kalan sağlık yardımlarını alabilirler.” denmektedir. Burada yine temel paketin içeriği ve hangi ölçüte göre belirleneceği önem kazanmaktadır. Çünkü temel paketin içeriği yukarıda betimlenen ölçüte göre belirlendiğinde,

bazı sağlık hizmeti gereksinimleri temel paket ile karşılanamayacak, bu hizmetleri alabilmek için ayrıca para ödemek gerekecektir. Bu ise eşitsizlikleri artıracak bir uygulamadır.

Benzer bir nokta, Taslak'ta yer aldığı biçimiyle "sağlık yardımlarının istismarı" ile de ilgilidir. Öncelikle bu bir yardım değil, bir hakkın sunulmasıdır; kullanılan sözcükler bir kez daha Taslak'ı hazırlayanların sağlığa bakışını yansıtmaktadır. Ayrıca "istismar" tanımlaması da tartışmaya son derece açıktır. Sağlık hizmetinin istismarı yahut -kastedilen bu ise- kaynakların kötüye kullanımı, Kanun'a bir ceza maddesi konarak değil, o hizmete toplumun karar ve denetim aşamalarında katılımının sağlanması, diğer deyişle hizmeti toplumun sahiplenmesi ile engellenebilir. Üstelik öngörülen yaptırım, sağlık hizmetleri ödemelerinin üç ay boyunca kesilmesidir ki, bu tür bir yaptırımı Taslak gerekçesinde söz edilen sağlık hakkı anlayışı ile de bağdaştırmak mümkün değildir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ÖZELLEŞTİRME SÜRECİ VE BİÇİMLERİ

3-1 Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılandırılmasının Ana Biçimleri: Metalaştırma-Piyasalaştırma

Bir çok ülkenin kamu sektöründe, 1980'li yıllarla birlikte büyük değişimler yaşanmaya başlanmıştır. Ekonomi politikaları, 1970'li yıllar sonuna kadar kendi iç dinamiklerine yönelik olarak çalışan, serbest piyasa ekonomilerine yeteri kadar söz vermeyen bir yapı içerisinde hareket etmekteydi¹⁰⁰. Devletin rolü ve işlevleri seksenli yıllarla birlikte başlayan süreçte sorgulanmaya başlanmıştır. Özellikle Neoliberal çevreler tarafından, özelleştirme uygulamalarını başlatmak için alternatif hizmet sunum mekanizmalarının gündeme taşınması hükümetlere cesaret vermiş ve yol göstermiştir. Kamunun daha fazla şeffaf ve hesap verebilir bir noktaya getirilmesi çalışmalarına özelleştirmeye birlikte hız verilmiştir. Yerinden yönetim teşvik edilmiştir. Sağlık kuruluşlarının yerel yönetimlere devri, sağlık hizmetlerinin hızlı ve daha etkin olabilmesi maksadıyla bir politika olarak kabul edilmeye başlanmıştır.

Sağlıktaki değişimi siyasal, toplumsal ve ekonomik şartlardaki değişim, dönüşüm ve gelişmelere dayandıran bir başka yaklaşım, bu çerçevede özellikle 20. yüzyılın son çeyreğinde kamu yönetimlerini etkisi altına alan değişimler vurgulanmaktadır. Buna göre;

"Yaşadıkları ekonomik ve sosyal problemlerle birlikte bir çok batılı ülke 1970'li yılların sonlarından itibaren yeni borçlanmalara gidilmesi, yeniden yapılanma çalışmaları yürütülmesi, vergilerin arttırılması, mevcut ekonomik kaynakların kullanımının yeni amaçlar doğrultusunda etkinleştirilmesi gibi seçeneklerden birini tercih etmek zorunda kalmıştır. Bunlara paralel olarak

¹⁰⁰ Asım BALCI, *Kamu Hizmetleri ve Yerinden Yönetim, Sağlık Hizmeti Sunumunun Yeniden Yapılandırılması*, Atlas Yayınları, İstanbul 2005, s.5

dünya ölçeğinde kamu sektörüne yöneltilen ¹⁰¹eleştirilerde de bir artış olduğu gözlemlenmiştir. Sosyal Refah Devleti anlayışı, ekonomik büyümenin yavaşlamasıyla erozyona uğramaya başlamıştır. Ayrıca, Başarılı özel sektör şirketlerinin de etkisiyle hizmetlerden yararlanan insanlar, kamu kurumlarından daha fazlasını bekler hale gelmişlerdir. Bu nedenle artık, kamusal hizmetin sunumunu sürdürmek eskiden kullanılan yöntemlerle olanaksız hale gelmiştir. Son olarak, devlet rolü ve büyüklüğü ile kullandığı yöntemler bütçe altına alınarak sorgulanmaya başlamıştır".

Devletin ekonomide ve kamu hizmetinin sunumundaki ağırlığına yönelen eleştirilere dayanan bu yaklaşım değişimi, liberal politikalarla birlikte kamu sağlık hizmetinin yapısı ve örgütlenmesine ilişkin bir politika değişimini ortaya çıkarmıştır.

Hiç şüphesiz kamu hizmetlerinin yapılması sosyal devletin temel görevidir. Amaç insanlara temel ihtiyaçlarını giderecek olanakları ve yaşamsal kamu hizmetlerini- eğitim, sağlık, sosyal güvenlik gibi-sunmak; bu olanak ve hizmetlere herkesin, asgari standartta ulaşmasını sağlamaktır. Kamu hizmetlerinin yerine getirilmesinde sorumluluk devlete aittir. Fakat, devlet bunu özel sektöre yaptırabilecektir. Ancak, burada belirtilmesi gereken; hizmet özel sektör tarafından görülsede, hizmetin sağlıklı bir şekilde yerine getirilmesinde esas sorumluluk devlete aittir¹⁰².

Bireyin ruhsal ve fiziksel bütünlüğünü koruyarak, refah ve mutluluğunu en üst düzeye çıkarmak, günümüz modern dünyasında kabul gören "sosyal devlet" veya "refah devleti" olgusunun temel var oluş nedenidir. İngiliz iktisatçılarından Briggs refah devletini, amaç ve görevlerinden hareket ederek tanımlamaktadır.

"Refah devleti, kişilere ve ailelere, sahip oldukları mülklerin piyasa değerine bakmaksızın minimum bir gelir garanti eder. Kişisel ve ailevi krizlere yol açabilecek hastalık, yaşlılık, işsizlik gibi belirli "sosyal riskleri" karşılayabilecek güce kavuşturmak suretiyle kişiler ve aileler için güvensizlik alanını daraltarak ve nihayet statü ya da sınıf ayrımı yapmaksızın tüm vatandaşlara belirli sosyal hizmetleri en iyi standartlarda sunmayı garanti eder. Piyasa güçlerinin işleyişini değiştirmek amacıyla devlet erkini politikalar ve idare yoluyla bilinçli olarak kullanan devlettir..."¹⁰³.

Sağlık sektöründe özelleştirmeyi savunanlar diğer alanlardaki özeleştirmenin getirdiği sonuçlar gibi sağlık alanında da kamunun üzerindeki

¹⁰¹ Aktaran: Balcı, 2006: 1

¹⁰² M.Emin RUHİ, **1982 Anayasası Çerçevesinde Sosyal Devlet ve Özelleştirme**, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2003, s.225

¹⁰³ C.Can AKTAN, Özlem ÖZKIVRAK, *Sosyal Refah Devleti*.2003

<http://www.canaktan.org/politika/refah-devleti/kavram.htm> (Aktan ve Özkıvrak, 2003)(04.02.2005)

yükün özel şirketlerle paylaşılmasının hizmet kalitesi ve verimlilikte artışa neden olacağını düşünmektedirler. Kamu hizmetlerinde etkinliğin artması kıt olan kamu kaynaklarının daha doğru kullanılmasını sağlayacaktır. Ancak sağlık hizmetlerinde özelleştirmenin sağladığı yararlar yanında göz ardı edilmeyecek bazı sakıncalarda doğurmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği bazı sakıncalar şunlardır:

"Özel sektör ve sermaye sağlık sektöründeki mali getirinin, yatırım yapılacak diğer özel sektör alanlarından elde edilebilecek getirinin altında kalmayacağı beklentisini taşır. Bu getirinin teminine yönelik baskılar sağlık hizmetlerinin toplumsal içeriğinin arka plana itilmesi ve hizmete ihtiyaç duyan, yeterli olanakları bulunmayan hastalara karşı ayrımcılık yapılması sunucunu doğurabilir. Çek Cumhuriyeti, İsrail ve Rusya Federasyonu ve bir dereceye kadar Hollanda'daki son deneyimler Amerika'da görüldüğü gibi özel sigortacıların güçlü mali teşviklere sahip olmalarının bu şirketlerin risk seçimlerinde etkili bir rol oynayabileceğini göstermektedir. Üretim tarafına bakıldığında da, İsveç'ten alınan bir en kötü durum örneğinde, bir özel laboratuvarın yüksek gelir elde edebilmek için doktorlara seri olarak üretilmiş gerçek dışı kan analiz raporları göndermesi gösterilebilir. Özelleştirme özel firmaların ölçek ekonomisinden yararlanmak için birleşmeye giderek yeniden merkezi yönetime dönmelerine neden olabilmektedir.

Bu nedenlerle, özelleştirmeyi her sorunun üstesinden gelebilecek sihirli bir formül olarak görmek yanlış olacaktır. Sağlık hizmeti gibi kamusal yanı ağır basan bir alanda özelleştirmeye gitmenin sakıncaları, faydalarına üstün gelebilir. Bu nedenlerle kontrol mekanizmalarının sisteme entegre edilmesi önemli görülmektedir, bu açıdan özelleştirme sırasında çok dikkatli davranılması gerektiği burada vurgulanması gereken bir durumdur¹⁰⁴.

Birey ve toplum geleceği için önemli bir sorun olan sağlık, özelleştirildiği takdirde karşılaşılabilecek sorunların neler olduğu konusu tartışılmakta ve tartışılmaya devam edeceği yönünde de ciddi ipuçları bulunmaktadır. Sağlıktaki özelleştirmenin hiç gerekli olmadığı halde küreselleşmenin bir sonucu olarak Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelere dayatıldığını ileri sürenler bulunmaktadır. Özellikle Belek ve Soyer'in çalışmaları bu yöndedir. Bu bağlamda Cangızbay da sağlıktaki özelleştirmeyi küreselleşmenin bir sonucu olarak uluslararası kapitalist kuruluşların ve büyük devletlerin Türkiye'yi her yönden kısıp alma isteklerinin bir uygulaması olduğunu söylemektedir¹⁰⁵. Cangızbay'a göre; "sadece sanayi tesisleri değil, aynı zamanda en temel sağlık ve eğitim hizmetlerini de kapsayan bir özelleştirme/devleti küçültme söyleminin her zaman ve her yerde küreselleşme söylemiyle eklenmiş olarak ortaya çıkması da,

¹⁰⁴ Asım BALCI, a.g.e,s..40

¹⁰⁵ Kadir CANGIZBAY, "Küreselleşme ve Kamusal Alan", Küreselleşme Sivil Toplum ve İslam (Der. Fuat Keyman, A. Yaşar Sarıbay),1998, Ankara, Vadi Yayınları, s.116

buradaki 'pazar-içinleştirme'nin küresel niteliğine kanıtlık eden bir husustur. Her şeyin pazar için üretildiği durumda, üretilmiş her şey de pazarlık bir mal durumuna gelecektir. Burada tehlikeli olan her şeyi pazar için üreten insanın da bir süre sonra bir pazar malı durumuna geleceğidir.

İnsan üretimin her türlüşünü pazar için gerçekleştirirken ister istemez kendisini de 'pazar'lık bir mal, alınır-satılır bir şey, değişim değerine sahip olsun diye kendi dışından konulmuş ölçütler uyarınca biçimlendirilen, dolayısıyla belirlenmişlik boyutundan ibaret bir varlık, kısacası bir nesne olarak üretmiş olacaktır"¹⁰⁶.

Daha öncede belirtildiği gibi özelleştirme araştırmalarında ortaya çıkan olumlu yanlarla birlikte olumsuz yanlarda göz önünde bulundurulmalıdır. En önemli olumsuzluk sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin, sağlık hizmetlerine ulaşımında eşitsizlik yaratacağıdır. Özel sağlık sigortalarından ve yine özel hastanelerden yalnızca yüksek gelir sahibi insanlar yararlanırken yoksul ve kırsal kesimde yaşayanlar açısından eşitliğe aykırı, aleyhlerine bir sonuç yaratacaktır. Özel sektörün kar maksimize etme hedefleri çerçevesinde, hizmet maliyetlerinin artışına sebep olacaktır. Bu verimliliğin azalmasına, özellikle hizmet başına ödeme yapılan özel sağlık sigortacılığında belirgin olarak ortaya çıkar"¹⁰⁷.

Özerkleştirme, sağlık sektöründe sorunların çözümü olarak ortaya atılan bir başka seçenektir. Hem "sağ"dan hem "sol"dan gelen özerkleştirme önerileri farklı sebeplerle de olsa devletin olumsuz etkisini ortadan kaldırılmasını amaçlamaktadır. "Sağ"dan yapılan öneriler hizmetlerin verimliliği bağlamında hastaneler düzeyinde, "sol"dan yapılarlarda ise verimlilikten daha çok katılım ve demokrasi parametreleri açısından önem arz etmektedir"¹⁰⁸.

Sağlık sistemlerinde desantralizasyon çalışmaları değişik ülkelerde tek başına hedef edinilmesi ya da genel bir reformun alt başlığı olarak ele alınması gibi farklı yöntemlerle yapılmaktadır. Bu farklı ülkelerde de

¹⁰⁶CANGIZBAY, a.g.e,s. 286

¹⁰⁷ İlker BELEK, İlker, "Sağlıkta Eşitsizlik Var", Toplumbilim-Sağlık Sosyolojisi Özel Sayısı. Bağlam Yayıncılık ,İstanbul 2001,s 296

¹⁰⁸ İlker BELEK ve Ata SOYER, Sağlıkta Özelleştirme, Sorun Yayınları, İstanbul 1995,s. 160

uygulanen yöntemlerin deneyimleri ve alınacak sonuçlar benzer çalışmalara bazı noktalarda örnek teşkil edebilir. Uygulanan reform çalışmalarının çok miktarda deneyim ve sonucu olmasına rağmen bunları etkileyen en önemli faktör çevresel etmenlerdir. Bu tür etmenlerin kapsam ve farklılığı uygulanan reform çalışmalarının sonuçlarına tesir edecek içeriğe sahiptir¹⁰⁹.

Çeşitli ülkelerde sağlık sisteminde yapılan özelleştirmelerde, küresel değişimlerin yerel koşulların ve değişkenlerin önüne geçtiğine dair örneklerle rastlanmaktadır. Bu durum her ülkede değişik sorunlar yaşanmasına neden olabilmektedir.

Devletin küçültülmesini hedefleyen neo-liberal politikalar, uyguladıkları kamu gelir ve harcamalarının sınırlandırılması yöntemi ile devletin sağlık hizmetinin serbest piyasa koşullarınca arz ve talep edilmesine olanak tanımıştır. Devletin ekonomiye aşırı müdahalesi ve kamu harcamalarındaki artış, liberal iktisatçılara göre 1970'lerdeki krizin temelini oluşturmuştur. Sağlık hizmeti de, kamu harcamaları içinde bulunması dolayısıyla bu artışın bir unsurudur. Kamu harcamaları içinde fazla yer tutan ama ekonomik açıdan bir gelir yaratamayan sağlık kurumunun, uygulamaya konulan yeni politikalarla sermayenin yatırım alanı içine çekilmesiyle, devletin üstünden mali getirisi olmayan bir yük kalkmış olacaktır. Ancak sağlık hizmetlerinin özel sektöre devri ve bu harcamaların devlet tarafından karşılanmaması, ülke içerisindeki eşitsizliği arttırıcı yönde bir gelişme sağlayarak, yalnızca parası olan kesimin sağlık hizmetlerinden yararlanması sonucunu doğuracaktır.

1980'li yıllardan sonra güncellik kazanan sağlık sistemi reformu çalışmaları bir yandan toplam harcamalarının, bir yandan da kamu sağlık harcamalarının toplam payının sınırlandırılmasını hedeflemektedir. Bu amaçla da sağlık sistemlerinin, hem organizasyon, hem de finansman boyutlarında önemli değişiklikler hedeflenmektedir.

Bu hedeflere yönelik temel stratejiler ise aşağıda özetlenmiştir:

- Var olan kamu kaynakları dışında ek kaynak mekanizmalarının yaratılması; kullanıcı ödentisi ya da katkı payı adı verilen sistem.

¹⁰⁹BALCI,a.g.e,s. 91

- Sağlık sektörü içine piyasa kuralları ve rekabet unsuru sokularak verimliliğin artırılması ve daha genel bir yaklaşımla Yeni Kamu Yönetimi Modeli denilen bir yönetim stratejisinin geliştirilmesi: İç Piyasa Yönetilen Rekabet, Yönetilen Piyasa olarak adlandırılan yeniden yapılanmalar.

- Kamu sağlık kurumlarının tümünden ya da bölüm bölüm özelleştirilmesi ve özel sektörün çeşitli teşviklerle tıbbi bakım hizmetlerine sokulması¹¹⁰. Bu tablodan ortaya çıkan sonuç; sağlık sektörü reformlarının, sektörün üretim ve finansman olarak kamu dışında yapılandırılması yönünde gerçekleştirildiğidir. Bu anlamda sağlık sistemi reformlarının asıl amacının özelleştirme yönünde olduğunu saptamak yanlış olmayacaktır.

1980’li ve 90’lı yıllarda, Yeni Kamu Yönetimi anlayışı, birçok ülkede gerçekleştirilen sağlık sektörü reformlarını da tetiklemiş ve oldukça etkilemiştir. Khaleghian ve Das Gupta bunları üç başlık altında değerlendirmektedirler(2004)¹¹¹.

- Gerçek anlamda Pazar temelli reformlar (Tedarikçi rekabetin sağlanması ve kullanıcıların hizmetin bir kısmını ödemesi- yaklaşımları gibi)
- Sözde Pazar temelli reformlar (tedarikçi ve satın alıcı ayrımı, kontratların yapılması, yönetsel otonomi sağlanması ve diğer rekabeti teşvik edici yöntemler gibi)
- Desantralizasyon (Yerinden Yönetim)

¹¹⁰ Ata Soyer ve İlker Belek, “Türkiye’de Özel ve Kamu Sağlık Harcamaları”, Dünyada ve Türkiye’de Kamu Girişimciliğinin Geçmişi Bugünü ve Geleceği Sempozyumu, Sempozyum Bildirileri Kitabı, Cilt 1, İstanbul, 6-7 Ekim 1997, ss.340-341.

¹¹¹ Asım BALCI, a.g.e,s.6

Tablo 3-1 Yeni Kamu Yönetiminin Sağlık Sektörüne Yansımaları

Yeni Kamu Yönetimi	Sağlık sektöründe reform	Örnekler
Verimliliği arttırmak	-Verimlilik göstergeleri -Bench Marking	-Tüm Avrupa ülkeleri,-İngiltere Verimlilik Endeksi
Servis kalitesini arttırmak	Kalite girişimleri Kalite göstergeleri -Kalite bazında sözleşmeler -Sürekli kalite geliştirme	-Tüm Avrupa,BD ve Latin Amerika ülkeleri,-İngiltere sağlık servislerini geliştirme komisyonu
Etkinliği arttırmak	-Önceliklerin belirlenmesi -Delile bağlı tıbbi tedavi	-İsveç öncelik belirleme komisyonu -Hollanda –Dunning komisyonu -İngiltere ulusal Klinika Etkinlik Komisyonu Katalan-Teknoloji Evulasyon Ofisi Norveç,Yeni Zelanda,Fransa,Almanya,İsrail-Cochrane Kollaborasyonu
Kişi ve servis kullanma odaklı olmak	-Finans değişim kaynaklarından tüketici servis kullanmasından sonra tahsisi -Tüketici haklarının belirlenmesi	-Sözleşme sistemi -Tüketici odaklı servis çalışmaları (Örnek, İngiltere, İsveç, Finlandiya, Hollanda)
Daha çok Pazar piyasasında kullanılan mekanizmaları kullanmak	-Quasi Markets (Piyasa benzeri sistemler) -Bütçelendirme -Stratejik planlama -Çıktı bazında kontratlar	Hollanda, Almanya, İngiltere, İsveç, İspanya
Performans yönetimi	-Performans göstergeleri -Performansa bağlı ödeme sistemleri	-Birçok ülke -İngiltere-Hizmet alıcı ve vericiler için performansa bağlı ödeme

Kaynak: Asım Balcı,Kamu Hizmetleri ve Yerinden Yönetim,Atlas yayın,2005,s.7

Sağlık hizmetlerinin bir bütün olarak örgütlenmesinde belirleyici faktörlerden biri, üretici güçlerin belli bir gelişme sürecine denk düşen üretim ilişkileridir. “Üretim ilişkileri, toplum sağlığını doğrudan belirleyebilirken aynı zamanda bir üst yapı kurumu olarak sağlık hizmetlerinin nasıl örgütleneceğini, nasıl bir işbölümüne denk geleceğini ve nasıl finanse

edileceğini de belirlemektedir”¹¹². . Sağlık hizmetlerinin niteliği ve görünümü, üretim ilişkilerindeki değişime (kapitalizmin gelişim sürecine) uygun olarak değişmektedir. Sağlık hizmetleri de üretici güçlerin yaşamış olduğu tıkanma, kriz, yeniden yapılanma sürecinde payına düşeni almıştır. “Emek verimliliğinin arttığı ve sömürü oranının(el konan artı-değerin ücretlere oranı) giderek yükseldiği kapitalizmde, hastalanan işçinin bir an önce üretim bandı başına dönmesi önem kazandı... Süreç içerisinde nitelikli işsizlerin de yedek ordusu nedeniyle, burjuvazinin, sağlık hizmetlerine herkesin ulaşmasına ve yararlanmasına gereksinimi kalmadı. Dolayısıyla, maliyeti azaltıcı girişimler gecikmeden uygulamaya kondu”. İnsan gereksinimlerine verdiği karşılık, bir sistemin meşruiyeti ile eşdeğerdedir. Kamunun sağlık hizmetleri için ayırdığı payın büyüklüğü ve bu hizmetleri arzı, öncelikle kapitalist birikimin özellikleri ile ilişkili olarak azalıp çoğalmaktadır. İhtiyaçların kamu tarafından arz edilen hizmetlerle karşılanması, dönem dönem sistemin gereği gibi görünse de, sermayeye karşı yürütülen mücadelelerin ve asıl önemlisi de sistemin yaşadığı tıkanıklığı aşabilmenin geçici bir gerilemesine işaret etmektedir.

“Bireyin varlığını sürdürmesi için duyduğu gereksinimlerin tümü sadece piyasa mekanizmasının belirlediği koşullar içinde, kendi bireysel olanaklarıyla giderilemez. Dolayısıyla bireylerin var olma hakları kamusal alandaki faaliyetleri gerektirir. Ancak kapitalizmin sistemik çelişkisi kamusal alandaki faaliyetlerin her zaman bireyin ihtiyaçlarını karşılayacak düzeyde gerçekleşmesini engellemektedir. Diğer bir ifade ile kapitalist ekonominin dayandığı temel düzenleme mekanizması olarak piyasa mekanizması kârların maksimize edilmesine dayanır. Buna bağlı olarak piyasa, toplumsal üretimi bireyin var olma hakkını yeteri kadar sağlayacak düzeyde dağıtmaz. Dolayısıyla kapitalist sistemde toplumsal üretimden alınan pay, mülkiyet sahibi olmaya bağlı olarak daha başından itibaren bir eşitsizlik içermektedir. Bu eşitsizliği meşru kılmak yani bireyin var olma hakkını sağlayacak bir gelir bölüşümü ile piyasa mekanizmasının temel mantığını bozmayacak bir ekonomik etkinlik arasındaki çelişkileri gidermek devletin sorumluluğundadır.

¹¹² Onur HAMZAOĞLU ve Erhan NALÇACI, “Üretim İlişkileri ve Sağlık”, *Toplum ve Hekim*, Cilt 18, Sayı:3, Mayıs-Haziran 2003, s.166

Diğer bir ifade ile piyasanın ortaya çıkaracağı gelir dağılımını değiştirmek üzere refah hizmetlerinin, kamu harcamalarının ve kamu gelirlerinin kullanılması gerekmektedir¹¹³. Sermaye birikiminde zaman zaman yaşanan tıkanmalar kapitalizmin içsel dinamiğinde yer alan kriz eğiliminden başka bir şey değildir. Toplumsal yapıların yeniden düzenlenmesini-dönüştürülmesi, sermayenin bu tıkanıklığı aşabilmesi için zorunludur. Tıkanıklığın önünü açmak ve krizi bir an önce hafifletmekte önemli işlev, bu amaçla devlet eliyle uygulanan ekonomi politikaları tarafından üstlenilir. Devlet tarafından uygulanan ekonomi politikaları, işlevi ile sistemin devamını ve meşruiyetini de ortaya koyar. Var olan üretim tarzı olarak kapitalizmi korumak ve devamını sağlamak adına devlet, bazen kapitalizmin temel unsuru olan sermaye sahiplerinin kısa dönemli çıkarları aleyhine kararlar almak durumundadır. Refah devleti uygulamalarının gelişimi de bu açılım doğrultusundadır. Sosyal koruma sisteminin güçlü olduğu kapitalist bir toplumda, böyle bir koruma sistemi aslında sınıflar arası çelişkileri yumuşatarak sisteme meşruluk kazandırma işlevi taşır ve kapitalist üretim ilişkileri açısından bir tehdit oluşturmaz.¹¹⁴ Bu anlamda devlet, sistemin işleyişini ve sermaye birikimini engellemeyecek şekilde ekonomi politikaları güderek sosyal hizmetler arz eder. Sağlık hizmetleri de, II. Dünya Savaşı'ndan başlayarak 1980'lere kadar artarak sunulan kamusal bir hizmet olmuştur. Kamunun arz ettiği ve anayasal bir hak olan sağlık hizmetlerinin de piyasa koşullarına açılması, sistemin 1970'lerle başlayan ve 1980'lerde netleşen ve "yeni dünya düzeni" ve/veya "küreselleşme" diye adlandırılan eski ama yeni yapılanması ve buna bağlı "daha çok piyasa" ve "piyasalara özgürlük" anlayışı ile zorunlu hale gelmiştir. Sağlık hizmetlerinin metalaşma süreci böylelikle başlamış ve sağlık kamu tarafından sunulan bir hak olmaktan çıkarak sahip olunan mülkiyet-gelir ölçümünde bir metaya dönüşmüştür. Sağlık hizmetlerinin sermaye birikimi ile olan ilişkiler ağında, insanların yaşamlarının piyasa ilişkilerinin gereklilikleri

¹¹³ Tülay Arın, "Anayasal İktisat ve Refah Devleti: TİSK ve TÜSİAD'ın Asgari Devlet Raporlarının Eleştirisi", **Ekonomide Durum**, Türk-İş Araştırma Merkezi, Kitap 3-4, s..82-84.

¹¹⁴ 61 Yasemin Özügürlü, "Bölüşüm İlişkilerinde Devletin Değişen Rolü". **Evrensel Kültür**, Sayı:142,Ekim 2003.ss.76-77 <http://www.evrenselbasim.com/ek/dosya.asp?id=2422>.(Erişim T: 05.05.2006)

tarafından belirlenmesi sürecine karşılık gelen kavram metalaşmadır. Günlük hayatın piyasada alım satım konu olamayacak yanlarının, gün geçtikçe artan biçimde, bir ekonomik disipline içkin hale getirilmesi ile, sağlık hizmetlerinin metalaşması açıklanabilir. Sağlık hizmetlerinin metalaştırma ve piyasalaştırma sürecinde öncelikle sahip olduğu bütünsellikten kurtarılması gerekmektedir. Bu çerçevede kamunun artık sağlık hizmetinde bulunmasının gereksizliği ve hantallığı, arz edilen sağlık hizmeti kavramından talep edilen sağlık hizmetine, yani arz ve talep ilişkisine piyasa koşullarında terk edilmiş bir ekonomik aktiviteye geçiş sağlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin gelire oranla talep edilebilen bir yapıya dönüştürülmesi ve sağlığın kamu tarafından arz edilen bir hizmet ve toplumsal bir hak olma işlevini yitirmesi, sağlık hizmetlerinin ve hakkının piyasalaşma sürecindeki en önemli kilometre taşıdır. Bu dönüşüm tek bir hamlede ve sürekli piyasalaşma-metalaşma şeklinde gerçekleşmekten çok, kapitalizmin konjonktürel gelişim evresine uygun olarak; metalaşan, kamusallaşan, yeniden metalaşan diye tanımlanabilecek bir dalgalanma süreci içinde ortaya çıkmıştır. “Refah devleti” olgusu da bu dalgalanma sürecinde önemli bir uğraktır. “Refah devleti” kavramı, tüm uyruklarının refahını, yani sadece hayatta kalmaktan fazlasını; belirli bir toplumda, belirli bir zamanda, onurlu bir şekilde hayatta almayı, sağlamanın devletin yükümlülüğü olduğu düşüncesini ifade eder. Kavram devletin işlettiği ve finanse ettiği kurumlara daha geniş bir kamu refahı düşüncesinin –bireylerin onurlu yaşamlarının kolektif garantisi-gerektirdiği sorumlulukları yüklemiştir. Kamu refahı ortaklaşa sağlanan ve topluluğun her üyesine yayılan kolektif bir sigorta biçimi gibi düşünülebilir; bireysel ödenen primlerin miktarına göre değil de, bireysel ihtiyacın ölçüsüne oranla karşılığı ödenen bir sigorta poliçesidir¹¹⁵. “Refah devleti” kavramı içerisinde bir hak ve kamu tarafından arz edilmekte olan sağlık hizmetleri ile, ödeme gücü ve ödeme gücündeki eşitsizlikler dikkate alınmamakta, gereksinim önemli olmaktadır. Kapitalizme yeni kar alanları sağlayarak yaşadığı krizleri aşmasında rol oynayan piyasalaştırma sürecinde, sağlık

¹¹⁵ Zygmunt Bauman, **Çalışma, Tüketicilik ve Yeni Yoksullar**, İstanbul, 1999, Sarmal Yayınevi, s.67.

hizmetlerinin tanımlanmasında eşitsizlikler ön plana çıkmaktadır. 1970’lerde sermayenin içine girdiği krizi aşabilmenin bir yolu olarak, kapitalizmin genelde sosyal hizmetleri özelde ise sağlık hakkı ve buna ilişkin sağlık hizmetlerini metalaştırma sürecinde bir gerileme gibi duran, ancak kapitalizmin nihai metalaştırma süreci izlediğinde sadece geçici bir noktaya denk düşen “refah devleti” kazanımları, tasfiye edilmiş ve sağlık hizmetleri “serbest piyasa” tarafından arz ve talep bağlamında belirlenen bir biçimde yeniden yapılandırılma sürecine girmiştir. Böylece hem kamu kaynakları sermayeye yönlendirilmiş, hem de karlı bir alan haline gelen ve getirilen sağlık alanı, sermayenin hizmetine sunulmuştur. Son 20-30 yıla bakıldığında ekonomide reel mal üretiminin toplamdaki payının azaldığı görülmektedir. Buna karşılık gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hizmet sektörünün toplam üretim içindeki payı artmaktadır. Bu artış nedeniyle sermaye, genelde hizmet sektörünü özelde ise sağlık hizmetlerini yüksek kar marjı sunan bakir alanlar olarak görmektedir. “Sağlık hizmeti mal gibi ele alınmalı, üretiminden elde edilen kar insan verimliliği geliştirilerek artırılmalı ve artı değerın daha fazlasına el konulmalıdır¹¹⁶.” Sağlığı piyasalaştırmak için gereken hamleler, sağlık hizmetlerine karşı getirilen bu yeni öğretime zemin bulmaktadır. Neo liberal politikaların metalaşma piyasalaştırma işlevinin sağlık hizmetlerine etkileri üzerine bazı genel saptamalar yapmak mümkündür¹¹⁷.

Öncelikle, sürecin etkisi, bu hizmetlerin verildiği mekân üzerinde hissedilmektedir. Hizmetin üretimi için gerekli mekânlardaki değişimin ele alınması bu etki bağlamındadır. Günümüzde, sağlık hizmetlerinin üretim süreçlerinde mekânsal bir parçalanma saptamak mümkündür. Toplumun belirli bir kesimi için özel poliklinikler ve muayenahanelerin rolünün, büyük kamu hastaneleri karşısında artması; sağlık hizmetlerinin üretiminin piyasa ilişkilerine tabi olmaya başladığı saptaması ile açıklanabilir. Devam eden

¹¹⁶ Gazanfer Aksakoğlu ve Yonca Sönmez, “Küreselleştirme ve Toplum Sağlığı”. **Toplum ve Hekim** Cilt:18, Sayı 3, Mayıs Haziran 2003. s. 198.

⁶⁰ Ali Murat Özdemir, “Sağlığın Ekonomi Politikası: Sağlık Hizmetlerinde Metalaşma Süreci Üzerine Bir Deneme”, **Ekonomik Yaklaşım**, Cilt:16, Sayı:56, 2005, s.85-86.

süreçte, özel poliklinikler ve muayenehaneler yerlerini özel hastaneler ve özel tanı merkezlerine bırakmaktadır. Sağlığa ilişkin özel sigorta biçimlerinin yaygınlaşması olgusu da bu durumu desteklenmekte ve süreçle birlikte gelişmektedir. Uygulanabildiği durumlarda özel sigorta, sağlık "maliyetini", birinci dünya savaşı öncesinin toplumsal düzenlemelerin mantığı ile uyumlu olarak, yine işçiye yükleyen bir yaklaşımın belirmesinin en belirgin kanıtlarındandır.

Kuvvetle mümkün olarak, aynı sosyal mekanizma, uygulanamadığı durumlarda da, işgücünün belirli bir kısmını sosyal güvenceden mahrum eden bir yaklaşımın meşrulaştırıcı dayanağını oluşturur.

- İkinci bir unsur olarak sağlık hizmetlerinin kapsamında bir parçalanma ortaya çıkmaktadır. Hepsi de bir ve aynı tedavi sürecinin parçaları olan, nakil/ambulans hizmetleri, pansuman, dikiş, ilaç gibi unsurların ayrı ayrı fiyatlandırmaya konu olması durumu ve ilgilinin maddi gücüne bağlı olarak farklı malzemeler ve tekniklerle gerçekleştirilebilmesi, bu kapsamda genel olarak sermaye ilişkisine içkin dönemin bir sonucu olarak kabul edilebilir. Buna göre, artık, “tüketicinin” maddi gücüne göre aynı hizmeti farklı unsurlarla eklemlendirerek “talep etmek hakkından” söz edilebilecektir. Aynı sağlık problemine farklı kişiler için farklı tedavinin üretilmesi bu durumun doğrudan sonucu olarak ortaya konulabilir. Hastanelerin otelcilik hizmetleri, farklı fiyatlandırmanın ortaya çıktığı en belirgin konulardandır. Bu hizmetleri verecek personelin çok katmanlı ücretlendirilmesini ve farklı statü gruplarına ayrılmasını olası kılan da aynı parçalanma sürecidir. Sağlık hizmetini veren emekçiler arasında yeni çekişmelerin üretilmesi, bu durumun olası sonuçlarından birisi olabilecektir.

- Üçüncü olarak, piyasa ilişkilerine tabi bir sağlık hizmetleri örgütlenmesinin toplumsal kaynaklardan sağlık cihazlarına ayrılan payın içerisinde, kullanılması elzem olamayan ve öncelik sırasına göre geri planda kalması beklenen cihazlara ayrılan payın artmasına sebebiyet verebileceği olgusundan bahsedilebilir. Sözleşme serbestisi ilkesi uyarınca, estetik

kaygıların tatmini, parasız kesimlerin hayati ihtiyaçlarının önüne geçebilecektir. Bu bağlamda, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların, anti-ageing ya da yağ aldırma gibi, doğrudan kamu sağlığı ile ilgili olmayan sorunların, önce icadı, sonra da çözümü için kullanılması da beklenebilir.

- Dördüncü olarak hizmetten faydalanacak kimselerin toplumsal sınıflarını ve statülerini gösteren yeni alışkanlıkların, yine sınırlı toplumsal kaynakların dağılımı üzerindeki olumsuz etkilerinden bahsetmek mümkün olacaktır. Buna göre, özel hastanelerde doğum, gerekmediği durumlarda bile sezaryen yolu ile doğum, özel çocuk poliklinikleri, check-up pratiğinin eşitsiz biçimde yaygınlaşması ve istismar edilmesi, kamu hastanelerinin sürekli ihmalinden kaynaklanan sorunların giderilmesi yerine parası ve kamuoyu yaratabilecek gücü olan kesimlerin ihtiyaçlarının özel hastanelerde giderilmesi gibi durumlar öncelikli olarak görünür hale geleceklerdir. Aynı durumdan döner sermayeler yolu ile adeta bir "işletme" şeklinde yönetilen kamu hastaneleri için de bahsetmek mümkün hale gelmiştir. Bu durumlar sağlık sorunun kamusal yönlerinin görünmez hale getirilmesi yanı sıra, toplumun belirli kesimlerinin kayıtsızlığını arttırmak gibi politik maksatlara tahvil edilebilecektir.

- Beşinci olarak, sağlık hakkının kolektif bir hak olmaktan çıkışı ile ilişki içerisinde, başta hekimler olmak üzere, sağlık emekçilerinin sorumluluğu topluma karşı sorumluktan, bizatihi ilgili hizmeti alan kişiye, bir başka deyişle, "tüketiciye" karşı bir sorumluluğa dönüşecektir. Bu kapsamda hizmetin doğasını belirleyen ilişkilerde bir değişimden de bahsetmek mümkün olacaktır. Artık, genel olarak işgücünün yeniden üretimi devletin sorumluluğundan çıkmakta, bununla bağlantılı olarak, sağlık hizmetinin satıcısı ile hizmeti alan arasında, açık ya da örtülü olarak bireysel bir sözleşmenin belirlediği, karşılıklı bir ilişki, sağlık hizmetlerinde egemen olmaya başlamaktadır.

Kamu tarafından arz edilen sağlık hizmetlerinin metalaştırılması piyasalaştırılması süreciyle bir hak olarak sağlığın gelir ölçüsünde talep edilen bir hizmet haline gelmesi yukarıda saptananların dışında da başka bir

takım olguları ortaya çıkaracaktır. İktisat teorisinin organ borsasının serbestleştirilmesinin piyasada etkinliği artıracığı yaklaşımı organ ticaretinin hukuken yasaklandığı yerlerde bile, piyasa ilişkilerinin konusu olmasını engelleyemeyecektir. Ayrıca pek çok özelleştirme örneğinde olduğu gibi, sağlık hizmetlerinin arz edildiği kamuya ait mekanların kendisi dahi rant mekanizmasına dönüşebilecektir.

Anayasa'sının 56. maddesi hükmüne göre, Türkiye'de sağlık hizmetlerinde talebi karşılama ve herkesin eşit biçimde sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşamasını sağlama görevi devlete verilmiş ve sağlık kuruluşlarının planlanmasının tek elden yürütülmesi Anayasa tarafından öngörülmüştür. Anayasa tarafından Devlete verilen bu görevler 1983 yılında yayımlanan 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı'na verilmiştir. Buna göre, Bakanlık sağlık hizmetini doğrudan kendisi verebileceği gibi başka kurumlara da bu görevi verebilir. Ancak tek elden planlama görevi yine Bakanlık tarafından yerine getirilecektir. Bu çerçevede sağlık hizmetlerinin sunumu, yönetimi ve denetiminden sorumlu olan ana kurum T.C. Sağlık Bakanlığı'dır. Mevcut sağlık hizmetleri sisteminin temel amacı sağlıklı bir toplum yaratmaktır. İyi organize edilmiş, modern sağlık hizmetleri sisteminin toplumun tüm kesimlerini kapsamaması, ulaşılabilir olması, hakkaniyeti sağlaması ve aynı zamanda da etkin bir şekilde sunularak kaliteli ve verimliliği içermesi amaçlanmıştır. Ancak, bütün bu hedeflere rağmen sağlık hizmeti sunumunda ve finansmanında önemli sorunlar bulunmaktadır¹¹⁸.

Türkiye'de sağlık sektörü oldukça karmaşık ve kompleks bir yapı arz etmektedir. Sektörde söz sahibi kuruluşların sayısının çokluğundan ziyade, sistem genel olarak bir bütünlük arz etmemektedir. Bu da doğal olarak sağlık sektöründe görev ve fonksiyon açısından çakışmalara neden olmakta bu ise ülke kaynaklarının verimsizce kullanılması anlamına gelmektedir. Bu olumsuz durum 06.01.2005 tarihinde yayınlanan 5283 sayılı Kanunla bazı kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık birimlerinin Sağlık Bakanlığına devir edilmesiyle kısmen düzeltilmiştir.

¹¹⁸ Asım BALCI, Sağlık Bakanlığı'nın Desantralizasyonu ve Taşra Teşkilatının Reorganizasyonu, Nihai Rapor, Ankara, 2004, S.4

Ulusal kaynaklarımızın zenginliği ile karşılaştırılırsa, toplum sağlığında gösterdiğimiz performans (etkinlik ve verimlilik) çok düşük seyretmektedir. Dünya Sağlık Örgütü araştırmalarına göre, Türkiye maddi olanakları ve insan gücü potansiyeli kendisine benzer “gelişmekte olan ülkeler” ile karşılaştırıldığında ve dünya ölçeğinde yapılan sıralamada, en kötü performansı gösteren ülkeler grubundadır. Ortadoğu ve Kuzey Afrika bölgesindeki farklı maddi ve insan gücü potansiyeline sahip 17 ülke arasında en kötü performansı göstermektedir. Türkiye toplum sağlığını geliştirmek için ulusal kaynaklarını etkin ve verimli bir biçimde kullanamamaktadır.

1980’lerin sonunda, OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında Türkiye, ulusal kaynakları içinden sağlık harcamalarına en az payı ayıran ve en düşük miktardaki harcamayı yapan ülke durumundadır¹¹⁹.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin sunumu ve bu hizmetin toplumun sağlığı üzerine etkileri bakımından ciddi eşitsizlikler vardır. Bir başka deyişle ülke düzeyindeki farklı sınıf, topluluk ve coğrafi bölgeye dahil olanlar arasında sağlıklı olma potansiyeline erişme bakımından önlenabilir eşitsizlikler bulunmaktadır. Bunun yanında benzer eşitsizlikler, sağlık hizmetlerinde kaynakların oluşumu-bölüşümü noktasında da bulunmaktadır. Türkiye sağlık sektörü ile ilgili tartışmanın ana eksenini, sağlıktaki eşitsizlikler oluşturmaktadır.

- Kırsal Bölge

Toplumun sağlık düzeyini ifade eden bir ölçü olan bebek ölüm hızının (BÖH) kırsal bölgelerdeki ortalaması, kentlerdekinin iki katıdır.(binde 50-105)

Kır ve kent BÖH arasındaki fark 1960’lı ve 1970’li yıllarda giderek azalırken (farklar 1963’te binde 69, 1967’de binde35, 1977’de binde 27) 80’li yılların sonunda kırsal bölgelerin aleyhine artmıştır(1987’de binde 55’lik fark).

Kırsal bölge nüfusunun yarısında BÖH ülke ortalamasının üzerindedir.

- Kentsel Bölge

¹¹⁹Doç. Dr. İrfan GÖKÇAY,Özelleştirme Değil Kamulaştırma,Kaynak yayınları,1996,s.131

Büyük kentlerin gecekondu bölgelerindeki BÖH'ler Diyarbakır düzeyinde yükselmekte ve içinde bulundukları kentin ortalama BÖH ile arasındaki fark binde 35'lerde seyretmektedir. Kent içi ortalama BÖH'ün en düşük olduğu illerden Antalya'da merkez ve gecekondu bölgeleri arasındaki BÖH farkı binde 29'dur.

- Doğu-Batı

Türkiye'nin batı (Ege ve Marmara bölgeleri) ve doğu (Karadeniz kıyı şeridi dışında Kayseri'nin doğusundaki tüm bölgeler) bölgeleri BÖH'leri arasındaki fark 70'li yılların sonunda binde 38 iken, 80'li yılların sonunda binde 58,5 ile doğu bölgelerinin aleyhinde artmıştır.

Türkiye nüfusunun binde 30'u, BÖH'ün ülke ortalamasının üzerinde olduğu illerde yaşamaktadır. Bu illerin tümü Bolu-Kayseri-Gaziantep hattının doğusunda ve kuzeyindedir. BÖH bu illerin kırlarından başlamak üzere yükselmekte ve Muş'un kırsal yerleşim bölgelerinde BÖH, Bangladeş ortalamasına yaklaşmaktadır.

Türkiye nüfusunun yüzde 72'sinde BÖH ülke ortalamasının altındadır. Bu 41 milyon kişinin yüzde 37'si kırsalda, yüzde 63'ü kentlerde yaşamaktadır. Bolu-Kayseri-Gaziantep kent merkezlerinde ülke ortalamasının altına düşen BÖH, batıya ve güneye gidildikçe kırlardan kentlere doğru azalmakta ve Ege kıyılarında Arjantin ortalamasını yakalamaktadır. BÖH ülke ortalamasının altında olan 40 ilin yalnızca 5'i Bolu-Kayseri-Gaziantep hattının doğusundadır. 35 il ise bu hattın batısındadır ve nüfusunun yarısı ücretli olarak çalışmaktadır¹²⁰.

Bunun yanında, hekimlerin yaklaşık %48'i, uzman hekimlerinse %56'sı üç büyük il olan Ankara, İstanbul ve İzmir'de yoğunlaşmaktadır. Bu ise sağlık kaynaklarının, donanımının ve personelinin ülke genelinde iyi dağıtılamadığının ve kullanılamadığının bir göstergesi olarak nitelenmektedir. İnsan gücü açısından rasyonellik sağlanamamış olup bazı yerlerde personel sayısı fazla bazı yerlerde ise hizmet sunacak personel bulma güçlüğü

¹²⁰ Doç. Dr. İrfan GÖKÇAY,a.g.e,s.135

yaşanmaktadır. Nicelik ve nitelik açısından personelin gözden geçirilmesi gerekmektedir.

Özellikle sağlık hizmetlerinin taşra organizasyonu konusunda önemli aksamalar ve olumsuzluklar yaşanmaktadır. Sağlık Bakanlığı bir yandan sağlık hizmetini büyük ölçüde merkezden planlayıp finanse ederken, bir yandan da taşrada vatandaşların hizmet talebini karşılamaya yönelik çalışmalar yürütmektedir. Ancak aynı anda birden çok işle uğraşmak zorunda kalan Bakanlık hizmetlerinde istenen etkinlik, verimlilik ve kaliteyi sağlamakta zorluk çekmektedir. Buradaki başlıca sorunlar; yerel birimlere sorumlulukları ile orantılı yetkilerin tanınmamış olmasında, taşranın yeterli personel ve mali kaynaklarla takviye edilememesinde, çağdaş yönetim teknik ve stratejilerinin uygulamaya geçirilememesinden kaynaklanmaktadır.

İstatistiksel açıdan önemli bir başka rakam da genel bütçeden sağlığa ayrılan payın oldukça düşük kalmasıdır. Özellikle son yıllarda sağlık sektörü genel bütçeden % 2.5 civarlarında bir pay almayı sürdürmekte iken Bakanlığın bütçesi genel bütçeden 2003 yılında %3.2, 2004 yılında %3.17, 2005 yılında %3.55'e yükseltilmek suretiyle düzelme yoluna girmiş olduğu ümit edilebilir Sağlık Bakanlığı bütçesinin GSMH içindeki payı 2004 yılında 1.12, 2005 yılında 1.13 seviyesindedir. ⁽²⁾

3-2 Sağlık Reformlarında Görülen Özelleştirme Biçimleri

Sağlık reformunda özelleştirmeyi ulusal ve uluslar arası alanda olmak üzere iki grupta ele alabiliriz.

3-2-1 Sağlık Hizmetlerinde Ulusal Özelleştirme Türleri

- Hizmet sözleşmeleri(Concracting out),
- Kullanıcı katkıları (User charges/ Hizmet finansmanının özelleştirmesi),
- Döner sermaye uygulamaları (Çifte özelleştirme/ Double privazition),

- Dahili piyasa (Internal market),
- Bütçeden sağlığa ayrılan payların azaltılması,
- Teşvikler (Özel hastanelere, kliniklere, laboratuvarlara, özel sağlık sigortalarına verilen teşvikler, muafiyetler vb.)
- Mülkiyet devri (Denasyonalizasyon)

3-2-1-1 Hizmet sözleşmeleri

Özelleştirme denilince akla genellikle mülkiyet devri gelir. Fakat aynı zamanda kamu ve özel sektöre ait olan kuruluşlardan, kamuya ait olanların zamanla özel lehine genişlemeye başlaması da özelleştirme kapsamına girer. Hizmet sözleşmeleri de bu tür bir özelleştirme yöntemidir. Hastanelerin daha önce kendi imkanlarıyla yerine getirdikleri çamaşır yıkama, mutfak işletme ve yemek hizmetleri, temizlik gibi hizmetlerin özel sektöre devredilmesi, hizmet sözleşmeleri olarak adlandırılır. Hizmet sözleşmelerinde hizmeti özel sektör yapmakta, finansmanı devlet tarafından sağlanmaktadır. Bu yöntemin başarılı olup olmadığı sürekli tartışılmakta, bazen hizmetlerin kalitesinin düştüğü de ifade edilmektedir.

3- 2-1-2 Kullanıcı Katkıları

Kullanıcı katkıları herhangi bir sağlık hizmetinden faydalanma karşılığı sağlık güvencesi olan insanlardan bir miktar katkı payı alınması anlamına gelmektedir. Örneğin memurlardan ilaç alımında kesilen % 10 katkı payı gibi.

Bu uygulama Dünya bankasının dayatmaları sonrasında yürürlüğe girmiştir. Fakat bu uygulamanın da bazı sakıncaları vardır. Gelir dağılımındaki adaletsizlik ve dar gelirlielerin bir bölümünün katkı payını dahi ödeyememesi tedaviden vazgeçmesine sebep olmaktadır. Kullanıcı katkılarının bu nedenle sosyal adalet ilkelerine ters düştüğü söylenebilir.

3- 2-1-3 Döner Sermaye Uygulamaları

Döner sermaye uygulamalarına çifte özelleştirme de denir. Çünkü bu uygulamada özellikle üniversite hastanelerinde hekim hocalar hastanenin bütün imkanlarını (asistan, ebe, hemşire, intörn, hizmetli sekreter, tıbbi

malzeme, araç, gereç vb) kullanarak özel muayenelerle para kazanmaktadır. Tüm bunların yanında kira, elektrik, su, yanında çalışanlara ücret gibi hiçbir bedel de ödememektedirler. Ayrıca bu gelirlerin adaletli dağıtıldığını söylemek de oldukça güçtür.

3- 2-1-4 Dahili Piyasa

Dahili piyasaların menşei, Prof. Alain Enthoven,'in Amerika'daki özel hastaneler için geliştirdiği kontrollü rekabet felsefesine dayanmaktadır. İngiltere bu düşüncüyü almış ve National Healt Service' de yeni bir sağlık piyasası oluşturmak için uyarlamıştır. Dahili piyasa günümüzde sağlık reformlarının en temel ve önemli düşüncelerindendir. NHS dahili piyasası; satın alma ajanlarının sorumlu olduğu nüfus adına finansmanı devlet tarafından sağlanan, kamu ve özel sektörde rekabet halindeki bir çok hizmet sunucusundan sözleşme ile sağlık hizmeti alması mekanizmasıdır.

Dahili piyasa da; sağlık hizmetlerinde özel sektörlerin varlığına ve piyasanın temeli olan rekabet kavramına dayanmaktadır. Fakat dahili piyasa her zaman verimi, kaliteyi, maliyet sınırlamasını, daha fazla tüketici tercihini ortaya çıkaracağı yönünde garanti vermeyen bir özelleştirme mekanizmasıdır.

3- 2-1-5 Teşvikler

Devletin özel sektöre sağlık hizmetlerinde çeşitli adlar altında verdiği teşvikler, sağladığı gümrük muafiyetleri ve vergi gibi araçlar da göreceli olarak özel sektörün sağlık hizmetlerinde rolünün artmasına, yani özelleştirmeye neden olmaktadır¹²¹.

¹²¹ H.Hüseyin YILDIRIM, *En değerli sermayem ticarileşiyor: Sağlık, Sağlık Reformları ve Sağlıkta Özelleştirme*, ABSAĞLIKwww.absaglik.com, (Erişim T20 -06-2007)

3-2-2 Uluslar arası boyutta özelleştirme ve Sağlık Hizmetlerinde Neo-Liberal Politikaların Yeni Uygulama Alanı: GATS

Hizmet sözleşmeleri genel anlaşması (GATS) çerçevesinde, Dünya Ticaret Örgütü'nün (DTÖ) önderliğinde, ülkelerin kamu hizmetlerini dış yatırımlara ve piyasalara açmasını öngörmektedir. Ülkelerin kamu hizmetlerinin karşılıklı olarak serbestleşmesi için, bu çerçevede reformların gerçekleştirilmesi ve bu yapısal dönüşümlerin temel referans kaynağının da uluslar arası ticaret hukukunun olması gerektiği belirtilmektedir. DTÖ' nün küreselleşme çerçevesinde yukarıdan aşağıya doğru bir yaklaşımla, uluslar arası düzeyde, sağlık da dahil bulunmak üzere tüm sistemleri uluslar arası düzeyde özelleştirme girişimidir.

GATS çerçevesinde hizmet arzı biçimleri dört ana başlık altında ele alınmaktadır. Bunlar: sınır ötesi ticaret, yut dışında tüketim, ticari varlık, gerçek kişilerin hareketliliğidir.

Sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılarak serbest piyasada alınıp satılan bir unsur olması, sağlığın bir hak olmaktan çıkması ve genel anlamda ticarileşmesi için uygun zemin, demografik değişimin desteğiyle tamamlanmıştır. Gelişmiş ülkelerde tekelleşmenin ve teknolojinin artmasıyla, üretimin daha az emek kullanılarak artması, prim ödemelerinde görülen azalma ve nüfus artışının negatif oranda hareket etmesiyle artan yaşlı nüfusuna verilen hizmetlerin maliyeti artmıştır. Sağlık hizmetlerindeki artan fiyatlar beraberinde karlılığa açılan yeni fırsatlar yaratmıştır. Vergi ve prim finansmanlı sağlık hizmetleri, maliyet finansman bakımından aynı sözde sıkışıklık yaratmaktadır. Sağlık hizmetleri ekonomideki büyüme oranının üzerinde bir kaynak gereksinimine ve dolayısıyla tüketimine ihtiyaç duymuş, bu nedenle bir çok ülkede sağlık harcamaları, kamu maliyesinde büyük bir oranı oluşturmaya başlamıştır. Sağlık harcamaları kamu harcamaları içinde eğitim harcamalarını geçmiştir. Ekonomik büyümenin artışında hizmet sektörünün etkisi ile üretim sektöründen daha önemli hale gelmesi hizmetler sektörünü ön plana çıkarmıştır. Örnek olarak Avrupa Birliği'nin Gayri Safi Milli Hasılası'nın 1/3'ü hizmet sektöründen ve toplam ihracatının 1/4 'ü yine

hizmet sektörü tarafından sağlanmıştır. Bu oran OECD ülkelerinde %13'e ulaşmaktadır.

Teknolojideki gelişmeler daha verimli ve etkili iletişim sistemlerin oluşmasına ve bu da ticaretteki uzaklık nedeniyle oluşan engelleri ortadan kaldırmıştır. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin ticaret potansiyeli son yıllarda artan bir hızla genişlemektedir. Artan yaşlı nüfus, hasta hareketliliğinin artması, hastalık türlerinde değişme gibi sebeplerden ortaya çıkan sağlık hizmetlerindeki artan maliyetler verimliliğin bir amaç olarak görülmesi sonucunu yaratmıştır. Böylece devletler, özel kesimin sağlık hizmetlerindeki rolünün artırılması gerektiğini düşünmeye başlamışlardır. Özellikle gelişmekte olan ülkelere yapılan sağlık hizmetleri konusundaki yatırımlar, daha iyi teknoloji transferi, yeni istihdam olanakları yaratma gibi avantajları beraberinde getirmiştir¹²². Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Dünya Bankası (DB) ve DTÖ 1970'lerle birlikte sağlık hizmetlerinin finansmanından, sağlığın tanımına kadar kamuya gündemine bir çok yeni söylem oluşturmuşlardır. Devlet vergi yerine ne prim esaslı finansmanı daha ön plana çıkartmış ve doğrudan sağlık hizmeti sunmak yerine, özel sektör tarafından üretilen hizmeti satın alan bu sayede yüksek karlılıkla özel kesime kaynak yaratan bir sistem oluşturulmuştur.

1946 yılında DSÖ' nün anayasasına koyduğu sağlık tanımını "bedensel, ussal ve toplumsal açıdan tam iyilik durumu"nu, 1981'de "kendilerine sosyal ve ekonomik olarak üretken bir yaşam sürdürmeye olanak sağlayan sağlık düzeyi"ne, 2000 yılında "herkes için sağlık" olarak yeniden belirlemiştir. Buradan çıkartılması gereken anlam "Herkes kendi sağlığından sorumludur bu nedenle üretmek, kazanmak ve ödeme yapmak zorundadır". DB ve DSÖ 1996'da küresel hastalık yükü çalışması'nı başlatırlar.

Risk yaşamına ayrılmış olan DSÖ' nün 2002 raporunda; sigara içmek sağlıksız yaşam biçimi olup bireysel bir risk olarak görülmüş bundan kişi

¹²² Rudolf ADLUNG ve Antonia CARZANGİA, "Health Services Under the General Agreement on Trade in

Services", Bulletin of the World Health Organization. Vol:79, 2001, ss.352-364.

kendi sorumlu tutulmuştur. Akciğer kanserine yakalanma durumunda bunu finansal açıdan maliyetine katlanma kişisel sorumluluktur. Katılımcı katkısının etkisinde, kamudan ziyade özel sektörün ağırlıkla sunduğu bir sağlık hizmeti çeşidi ortaya çıkmıştır.

1994 yılında imzalanan Hizmet Ticareti Genel Anlaşmasında (GATS); DTÖ' nün düzenlemesini yapmış olduğu, gümrük vergilerine ilişkin düzenlemelerin ötesinde kamunun hizmet arzında bulunduğu tüm alanlar, özellikle de sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler, sigortacılık alanlarını da içine alacak şekilde genişletilmiştir. DTÖ ve DB'nın de yaptığı propagandalar ile anlaşmaya taraf olan ülkeler 2005 yılı sonunda 146 ya çıkmıştır. DTÖ eski başkanı Renato Ruggerio'nun GATS'a ilişkin söylediği:

GATS ile daha önce ticaret politikası içerisinde tanımlamadığımız alanları bile piyasa ekonomisine açabiliyorsunuz ve yerli hizmet şirketlerine tanıdığınız ayrıcalıkların aynısını ya da daha fazlasını yabancı şirketlere de tanıyorsunuz. Korkarım şu anda ne hükümetler neyin altına imza attığının ne de şirketler neler kazandıklarının farkında değiller¹²³.

anlaşmanın içeriğine ilişkin yeterli açıklamayı vermektedir. 1994 yılında imzalanan GATS metinde kamu hizmetlerinin özelleştirilmesinden bahsedilmemiş ancak anlaşma metninin dilinden kaynaklanan dönemsel açıdan ekonominin ve konjonktürün durumu da göz önünde bulundurularak yeniden yapılandırılması, böylece de kamunun arz ettiği hizmetlerin tamamının süreç içinde, kamunun hizmet arzı açısından küçültülmesine paralel olarak, kapsama alınması için yeniden görüşülmesine olanak sağlanmıştır¹²⁴.

Ticarileştirme gereğinin GATS'da geçen anlamını biraz açar ve örneklersek; burada amaç, kamu eliyle verilse bile bir kamusal hizmetin piyasadaki rekabet koşullarına zarar vermeden icra edilmesini güvence altına almaktır. Başka deyişle, kamu eliyle verilse bile hizmetler, benzer hizmetleri cari piyasa fiyatlarıyla kullanıcıya satacak, piyasada faaliyette bulunan özel

¹²³ Gaye YILMAZ “Hizmetlerin Piyasalaştırılması: Olayın Teknik ve Teorik Boyutları”. Hukuk ve Adalet Dergisi, Sayı:1. <http://www.antimai.org/mkl/gy0704hukad.htm>. Erişim Tarihi: (29 Nisan2006)

¹²⁴ GATS çerçevesinde hükümetlerin hizmet sektörünün istedikleri alt alanlarında bir takım istisnalar tanımalarına olanak sağlanmıştır. Ancak bu ayrıcalıkların ve/veya kapsam dışılığı, 10 Yıl İstisnası adı altında tanımlanarak, 10 yıl sonra otomatik olarak ortadan kalkmasına da olanak sağlanmıştır.

şirketlerin istihdam biçimlerini (esnek, kalite normlarına uygun, performansa dayalı ücret ve istihdam sağlanan, verimlilik esasına göre çalışan vb) aynen uygulayacak ve iş güvencesi sağlamayacaktır. GATS anlaşması yalnız kamu hizmetlerini kapsamakla kalmamakta, kamunun, belli hizmet sağlayıcılarını fakat esas olarak toplum sağlığını ve toplumsal refahı sağlamak amacıyla devletler tarafından getirilmiş düzenlemeleri de tehdit etmektedir. Buna göre, örneğin kimyevi madde üreten firmaların belli sayıda kimya mühendisi ve kimyager istihdam etmesi ya da 50 kişiden fazla işçi çalıştıran işyerlerinde bir hemşire ve işyeri hekimi istihdam edilmesi ve bunun gibi DTÖ yönetimi üye ülkelerin kamusal hizmetlerini piyasaya açıp açmama konularında serbest olduklarını belirtmektedir. Ancak GATS'ın istisnalarla ilgili maddesine bakıldığında anlaşmanın genelinde görülen esnek ifadeler burada da görülmektedir. Bu yüzden ilgili maddeye bakarak sağlık hizmetlerinin istisnalara ilişkin pozisyonunu ortaya koymak kişiden kişiye, kurumdan kuruma, ülkeden ülkeye değişebilecektir. Ancak şu bir gerçek ki GATS'ın amacı sağlık hizmetleri de dahil tüm hizmetleri uluslararası ticarete ve rekabete açmaktır. Bu nedenle GATS'ın bu istisnalar kısmına bakarak, "sağlık hizmetleri kamunun sorumluluğundadır" bu nedenle de GATS'a konu olamaz demek anlaşmanın gerçek anlamını ve açılımını kavramamaktır.

Biraz dikkatli bakıldığında sağlık hizmetlerinin GATS çerçevesindeki pozisyonunu belirlemek için "malların tasnifine ilişkin ayırma başvurmakta" yarar vardır. Mallar temelde üç gruba ayrılarak incelenmektedir: kamu malı, karma mal ve özel mal. Bu tasnife göre sağlık hizmetlerinin bir kısmının kamu malı (örneğin aşılama, koruyucu sağlık hizmetleri vb), bir kısmının karma mal ve bir kısmının da özel mal (bireysel sağlık hizmetleri, ilaç, diş sağlığı hizmetleri gibi) grubuna girdiği belirtilmektedir. Bu tasniften hareketle kamu malı niteliğindeki sağlık hizmetlerinin GATS'ın genel istisnalarına dahil edilebileceği (tam net olmamakla beraber), ancak karma ve özel mal grubuna dahil olan diğer tüm sağlık hizmetlerinin istisnalara dahil edilemeyeceği ve GATS çerçevesinde uluslararası ticarete ve rekabete konu olabileceğini kesin bir dille söylemek olanaklıdır. Nitekim Türkiye de dahil bir çok ülke GATS çerçevesinde sürdürülen ve 2002'ye kadar bitirilmesi planlanan

müzakerelerde sağlık hizmetlerini (hastaneler, ilaç sektörü, sigortalar, profesyonellerin ve hastaların serbest dolaşımı gibi) uluslararası ticarete ve daha pek çok düzenleme bir yandan toplum sağlığını nispeten güvence altına alırken bir yandan da mühendis ve doktorlara iş alanı yaratmaktadır. Oysa aynı düzenlemeler, GATS tarafından “gereğinden fazla kısıtlayıcı ve serbest rekabeti önleyici düzenlemeler” biçiminde yorumlanıp ve yasaklanabilecektir. Zira bir düzenlemenin “gereğinden fazla kısıtlayıcı” olarak kabul edilmesi, bu gereğin nasıl, kimler tarafından belirleneceğine ya da kısıtlayıcı olma fiilinin hangi sosyal sınıfa göre belirleneceğine ilişkin hiç bir kriterin verilmemiş olması dolayısıyla son derece kolaydır. Örneğin iş yeri hekimliği meselesi, o işyerinde çalışan işçiler ve onların sağlığından sorumlu tıp emekçileri için son derece yaşamsal ve gerekli iken, bir maliyet unsuru olması dolayısıyla aynı işyerinin işvereni tarafından kısıtlayıcı olarak görülebilecektir. En azından GATS anlaşma metni böylesi bir yoruma açık tutulmuştur”. 57. hükümet 2005 yılında yaptığı değişiklikle yabancı merkezli hastanelerin Türkiye’de açılışına ışık yakmış ve bu çerçevede özel sağlık hizmetleri sunumu için özellikle Amerika kökenli ilk girişimler başlamıştır. Bu gelişmelerin ardından 2006’nın başlarında ise hükümet tarafından yabancı doktorların Türkiye’de çalıştırılması tartışması gündeme alınmıştır. GATS diğer sektörlerde olduğu gibi, sağlık sektöründe özelleştirmeyi mülkiyet boyutundan hizmet boyutuna genişletmenin belgesidir. Sağlığın da pek çok mal ve hizmet gibi bir maliyeti olduğu, dolayısıyla bedelinin ödenmesi gerektiği yönündeki yıllardır sürdürülen kamuoyu oluşturma faaliyetlerinin ardından geldiğinin gözden kaçırılmaması gerekir. Sağlık hizmetlerinin, piyasaya, dolayısıyla metalaştırılmış alana çekilmesinin önündeki ulusal hukuk / mevzuatlardaki engeller kaldırılmaya çalışılmaktadır. Bu anlaşma ile sektörde var olmak isteyen ulusal sermaye gruplarının uluslararası hastane ve sigortacılık şirketleri ile küçük paylı sözde ortaklıkları artmaktadır. Esasında sektör uluslararası pazara açılmak istemektedir. Bugüne kadar kamu kaynakları, özel hastaneler, görüntüleme merkezleri, vb aracılığı ile ulusal sermayeye katkı sağlanırken, bundan sonra bunun büyük kısmına uluslararası tekeller el koymaya başlayacaktır. Bu anlaşma ile sağlık kuruluşları tam anlamıyla ticari

işletmeler haline gelecek, bu da maliyeti artıracak, tekelci yapı ve ilişkileri ortaya çıkaracak ve sağlık çalışanları arasında rekabet yaratacaktır¹²⁵. Bu güne kadar pek çoğu gelişmekte olan Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ) üyesi olan 54 ülke sağlık hizmetlerini GATS'a bağlı olarak liberalize etme sözü verdiler. Sağlık piyasalarını özel sağlık sigortasını da içererek liberalize eden ülke sayısı ise 78' e ulaştı. Bazı gelişmekte olan ülkeler sağlık hizmetlerini liberalize ederek ve özelleştirerek çevre ülkeler için bir sağlık turizmi merkezine dönüştüler ve sağlık profesyonellerini de ihraç eder duruma gelmişlerdir. İster sağlık turizmi, ister yabancı yatırım şeklinde olsun profesyonellerin dışarıda çalışması yoluyla özelleştirilen yerel sağlık hizmetleri ise ülke içinde gerileme göstermiştir¹²⁶. GATS çerçevesinde sağlığın özelleştirilmesi ile sağlık profesyonellerini(personellerine) ihtiyacı olan ülkelere refah düzeyi yüksek olan ülkelere doğru bir kayma olmaktadır. Eğer GATS çerçevesinde bu tip hareketin önüne engeller gelmez, çalışma şartlarında iyileştirme ve ya takdir edilir bir düzenleme yapılmaz ise ulusal sağlık sisteminde bu tür kaymaları azaltmak mümkün olmayacaktır¹²⁷.

3-2-2-1 Sınır ötesi ticaret

Uluslar arası posta, teleeğitim, teletıp, iletişim ve iletişim hizmetleri gibi, bir ülkede üretilen hizmetin bir başka ülkede satılmasıdır.

3-2-2-2 Yurt dışında tüketim

Sağlık turizmi veya dışarıda sağlık hizmetleri almak isteyenlerin tüketimi gibi, üye ülkede üretilen bir hizmetin aynı ülkede geçici olarak bulunan başka bir üye ülke yurttaşına sunulmasıdır.

¹²⁵71 Mehmet ÖZEN, “Hizmet Ticareti Anlaşması’nın (GATS) Sağlık Alanına Etkileri”. Toplum ve Hekim. Cilt:17, Sayı:3, Mayıs Haziran 2002. s.187.

¹²⁶Ronald LABONTE. “Globalization,Health and the Free Trade Regime : Assesig The Links”,Perspectives on Global Development and Technology, Volume 3 , Issue 1-2, ss. 61-62

¹²⁷Stephan TOMAS and Susan CLEARY. “Globalization and Health Policy In South Africa”Perspectives on Global Development and Technology, Volume 3 , Issue 1-2, s.142.

3-2-2-3 Ticari varlık

Yabancı bankaların başka ülkelerde şube açması veya sağlık merkezi açmaları gibi, bir ülkenin, diğer üye ülkelerin topraklarında oluşturulan ticari varlıktır.

3-2-2-4 Gerçek kişilerin hareketliliği

Dünya çapında faaliyet gösteren lojistik şirketlerin ülkelerdeki sığınmacı yada göçmenleri tüm hakları ihlal ederek istihdam etmesidir. Yani bir ülkenin, başka bir üye ülkedeki yurttaşları üzerinden ticaret yapmasıdır. Örneğin muhasebeciler, hekimler öğretmenler gibi. Geçici veya kalıcı olarak tıbbi ve sağlık personelinin başka ülkelere göç etmesi sağlık hizmetlerine ilişkin bir örnek olarak verilebilir.

3-3 Desantralizasyon

Sağlık alanında desantralizasyon konusu ilk olarak 1978 yılında Alma Ata'da gerçekleştirilen “ Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı”nda gündeme taşınmıştır. Dünya Sağlık Örgütü’ de, temel sağlık hizmetlerinin sunumu için en uygun model olarak küçük bölge temelli sağlık sistemleri önerisinde bulunmuştur. Bunlara ek olarak, Dünya Bankası’nın 1993’te yayınlamış olduğu World Devolapmant Report, desantralizasyonu ana reform stratejisi olarak sunmuştur.

Küreselleşme adı verilen olgunun tüm ülkeleri derinden etkilemesinin sonuçlarından biri de, kamu hizmetlerinde giderek birbirine benzeyen eğilimlerin birçok ülkede aynı anda uygulamaya geçirilmesidir. Bu eğilimlerin başlıcaları; verimlilik ve kalite, esnek örgütlenme, açıklık ve şeffaflık, hesap verebilirlik, yönetim, demokratikleşme, özelleştirme deregulasyon ve özel sektör kullanılarak kamunun küçültülmesi gibi kavram, uygulama ve yaklaşımlardan oluşmaktadır. Aynı süreç içerisinde yerinden yönetim anlayışının da geliştirilmesi gündemdedir. Devletin elinde bulundurduğu yetkilerin merkez yönetimden yerele doğru gitmesi modern kamu reformları içerisinde yeri önemlidir. Etkinlik ve verimlilik hedefine ulaşmak için

örgütlerde otorite ve sorumluluğun desantrilizasyonu gerekliliği de vurgulanmıştır¹²⁸.

Yerinden yönetim; kamuya ait fonksiyonların yönetimi ya da karar verme gibi faaliyetlerin merkezi hükümet ya da onun kuruluşlarından alınıp, bu kuruluşların yerel taşradaki örgütlerine, hükümette alt birimlere bölgesel ya da fonksiyonel otoritelere, özerk kamu birimlerine, hükümet dışı otoritelere transferi ya da devridir¹²⁹. Desantrilizasyonun çeşitli uygulama biçimleri yetki genişliği, özelleştirme ve sivilleştirme kavramlarıdır.

Dünya genelinde de bir çok ülkede yerel yönetim anlayışı güçlenmekte ve önem kazanmaktadır. Bunun değişik nedenlerinden biri yerinden yönetimle kamu harcamalarında etkinlik sağlanacağı düşüncesi, bir diğeri ise gelişmekte olan ülkelerde merkezi bürokrasinin, hantallığı ve başarısızlığına bir tepki olarak ve ekonomideki merkezi yönetimin ağırlığının azaltılması için yerel yönetimlerin güç kazanmasıdır. Bu tür yerinden yönetim politikalarının arkasında devletin ekonomideki ağırlığını azaltma yaklaşımına sahip neoliberal politikaları görülebilmektedir.

Üçüncü olarak, ekonomide merkezi yönetimin ağırlığını azaltmak için yerinden yönetime geçilmektedir. Yerinden yönetim akımlarının arkasında devletin ekonomideki ağırlığını azaltmayı öngören neoliberal yaklaşım izlerini sürmek mümkündür.

Diğer taraftan desantrilizasyonun getirebileceği riskleri de belirtmekte fayda vardır. Bu bakımdan yerelleşmenin kamu hizmetlerini kesin bir biçimde iyileştireceği doğru değildir. Yerel yöneticilerin beceriksizliği ya da teknik kapasitelerinin yetersizliği veya iktidar partisinin yerel temsilcilerinin etkilerihizmetlerin kötüleşmesine neden olabilir. Kamu hizmetlerinin bölgesel dağılımında eşitsizlik doğurmasına neden olduğu gibi finansal açıkları artırdığı gibi kamu sektörünün haddinden fazla büyümesine sebep olabilir. Bunlar makro ekonomik yönden riskleri artırabilir¹³⁰.

Yerinden yönetim türleri;

¹²⁸ Asım BALCI, a.g.e, s.15

¹²⁹ Asım BALCI, a.g.e,s.19

¹³⁰ Asım BALCI, a.g.e, s.24

- Dekonsantrasyon (Yetki Genişliği),
- Delegasyon (Yetki Devri)
- Devalüsyon (Yerinden Yönetim)
- Özelleştirme' dir.

Özelleştirmenin lehinde ve aleyhinde tartışmalar yoğun bir şekilde devam etmektedir. Özelleştirme desantrilizasyon sürecinin son aşaması olarak görülmekte ve kamu sağlığı alanında özelleştirmenin ciddi sakıncaları olabileceği unutulmaması gerekmektedir¹³¹.

2002 yılında yapılan Kamu Reformu Anlaşması'nın içeriğinde vatandaşların kamu tarafından sağlanan hizmetlerin, kamu ya da özel sektörde sunulmasına ilişkin görüşleri değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmeye göre;

Tablo 3-2 Vatandaşın Kamu hizmetlerinin Kamu veya Özel sektörde sunulması hakkında görüşleri

	Tümüyle kamu	Daha çok Kamu	Fark Etmez	Daha çok özel	Tümüyle Özel
İlköğretim	53.8	18.4	19.4	4.5	3.8
Liseler	50.3	20.1	20.6	5.1	3.8
Sosyal güvenlik	50.4	17.1	22.2	6	4.3
Yüksek öğretim	47.2	19.1	22	6.6	5.1
Hastane hizmetleri	39.8	17.6	23.4	10.5	8.7
Su, çevre gibi hizm.	41.2	15.9	22.4	10.7	9.8
Posta- Telgraf	39.5	15.7	24	11.5	9.3
Telefon haberleşmesi	37.5	15.5	24.6	11.7	10.7
Demiryolları	36.9	16.8	22.8	11.5	12.1
Denizyolları	33.3	16.6	24.7	12.8	12.5
Hava yolları	33.5	16.5	24.5	12.9	12.7

Kaynak:(TÜSİAD, Kamu Reformu Araştırması)

¹³¹ Asım BALCI,a.g.e, s.39

Tablodan çıkartabileceğimiz sonuçlara göre, katılımcıların önemli bir kısmı belirtilen hizmetlerin kamu tarafından sunulmasını tercih etmiştir ve genel olarak hizmetlerin kamu tarafından yapılmasına vatandaşların sıcak baktığı söylenebilir. Bu oldukça önemli bir sonuç olarak görülmektedir.

DSÖ (1997:49) özelleştirmenin genellikle tamir, bakım, temizlik, ulaştırma ve yemek gibi belli başlı destek hizmetlerinde uygulandığını belirtmektedir. Özelleştirme lehinde belirtilen görüşler yoğun olarak kamusal hizmetlerin üzerindeki yükün özel sektör ile paylaşılmasından hizmetlerin daha etkin yapılması ve verimliliği ve kalite artışına neden olacağı üzerindedir. Böylece kıt olan kamu kaynaklarının böylece daha doğru kullanılabileceği vurgulanmaktadır. Bununla birlikte özelleştirmenin küçümsenmeyecek sakıncaları da mevcuttur.

Özel sektör sağlık alanındaki mali kazanımın, yatırım yapılabilecek diğer özel sektör alanlarından çok da farklı olmayacağı, hatta daha karlı olabileceği beklentisini taşır. Bu getiri ve kazanım anlayışı ile ortaya çıkan baskılar sağlık hizmetlerinin toplumsal içeriğinin arka plana itilmesi ve hizmete ihtiyaç duyan, yeterli olanak bulamayan hastalara karşı ayrımcılık yapılması sonuçları doğurabilir. Özel sigortacıların, İsrail, Rusya, Çek Cumhuriyeti ve Amerika'da görüldüğü gibi güçlü mali teşviklere sahip olmalarının bu şirketlerin risk seçimlerinde etkili bir rol oynayabileceğini göstermektedir. Üretim yönünden bakıldığında İsveç'te bir özel laboratuvarın fazla gelir elde edebilmek için seri olarak üretilmiş kan analizi raporlarını kullanması gösterilebilir. Özelleştirme, ölçek ekonomisinden yararlanmak için konsolidasyona gitmek suretiyle merkezi yönetime dönmelerine neden olmaktadır¹³².

Bu nedenle, özelleştirmeyi her sorunun üstesinden gelebilecek “sihirli bir formül” olarak görmek yanlış olacaktır. Sağlık hizmeti gibi kamusal yanı ağır basan bir alanda özelleştirmeye gitmenin sakıncaları, faydalarına üstün gelebilir. Bu nedenle kontrol mekanizmalarının sisteme entegre edilmesi

¹³² DSÖ, 1997:49

önemli görülmektedir. Bu açıdan özelleştirme sırasında çok dikkatli davranılması gerektiği burada vurgulanması gereken bir durumdur¹³³.

3-4 Özel Sağlık Harcamaları

Özel sağlık sektörü 1980'li yıllarda liberal politikalarında etkisiyle ortaya daha fazla çıkmıştır. 1980'de 91.2 milyar TL olan özel sağlık harcamaları, 1990 yılında 5298 milyar TL'ye, 2000 yılında 1.089.000 milyar TL'ye ve en son 2003 yılındaki verilerde ise 3.045.803 milyar TL'ye ulaşmıştır. Diğer bir göstergeyle; özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarındaki payı ise; 1980 yılında % 48.64 iken 1984'te % 56,07 ye çıkmış, 1987 yılına kadar % 50'nin üzerine ve bu tarihten sonra gerileyerek,1998 yılında oran %37 iken, 2003 yılı sonu itibari ile % 18,70 olarak açıklanmıştır.(bkz. Tablo 6.)

Özel sağlık sektörünün eline geçen paranın büyük bölümünü, halkın sağlığa harcadığı para oluşturmaktadır. 2004 yılında ortalama bir ailenin gelirinin %2,2'si sağlığa ayırdığı görülmüş ve bu miktarda yaklaşık olarak 340.462.899 milyon TL değerinde denk gelmektedir. Yine aynı yıl açıklanan Türkiye İstatistik Kurumunun araştırmasına göre kentte yaşayan insanlar gelirlerinin %2.1'ini sağlığa harcarken, kırsal kesimin harcadığı miktar ise %2.7 olmuştur¹³⁴.

¹³³ Asım BALCI,a.g.e,s.40

¹³⁴ Türkiye İstatistik Kurumu, Hane halkıTüketimHarcamaları,http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=47&tb_id=16 (Erişim Tarihi: 1 Mayıs 2006)

Tablo 3-3 Özel Sağlık Harcamaları ve Gelişimi YILLAR Özel Sağlık Harcaması
(milyar TL)

YILLAR	Özel Sağlık Harcaması (milyar TL)	Özel Sağlık Harcaması /Toplam Sağlık Harcaması (%)
1980	91.2	48.64
1981	135.3	53.78
1982	177.1	54.38
1983	239.1	53.95
1984	383,5	56.07
1985	572.7	55.39
1986	782.7	53.51
1987	1.125	50.24
1988	1.861,6	47.79
1989	3.213,4	41.50
1990	5.298,0	38.06
1991	8.532,3	36.50
1992	14.583,7	33.76
1993	27.000,0	31.76
1994	56.500,0	35.31
1995	107.000,0	35.67
1996	198.000,0	36.00
1997	385.000,0	37.02
1998	719.576,0	37.00
1999	642.000,0	20.01
2000	1.089.000,0	19.99
2001	1.229.736,6	18.03
2002	2.189.070,3	18.70
2003	3.045.803,1	18.70

Kaynak: Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) 1980-
2003, <http://ekutup.dpt.gov.tr/ekonomi/gosterge/tr/1950-03/esg.htm>

Özel sağlık harcamalarının oransal olarak toplam sağlık harcamalarındaki payının azalmasının sebebi, kamunun tedavi edici sağlık harcamaları, ilaç harcamaları ve özel sektörden alınan hizmetler yoluyla harcamalarının artmasıdır.

3-5 Özel Sağlık Sigortaları

1990 yılında 10 şirketle başlayan hastalık sigortası uygulaması, 1997 yılında 40'a ulaşmış ve 527.991 kişi özel sağlık sigortası kapsamına alınmıştır. 2005 yıla gelindiğinde ise o dönemden önce ülkeden görülen krizlerin etkisiyle sağlık sigortası satan şirket sayısı 32'ye düşmüş ancak aktif sigortalı sayısı 974.251'e çıkmıştır.

Tablo 3-4 Özel Sağlık Sigorta Şirketleri ve Sigortalı Kişi Sayısı

Yıllar	Özel Sağlık Sigorta Şirketi Sayısı	Özel Sağlık Sigortası Satan Şirket Sayısı	Özel Sağlık Sigortalı Kişi Sayısı
1997	60	40	527.991
1998	65	41	599.703
1999	63	40	743.399
2000	63	40	690.363
2001	61	40	655.703
2002	58	39	697.505
2003	55	36	704.545
2004	56	33	785.835
2005	53	32	974.251

Kaynak: Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği, 2006.<http://www.tsrsb.org.tr/tsrsb/Istatistikler> (Erişim T: 22-07-2007)

İlk yıllarda toplanan prim 12 milyon dolar ve toplam sigorta primi içindeki sağlık sigorta primi oranı %1.2'dir. 1997 yılında 118.3 milyon olan prim tutarı, prim oranında %8.5'e çıkmıştır. Yıllar geçtikçe bu prim artmış ve 2005 yılında 596,1 milyon dolarlık prim toplanmış ve primlerin toplam sigorta primlerine oranı %10.2 ye çıkmıştır.

Tablo3-5 Özel Sağlık Sigortacılığının Prim Üretimi

Yıllar	Sağlık Sigortası Satan Şirketlerin Topladığı Prim (Milyon USD)	Toplam Sigorta Primi İçinde Sağlık Sigortası Prim Oranı(%)
1991	12	1.2
1992	20.6	1.7
1993	30.5	2.0
1994	34.8	2.9
1995	60.5	4.8
1996	98.6	6.5
1997	118.3	8.5
1998	179.8	10.1
1998	199.6	10.9
1999	281.1	10.5
2000	187.8	10.8
2001	250.3	11.4
2002	371.5	10.1
2003	510.3	10.1
2004	596.1	10.2

Kaynak: Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği, 2006.<http://www.tsrsb.org.tr/tsrsb/Istatistikler> (Erişim Tarihi: 8 Mayıs 2006)

3-6 Özel Poliklinikler

1980 sonrası dönemin tipik kurumu olan özel poliklinikler önce büyük kentlerin çevresinde oluşmuş ve yoğunlaşmış, ardından büyük kentlerin diğer bölgelerine ve orta büyüklükteki kentlere yayılmaya başlamıştır. Özel polikliniklerin sayısı hakkında tam bir rakam vermek oldukça güçtür.

3-7 Özel Muayenehaneler

Giderek artan oranda hekimlerin kamu kurumlarında yarı süreli çalışmayı tercih ettiği görülmektedir. 1992’de %14 ve 1998’de %13 olan yalnızca özel sektörde çalışan hekim oranları büyük bir değişme göstermezken, kamuda çalışan hekim oranı %52’den, %29’a düşerek yarı yarıya azalış göstermiştir. Tersine bir oranla yarı süreli çalışanların oranı bir o kadar artarak %34’ten %58’e çıkmıştır. Günümüzde hekimlerin büyük bir çoğunluğu yarı süreli olarak hizmet vermektedir. Bu durum hekimlerin kamudan aldıkları ücretin yeterli olmaması olarak açıklanmaktadır. Bu tür çalışma şekli doğal olarak kamuda hizmet kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Ancak yapılan araştırmalar göstermektedir ki hekimlerin kamuda yeterli ücret aldıkları takdirde özel muayenehanelerini kapatma yoluna gitmemektedirler. Bu bakımdan 2000’li yılların başında kurulan döner sermaye işletmelerinin faaliyete geçmesiyle hekim ücretleri performansa dayalı hale getirilmiş ve tekrar hekimlerin tam zamanlı kamuda çalışma oranında artış görülmüştür¹³⁵.

Tablo3-6 Türkiye’de Hekimlerin Özel ve Kamu Çalışma Tarzlarına Göre Dağılımı

Çalışma Tarzı	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Yalnızca Özel	14.0	13.0	14.0	15.0	14.0	13,5	13.0
Yalnızca kamu	52.0	50.0	49.0	42.0	28.0	23,5	29.0
Yarı süreli (kamu+özel)	34.0	37.0	37.0	43.0	58.0	63.0	58.0

Kaynak: TTB, Yenibinyılın Başında Türkiye Sağlık Sektörünün Durumu, 2002, Ankara. s.24

¹³⁵ TTB, Yenibinyılın Başında Türkiye Sağlık Sektörünün Durumu, 2002, Ankara, ss.23-24.

Sağlık Bakanlığının TBMM'ye sunduğu, kamu hastanelerinin işletmeye dönüştürülmesini amaçlayan “Kamu Sağlık İşletmeleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı”nın gerekçesi ve temel özellikleri şöyledir¹³⁶:

- Yataklı tedavi kurumları otelcilik hizmetlerini de sunduğundan yönetimi işletmecilik esaslarına göre düzenlenecek,
- Milyonluk cirosu olan hastanelerin işletme alanında hiçbir eğitimi olmayan başhekimler yerine profesyonel yöneticiler tarafından yönetilmesi gerekmektedir,
- Hastanenin mülkiyeti kamuda olmakla birlikte ayrı bir bütçesi bulunacak ve çağdaş finansal ilkelere göre yönetilecek,
- Hastane yönetimi, personel istihdamında bürokratik sınırlamaların dışında serbestçe karar verebilecek, işin gereğine göre kaydırma yapabilecek, verimli çalışana ek ödeme imkânı sağlanacak, Hastanenin en yetkili organı yönetim kuruludur. Bu kurul, İl Genel Meclisi'nden iki, Valilikten bir, Sağlık Bakanlığı'ndan iki, Ticaret Odası'ndan bir ve İl Sağlık Müdürlüğü'nden bir temsilci olmak üzere yedi kişiden oluşmaktadır.
- Diğer işletme organları genel sekreterlik ve hastane yöneticilikleridir. Tüm yöneticiler üç yıl süreyle görev yapar ve yeniden seçilebilirler.
- Hastaneler, Sağlık Bakanlığı'nca verimlilik esasına göre beş sınıfa ayrılırlar. Düşük puan alan ve son iki dereceye girenlerin yönetimine son verilir ve Bakanlıkça yönetilir.
- Yönetim kurulu, hastane ve ünitelerin kurulmasına, kapatılmasına ve birleştirilmesine karar verebilir.

3-8 Gelişmiş Özelleştirmeci Bazı Ülkelerde Sağlık Hizmetleri

3-8-1 İngiltere’de Sağlık Hizmetleri

Thatcher döneminde sağlık hizmetlerinde piyasa güçleri egemen kılınmaya çalışılmış ancak başarı sağlanamamıştır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında kamu payı oldukça yüksek olmuş ve serbest piyasayı desteklemek için kamu sağlık kuruluşlarının yanı sıra özel hastanelerden

¹³⁶ Atilla ÖZSEVER, Radikal Gazetesi, 26.02.2007

yararlanma hakkı tanınmıştır. Kamunun sağlık harcamalarındaki oranı 1980 yılında %89.5'tan, %91.2 ye çıkmıştır. Aynı şekilde sağlık harcamalarının milli gelire oranı %4.9 olmuştur. Sağlık hizmetlerinin ulusallaştırılması, ağırlıklı olarak kamu sağlık kuruluşlarından yürütülmesi ve idari hizmetlerle hastane ve doktor ücretlerinin ucuz olması nedeniyle İngiltere sağlık hizmetleri açısından bir çok Avrupa ülkesine göre daha ucuzdur.

1981 ve 1988 yılı bütçelerinde, düşük gelirlilere ve yaşlılara ödenen sağlık sigortası prim oranlarında indirimle gidilmiştir. Aynı zamanda 1981 bütçesinde hastanelerin özelleştirilebilmesini teşvik edici düzenlemelere gidilmiş ve çalışanlar için ödenen sigorta primlerini şirket vergilerinden düşürme olanağı verilmiştir. Bununla birlikte hastanelerdeki çamaşır, temizlik, yemek gibi belirli sağlık hizmetlerini ihale yoluyla özel şirketlere verilerek özelleştirme yaygınlaştırılmaya çalışılmıştır. Ancak 1980-1990 yılları arasında uygulanan özelleştirme sonucunda kamu harcamaları azalacağı yolundaki düşüncelerin tersine, sağlığa ayrılan kamu harcamaları artmış ve milli gelirdeki oran %5.8'den 6.2 ye yükselmiştir.

Thatcher, yeni liberallerin refah hizmetlerinin evrensel niteliğine karşı çıkmalarına karşın, evrensel sağlık hizmetlerinin sunumunda devletin sorumluluğunun azaltılması için aşırı iddialı olmamıştır. Sağlık harcamaları genel vergi gelirlerinden fonlanmasına devam edilmiş, vatandaşlara bazı hizmetlerden özel sağlık kuruluşlarından yararlanması hakkı verilirken, hastane masrafları için vatandaştan katkı payı vermelerini talep etmiştir. Bu alanda gecikmelide olsa 1990'da yapılan bir düzenleme ile, piyasa ve kamu kuruluşları arasında rekabet ortamı yaratılmaya çalışılmıştır. Aynı yıl çıkarılan bir kanunla yarı özerk yerel yapılandırmalara gidilirken ulusal sağlık hizmetlerinin daha etkin kontrolü sağlanmaya çalışılmıştır. "Ulusal Sağlık Hizmetlerinin Döner Sermayeleri" ve "Bölgesel Sağlık Otoriteleri" kurulmuştur ve döner sermayelere serbest piyasadan özel iş alabilme hakkı tanınmıştır. Böylece kamu hastaneleri arasında sınırlıda olsa bir rekabet ortamı yaratılmaya çalışılmıştır.

1986 yılında bir kanuni düzenlemeye gidilmiş ve yaşlılara yönelik sağlık ve bakım kurumları konusunda, özel bakım evleri için sosyal

sigortadan ödeme yapılabilme yolu açılmıştır. Bu durum özel hizmetlerde hızlı bir artışı beraberinde getirmiştir. Fazla seçenek sunabilmek rekabet açısından yararlı olmakla birlikte, kamu hizmet kalitesinin düşmesine neden olmuş ve özelleştirme yönündeki beklentileri ve baskıları daha da artırmıştır. Sonuç olarak 1990 yılında yapılan düzenleme ile yaşlılara hizmet veren yerel yönetimli bakım evlerinin özelleştirilmesine olanak sunulmuştur. Keynes'ci refah devletinin son yıllarında özel sağlık ve sigorta hizmetlerinde yavaş bir artış gözlemlenmiş olmakla birlikte, Thatcher döneminde bu artış daha hızlı olmuştur. 1979 – 1986 yılları arası özel yatak ve özel sigortalılarla sigortalanmış insan sayısı iki katına çıkmış ve 1986'da özel yatak sayısı toplam sayının %15'ine çıkmış, özel sigortalı olanların toplama oranı %9.5'e yükselmiştir. Çok güçlü halk desteği bulunan ulusal sağlık hizmetlerinin serbest piyasaya ve rekabete bırakılması çok dikkatli yürütülmesini gerektirmiştir. Bu nedenle bu alandaki gönüllü kuruluşların desteğini almak için bu kuruluşlara devlet desteği sağlanmıştır. 1980 yılında % 7.92'lik yardım artırımına gidilirken, 1989 yılında bu oran %18 düzeyine çıkmış ve kuruluşların gelirlerin %63 lük bir artış olmuştur. 1990 yılında, artış oranı yüzde 6.2 düzeyinde olmuş ve ayrıca, özel yardım kuruluşları da desteklenmiştir. 1980 yılında sosyal güvenlik alanında özel kuruluşların oranı yüzde 12.2 iken 1990 yılında oran yüzde 19.9'a yükselmiştir.

3-8-2 ABD'de Sağlık Hizmetleri

ABD'de sağlık hizmetleri, hizmete erişimi satın alma gücüne göre belirleyen piyasa modeli tarzında uygulanmaktadır. Bu nedenle sunulan hizmetin karı, hangi hizmetin sunulacağını belirler. Sağlık güvencesi, sosyal güvenlik kapsamından, 1935 yılında Roosevelt yönetimi tarafından çıkartılmıştır. Düşük gelir grubu için planlanan Medicaid programı kapsamı gereken kitlenin %50'den daha az kısmına hizmet sunabilmektedir. Nüfusun %16-20 aralığındaki bir bölümü sağlık güvencesi hizmetlerinden yararlanamaz durumdadır. Diğer taraftan kamu tarafından anne ve çocuk sağlığı konusunda sağlık güvencesi sağlayan yaygın bir program yoktur. Hastane ve muayenehanelerde sağlık hizmetleri parayla satılmakta, yoksullar

sağlık hizmetlerini yalnızca acil servisten alabilmektedirler. ABD'de sağlık hizmetleri, hizmete erişimi satın alma gücüne göre belirleyen piyasa modeli tarzında uygulanmaktadır. Bu nedenle sunulan hizmetin karı hangi hizmetin sunulacağını belirler. Sağlık güvencesi, sosyal güvenlik kapsamından 1935 yılında Roosevelt yönetimi tarafından çıkartılmıştır. Düşük gelir grubu için planlanan Medicaid programı kapsamı gereken kitlenin %50'den daha az kısmına hizmet sunabilmektedir. Nüfusun %16-20 aralığındaki bir bölümü sağlık güvencesi hizmetlerinden yararlanamaz durumdadır. Diğer taraftan kamu tarafından anne ve çocuk sağlığı konusunda sağlık güvencesi sağlayan yaygın bir program yoktur. Hastane ve muayenehanelerde sağlık hizmetleri parayla satılmakta, yoksullar sağlık hizmetlerini yalnızca acil servisten alabilmektedirler. Yasa tarafından yasaklı olmakla birlikte hasta reddetme, yoksulların acil servislerden yararlanma olanağı ortadan kalkmakta ve sigorta sahibi olmayanlar acil servislerde hiç muayene edilmeden kamu kurumlarına sevk edilmektedirler.

1945 yılından sonra ortaya çıkan ekonomik gelişmeye paralel doktor sayısı artmış bununla birlikte doktorlara, ilaca, tıbbi araç ve gereçlere olan talepte artmıştır. Sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından sağlanması doktorları iş adamı haline getirmiş, büroları genişlemiş, destek sağlayan personel sayısı artmıştır. Değişen ekonomik rollere paralel, doktorların politik tercihleri değişmiş ve sürekli devlet denetimine karşı çıkmışlardır. Politik durum ulusal sağlık hizmetlerini ortaya çıkardığında, hükümetle pazarlığa oturmuşlar ve daha yüksek maaş nispi bir özgürlük için hatta sağlık hizmetlerinin mutlak denetimini ellerinde tutmak için çaba sarf etmişlerdir.

Dengeyi alt üst eden iki gelişme oldu. Birincisi talepteki keskin artışı. İnsanlar her yerde daha fazla ve daha pahalı tıbbi bakım talep etti ve bu hizmetin bir kısmı (bazen hepsi) toplanan vergilerden ödendi. Bu durum tıbbi çok ama çok kazançlı bir alan haline getirdi. Sağlık hizmetlerinin ticari yönü gitgide ağırlık kazanmaya başladı. Diğer iş alanlarında olduğu gibi, tekelleşmek karlı bir işi daha karlı hale getirebilirdi. Tekelleşme, doktor kolektifleri ve çeşitlenen hastane hizmetleri formunda başladı, gelişti. Hastaneler zincirler kurarak tekelleşti. En son dönüşümü beraberinde getiren de bu gelişme oldu¹³⁷.

¹³⁷ Doktorlar profesyonel mi? İş adamı mı? www.binghamton.edu/tbc/29-tr.htm-129k (Erişim T:22-08-2007)

Tüm ülkeler arasında ABD sağlık hizmetlerinin en özel ve en az hükümet müdahalesinin olduğu ülkedir. Politik açıdan doktorlar muhafazakar ve gelir durumları diğer ülkelerdeki meslektaşlarına oranla daha zengin durumdadırlar. Clinton yönetimi döneminde ılımlı bir devlet destekli sağlık sigortası yasalaştırmaya çalışmış ve gelişmiş ülkeler arasında sağlık sigortası sisteminde kurumsallaşmaya gitmeye çalışsan en son ülke ABD olmuştur.

Bu fikre karşı çıkan doktorlar bunun hasta - doktor ilişkilerini zedeleyeceğini iddia etmişlerdir. Bir taraftan sağlık maliyetleri artmış bu nedenle toplum endişeye düşmüştür. Bunun üzerine kongre, aldığı bir kararla ulusal sağlık sigortası yerine sağlık koruma örgütlerinin özendirilmesi yönünde hareket etmiştir. Tıp hizmetini pazarlayan ve doktorlar tarafından işletilmesi zorunlu olmayan bu örgütleri ticari şirkete dönmüş ve doktorlar yöneticiden emir alan işçiler haline gelmiştir.gelirleri ise doğrudan fatura kestikleri döneme oranla azalmıştır.

3-9 1980'den Sonra Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme Doğrultusunda Gerçekleştirilen Bazı Uygulamalar

31 Aralık 1980 gün ve 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun çerçevesinde sağlık personelinin tam zamanlı çalışma düzenlemesi kaldırıldı. Bu hastanın müşteriye dönüşme sürecini yeniden ortaya çıkmaya başlandı.

3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu 1987 yılında yürürlüğe girdi. Kanunun 5. maddesi, Milli Savunma Bakanlığı dışında tüm kamuya ait sağlık kuruluşlarının kamu tüzel kişiliğini haiz sağlık işletmelerine dönüştürülmesi imkan sağlıyordu. Bundan amaç hastanelerin kendi gelir gider dengesini sağlaması ve piyasa koşullarında rekabet edebilir konuma gelebilmesidir. Böylece sağlık hizmetleri bir yurttaşlık hakkı olmaktan çıkıp ticarileşiyordu.

4 Mart 2002 tarihinde Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde özel sağlık hizmeti verilmesine dair yönerge yürürlüğe konulmuştur. Bu

yönergedeki amaç Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde ve 100'den fazla yatak kapasitesine sahip hastanelerde mesai saatleri dışında özel sağlık hizmeti verilebilmesiydi.

Kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması programı çerçevesinde 2003 yılında hazırlanan kanun tasarı taslaklarında, Sağlık Bakanlığı'nın taşra teşkilatının kaldırılması ve kamuya ait sağlık tesislerinin yerel yönetimlere devredilmesi uygun görülmüştür. 15 Temmuz 2004 tarihinde, 5227 sayılı Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanunda bu ilke kabul edildi. 3 Ağustos 2004 tarihinde Cumhurbaşkanı tarafından bir kez daha görüşülmesi istemiyle Meclis'e geri gönderildi.

30 Mayıs 2003 günü resmi gazetede yayınlanan Teşhis ve Tedavi Amacıyla Özel Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarına Hasta Sevkine İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkındaki Tebliğ ile devlet memurları ve emeklileri ile bakmakla yükümlü oldukları aile fertlerinin özel sektör tarafından sağlanan sağlık hizmetlerinden yararlanabilme hakkı tanındı.

1990'lı yılların başından itibaren özel hastane sayısında büyük bir artış görülmüştür. 2002 yılında yayınlanan bir raporda bu durum şu şekilde aktarılmaktadır.

“1980'lerin sonuna kadar temelde azınlıklar (Ermeni ve Rum) ve yabancılar(Amerikan, Fransız, İtalyan; Bulgar,Alman) tarafından İstanbul'da kurulmuş az sayıda özel hastane mevcuttu.Türk müteşebbislerin kurdukları sağlık kuruluşları genel olarak anne sağlığı konusunda ihtisaslaşmış birkaç küçük klinikten ibaretti (50 yataktan az). Bunlar daha çok özel olarak çalışan uzmanlara ameliyat imkanları ve otelcilik hizmetleri sağlamaktaydı. Ekonomik liberalleşme politikaları neticesinde özel hastanelere teşvikler sağlanmış ve yatırımlar yapılmış olmasına rağmen bu sektörde 1990'ların başına kadar pek bir hareket görülmedi. Ancak 90'lı yılların ikinci yarısında özellikle büyük şehirlerde olmak üzere özel hastanelerin sayısında büyük bir artış yaşandı. '90lara kadar kurulmuş olan özel hastanelerle karşılaştırıldığında bu hastaneler daha entegre tanı, tedavi hizmetleri ve nakit ödeyen, zengin hastaları çekmek amacıyla oldukça lüks yatan ve ayaktan tedavi hizmetleri

sunmaktadır¹³⁸. Aynı raporda belirtilen diğer bir gelişme ise vakıfların da sağlık alanına kaymasıdır. Bu kaynağa göre 2001 yılında Türkiye’de hastanelerin yatak sayısının dağılımı aşağıda sunulmaktadır.

Tablo 3-7 Hastanelerin sayısı ve yatak kapasitesi(2001)

Kurum	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı
Sağlık Bakanlığı	751	87.709
Milli Savunma Bakanlığı	42	15.900
SSK	118	28.517
Kamu İktisadi Teşebbüsleri	8	1607
Diğer Bakanlıklar	2	680
Üniversiteler	43	24.754
Belediye Hastaneleri	9	1341
Azınlık Hastaneleri ve		
Yabancı Hastaneler	9	1272
Vakıf Hastaneleri	19	1488
Özel Hastaneler	239	11.92
Toplam	1240	175.190

Kaynak : Yıldırım Koç,Özelleştirme,Türkiye’yi Parçalamanın bir aracı

Tablo 3-8 Sağlık Göstergeleri

Yıllar	Hastane Yatağı Sayısı	Yatak Başına Nüfus	Doktor Başına Nüfus	Sağlık Ocağı Sayısı	Sağlık Evi Sayısı
2001	175.08	392	825	5.763	11.787
2002	179.109	392	773	5.773	11.389
2003	185.848	383	765	5.893	11.837

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, DPT.

Not: Yıl sonu nüfusu esas alınmıştır.

(*) Tahmin

¹³⁸ Yıldırım Koç,Özelleştirme Türkiye’yi parçalamanın bir aracı, Kaynak yayınları 2005,s209

Ülkemizde 1980'lerden itibaren özelleştirme uygulamalarının başladığı, sağlıkta özelleştirme uygulamalarının ise özellikle 1990'lı yıllardan itibaren yoğunluk kazandığı görülmektedir. Şehirlerde, büyük kasabalarda özel hastaneler, devlet hastanelerine alternatif olarak hizmet vermektedir. Kırsal alanlarda, gelişmişlik düzeyi biraz daha az olan bölgelerde hala devlet hastaneleri ve sağlık ocakları görev yapmaktadır. Kamu reformu konusunda yapılan araştırmalar (TÜSİAD tarafından yapılan araştırma sonuçları Tablo 3-2'de verilmiştir.) ve dördüncü bölümde Isparta ilinde yaptığımız anket araştırması, halkımızın sağlık hizmetlerinin daha çok kamu tarafından verilmesini istediğini göstermektedir.

Özel sağlık kuruluşlarının faaliyete başlamasıyla birlikte her geçen sene özel sağlık harcamaları artmıştır. Tablo 3-3' de de görüldüğü gibi özel sağlık harcamalarında zamanla oransal olarak bir azalış görülmüştür. Bu azalışın sebebi, kamunun, özel sektörden hizmetler yoluyla yaptığı harcamaların artması, tedavi harcamaları ve ilaç harcamalarının artmasıdır.

İçinde bulunduğumuz dönemde desantralizasyon (yerinden yönetim) konusunda yoğun çalışmalar devam etmektedir. Bu konuda ülkemizdeki bölgeler arası farklılıklar, yerel yönetimler bölgesindeki siyasi güçlerin yerel yönetim üzerindeki baskıları, etnik sorunlar, bölgenin coğrafi yapısı gelir durumu gibi konular çok iyi irdelenmelidir. Ülkemizde, gelir dağılımı farklılıkları, kentsel ve kırsal alanlardaki gelişmişlik, eğitim, bayındırlık konularındaki farklılıklar büyük orandadır. En büyük sorun ise bölgedeki siyasi güçlerin yerel yönetimler üzerindeki baskısıdır. Yerinden yönetime geçişten önce bu sorunlar çözülmelidir.

DSÖ'nün de 1997 yılında belirttiği gibi, sağlık hizmetlerinde ülkemizde uygulamaları başlanmış olan, tamir, bakım, temizlik, ulaştırma, yemek gibi belli başlı destek hizmetlerin özel sektörden satın alınması uygulanabilir.

Sağlık hizmetlerinde özelleştirme uygulamalarının en yoğun yaşandığı ülkelerde, bu konu ile ilgili alınmış başarılı ve başarısız sonuçlar, ülkemizde geliştirilmeye çalışılan, sağlıkta özelleştirme modeline örnek olarak ele alınmalı ve iyi bir analizi yapılmalıdır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ISPARTA İLİNDE BİR ARAŞTIRMA VE BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

4-1 Araştırmanın Amacı ve Önemi:

İçinde bulunduğumuz dönemde, 1980'li yıllarda başlayıp, 1990'lı yıllarda hız kazanan sağlık hizmetlerinde özelleştirme uygulamaları,, daha çok rekabet ortamı yaratmak, çalışanların ve üretilen hizmetin verimini arttırmak, bir kamu hizmeti olan sağlık hizmeti sunumu için devletin üzerine aldığı yükü hafifletmek amacıyla yapılmaktadır. Günümüzde özellikle şehir merkezlerinde ve büyük kasabalarda özel hastaneler, özel poliklinikler kurulmuş ve hizmet vermektedirler. Devlet, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini uygularken kendisine ait sağlık kuruluşlarında, sağlık hizmetlerini destekleyen temizlik, yemek, güvenlik, tamir bakım ve onarım gibi bazı faaliyetleri sözleşme ve ihale gibi yöntemlerle özel kuruluşlara vermektedir. Devletin en önemli hizmetlerinden biri olan, olumlu ve etkili dışsalılıklara sahip sağlık hizmetleri sunumu yönteminde böyle köklü değişikliklere gitmesi öncesinde mutlaka çok kapsamlı ve bilimsel araştırma çalışmaları yapılmalıdır.

Çalışmamızın amacı, birinci bölümden itibaren ayrıntıları ile ele aldığımız, sağlık hizmetlerinde özelleştirme uygulamalarının yaygınlaştırılmasının ülke yararına sonuçlar verip, vermeyeceği konusunda, sağlık çalışanları ve hastaların ne düşündüklerini ortaya koymaktır.

4-2 Araştırmanın Kapsamı ve Yöntemi:

Isparta ilinde yaptığımız anket çalışması, Isparta Devlet Hastanesi, Gülkent Devlet hastanesi ve Isparta ilindeki özel hastanelerde çalışan sağlık personeli ve buralardan hizmet alan hastaları kapsamaktadır. Sağlık çalışanlarında ana kitle, Devlet hastanesinde 373 sağlık çalışanı, Gülkent Devlet hastanesinde 242 sağlık çalışanı, özel hastanelerde ise 185 sağlık

çalışanıdır. Yapılan anket çalışmamıza 56 sağlık çalışanı ve 129 hasta katılmıştır. Çalışanların ve hastaların çeşitli demografik özellikleri aşağıdaki bölümlerde ayrıntılarıyla verilmiştir..

Araştırmada anketlerde sorulacak soruların tespiti maksadıyla öncelikle Isparta devlet hastanesi, Süleyman Demirel Üniversitesi araştırma hastanesi ve özel hastanelerde çalışan doktorlar, hastane idarecileri, hemşireler ve diğer sağlık personeli ile öngörüşmeler yapılmış ve onların görüşleri de alınarak sorular tespit edilmiştir. Soruların bir bölümü ise sağlık hizmetlerinde özelleştirme konusunda çeşitli yayınlarda ortaya konan ana fikirler doğrultusunda hazırlanmıştır.

Araştırmanın verileri, sağlık hizmetlerinde özelleştirme uygulamaları ve bu sektörde çalışanlar ile hizmet alan hastalar arasında bu uygulamaların etkilerini ortaya koymak maksadıyla yapılan bir anket çalışması ile elde edilmiştir.

Çalışmanın araştırma kısmı bir haftada tamamlanmıştır. Araştırmaya katılanlar kolay yoldan örnekleme yöntemiyle seçilmiştir. Bu maksatla hastane idarecilerine anket soruları bırakılmış, idareciler günlük iş faaliyetleri arasında irtibat kurdukları sağlık çalışanlarına anket formlarını doldurtmuştur. Hastalara uygulanacak anket formları ise servis hemşirelerine teslim edilmiş ve kabul eden hastalara uygulattırılmıştır. Araştırmaya katılanların sorulara verdikleri cevaplar 5'li likert ölçeği ile değerlendirilmiştir. Ölçekte 1 Çok olumsuz etkiler, 2 Olumsuz etkiler, 3 Değiştirmez, 4 Bir miktar artırır, 5 Çok artırır anlamına gelmektedir.

Özellikle hastalara uygulanan anketlerde, bazı kavramların bilinmemesi nedeniyle, soruların bir bölümünde anlama sorunları yaşanmıştır.

Anket ile elde edilen veriler istatistiksel analizler çerçevesinde değerlendirilmiştir.

4-3 Araştırmanın hipotezleri

Temel Hipotez: Sağlık hizmetlerinde özelleştirme uygulamaları, ülkemizin içinde bulunduğu koşullar göz önüne alındığında, ülke yararına

değildir. Sağlıkta özelleştirme uygulamaları yaygınlaştıkça beraberinde bir çok sorunlar ortaya çıkacaktır.

Alt hipotez: Sağlık hizmetlerinde özelleştirme uygulamaları, muayene ücretleri, ilaç fiyatlarını artırır, bu nedenle devletin ve fertlerin sağlık harcamaları azalmaz, aksine artar.

4-4 Sağlık Çalışanları Üzerinde Yapılan Anket Çalışmasında Verilerin Analizi

Araştırma kapsamında gerçekleştirilen anket uygulaması sonucunda elde edilen veriler kodlanarak SPSS 10.0 Windows paket programına yüklenmiş ve araştırma sonuçları doğrultusunda çeşitli istatistiksel analizlere tabi tutulmuştur. Söz konusu analiz sonuçları ve bunlara ilişkin istatistiki bilgiler aşağıda sunulmuştur.

4-4-1 Deneklerin Demografik Özellikleri

Bu bölümde çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının, cinsiyet, çalışma süresi, çalışma şekli, çalışma yerleri, incelenmiştir.

Tablo:4-1 Sağlık Çalışanlarının Cinsiyet Durumu

Cinsiyet		Frekans	Yüzde
Geçerli	Bayan	30	53,6
	Erkek	24	42,9
	Toplam	54	96,4
Geçersiz		2	3,6
Toplam		56	100

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının cinsiyet durumlarını incelediğimizde, % 53,6' sının bayan ve % 42,9'unun ise erkek olduğu görülmektedir. % 3,6' sı ise anket formlarında cinsiyet bölümünü işaretlememiştir.

Tablo: 4-2 Sağlık Çalışanlarının Görevleri

GÖREV		Frekans	Yüzde
Geçerli	Uzman Doktor	16	28,6
	Pratisyen	8	14,3
	Hemşire	16	28,6
	Diğer	15	26,8
	Toplam	55	98,2
Geçersiz		1	1,8
Toplam		56	100

Sağlık çalışanlarının görevlerini incelediğimizde ise, % 28,6'sının uzman doktor, % 14,3'ünün pratisyen doktor, % 28,6'sının hemşire ve %26,8'inin diğer sağlık personeli olduğu görülmektedir.

Tablo:4-3 Sağlık Çalışanlarının Çalışma Şekli

Çalışma Şekli		Frekans	Yüzde
Geçerli	Tam zamanlı	39	69,6
	Yarı zamanlı	5	8,9
	Serbest	1	1,8
	Toplam	45	80,4
Geçersiz	System	11	19,6
Toplam		56	100

Çalışma şekillerini incelediğimizde % 39'unun tam zamanlı, % 5'inin yarı zamanlı,% 1,8'inin serbest çalıştığını görmekteyiz. Çalışmamıza katılanların % 19,6'sı ise çalışma şeklini işaretlememiştir.

Tablo :4-4 Sağlık Çalışanlarının Eğitim Durumu

Çalışma Yeri		Frekans	Yüzde
Geçerli	Üniversite	3	5,4
	Devlet	33	58,9
	Özel	18	32,1
	Muayene	1	1,8
Geçersiz	Toplam	55	98,2

Sağlık çalışanlarının %5,4 ü Üniversite hastanesi, %58,9'u devlet hastanesi, % 32,1'i özel hastane % 1,8'i muayenehanelerde çalışmaktadır. % 1,8'lik bir bölümü ise anket formunu işaretlememiştir.

4-4-2 Araştırmaya İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılanların sorulara verdikleri cevaplar yapılan frekans testleri ve T testleri ile değerlendirilmiştir. Frekans testlerine yüzde cinsinden verilen cevaplara göre en büyük yüzdeyi alan görüş uygun değerlendirilmiş, ayrıca frekans testleri yapılan t testleri ile desteklenmiştir. t testlerinde ortalama değeri (p) > 0.05 ise ve ortalama farkı + bir değer ise olumlu görüşlerin kabul edildiği, ortalama farkı (-) bir değer ise olumsuz görüşlerin kabul edildiği sonucuna varılmıştır. Yapılan frekans testi sonuçları aşağıdadır.

- Sizce “ Sağlıkta özelleştirmenin” yaygınlaştırılması Tıp eğitiminin kalitesine nasıl etki eder?

Tablo:4-5 Sağlıkta özelleştirmenin Tıp Eğitimi kalitesine etkileri (Frekans Testi)

Soru 1		Frekans	Yüzde
Geçerli	Çok olumsuz etkiler	8	14,3
	Olumsuz etkiler	21	37,5
	Değiştirmez	15	26,8
	Bir miktar artırır	8	14,3
	Çok geliştirir	3	5,4
	Toplam	55	98,2
Geçersiz		1	1,8
Toplam		56	100

Soruya verilen cevaplardan % 14,3' ü çok olumsuz etkiler ,% 37,5'i olumsuz etkiler şeklinde cevaplandırırken, % 26,8'i değiştirmeyeceği kanaatindedir. %14,3' oranında bir grup bir miktar geliştirir, %5,4 oranında bir grup ise çok geliştirir düşüncesindedir. Bu sonuçları incelediğimizde sağlık

çalışanlarının % 51,8' lik bir bölümünün Sağlık hizmetlerinde özelleştirilmenin yaygınlaştırılmasının tıp eğitimi olumsuz etkileyeceği kanaatindedir. **Sonuç hipotezimizi desteklemektedir.**

H₁: Sağlıkta özelleştirmenin” yaygınlaştırılması Tıp eğitiminin kalitesine olumsuz etki eder

Tablo 4-6 Sağlıkta özelleştirmenin Tıp Eğitimi kalitesine etkileri (t Testi)

	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata
Soru 1	55	2,5818	1,0834	0,1461

Test Value=3

t	df	Sig. (Çift Kuyruk)	Ortalama Farkı	95% Güven Aralığında	
				Alt	Üst
-2,863	54	0,006	-0,4182	-0,7111	-0,1253

Birinci hipotez için yapılan t test sonuçları tablo 4-6'dadır. Burada p değerini incelediğimizde $P=0.006$ ' dır. Bu durumda $p > 0,05$ şeklindedir. Bu sonuç bize birinci hipotezimizin **kabul edildiğini** göstermektedir.

• Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi doktorların, sağlık personelinin gelirlerini nasıl etkiler?

Tablo:4-7 Sağlıkta özelleştirmenin sağlık çalışanları gelirlerine etkileri (Frekans testi)

Soru 2		Frekans	Yüzde
Geçerli	Çok olumsuz etkiler	10	17,9
	Olumsuz etkiler	25	44,6
	Değiştirmez	7	12,5
	Bir miktar artırır	10	17,9
	Çok geliştirir	3	5,4
	Toplam	55	98,2
Geçersiz		1	1,8
Toplam		56	100

Tablo 4-7 incelendiğinde, sağlık çalışanlarının % 17,9' u çok olumsuz etkiler, %44,6'sı olumsuz etkiler şeklinde düşüncelerini açıklamışlar, %12,5

oranında bir kesim ise değişiklik olmaz şeklinde düşünmüştür. Sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaştırılması doktorların ve sağlık personelinin gelirini bir miktar artırır diyenlerin oranı % 17,9, çok artırır diyenlerin oranı ise % 5,4 seviyesinde kalmıştır. Sorulara verilen cevapları değerlendirdiğimizde olumsuz etkiler şeklinde düşünenlerin toplam oranı % 62,8'dir. **Bu sonuç hipotezimizi desteklemektedir.**

H₂: Sağlıkta özelleştirmenin" yaygınlaştırılması sağlık çalışanlarının gelirlerini olumsuz etkiler.

Tablo:4-8 Sağlıkta özelleştirmenin sağlık çalışanları gelirlerine etkileri (t testi)

Soru 2	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata
	55	2,4727	1,1524	0,1554

Test Value=3

t	df	Sig. (Çift Kuyruk)	Ortalama Farkı	95% Güven Aralığında	
				Alt	Üst
-3,393	54	0,001	-0,5273	-0,8388	-0,2157

İkinci hipotez için yapılan t test sonuçları Tablo 4-8' dendir. Burada p değerini incelediğimizde $P=0.001$ 'dir. Bu durumda $p > 0,05$ şeklindedir. Bu sonuç bize ikinci hipotezimiz için yapılan anketin sağlık çalışanları tarafından **kabul edildiğini** göstermektedir.

• Sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaşması koruyucu sağlık hizmetlerini nasıl etkiler?

Tablo:4-9 Sağlıkta özelleştirmenin koruyucu sağlık hizmetlerine etkileri (Frekans Testi)

Soru 3		Frekans	Yüzde
Geçerli	Çok aksatır azaltır	23	41,1
	Biraz aksatır azaltır	17	30,4
	Değiştirmez	9	16,1
	Bir miktar geliştirir	6	10,7
	Çok geliştirir	1	1,8
	Toplam	56	100
Geçersiz		0	0
Toplam		56	100

Tablo 4-9 incelendiğinde sağlık çalışanlarının %41,1'i sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaşması koruyucu sağlık hizmetlerini çok aksatır şeklinde düşünmektedir, %30,4'lük bir kesim ise biraz aksatacağına inanmaktadır. Herhangi bir değişiklik olmaz diyenlerin oranı % 16,1'dir. % 10,7'lik bir grup bir miktar geliştireceğini, ve % 1,8'lik bir grup ise çok geliştireceğini ifade etmektedir. Sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaşması koruyucu sağlık hizmetlerini olumsuz etkiler şeklindeki hipotezimizi **destekleyen** görüşler toplam olarak % 71,5 tir.

H₃: Sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaşması koruyucu sağlık hizmetlerini olumsuz etkiler

Tablo:4-10 Sağlıkta özelleştirmenin koruyucu sağlık hizmetlerine etkileri (t Testi)

Soru 3	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata
	56	2,0179	1,087	0,1453

Test Value=3

t	df	Sig. (Çift Kuyruk)	Ortalama Farkı	95% Güven Aralığında	
				Alt	Üst
-6,762	55	0	-0,9821	-1,2732	-0,6911

Üçüncü hipotez için yapılan t test sonuçları Tablo 4-10'dadır. Burada p değerini incelediğimizde $P=,000$ ' dir. Bu durumda $p > 0,05$ şeklindedir. Bu sonuç bize üçüncü hipotezimiz için yapılan anketin sağlık çalışanları tarafından **kabul edildiğini** göstermektedir.

• Sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaştırılması muayene ücretlerini nasıl etkiler?

Tablo: 4-11 Sağlıkta özelleştirmenin muayene ücretleri üzerine etkileri (Frekans Testi)

Soru 4		Frekans	Yüzde
Geçerli	Çok Olumsuz etkiler	4	7,1
	Olumsuz etkiler	11	19,6
	Değiştirmez	7	12,5
	Bir miktar artırır	24	42,9
	Çok geliştirir	10	17,9
	Toplam	56	100
Geçersiz		0	0

Tablo 4-11 incelendiğinde çalışmaya katılan sağlık personelinin % 7,1'i muayene ücretlerinin çok azalacağını, %19,6'sı bir miktar azaltacağını, %12,5' i fiyatların değişmeyeceğini düşünürken, Fiyatların bir miktar artacağını düşünenler % 42,9, ve fiyatların çok artacağını düşünenlerin oranı da % 17,9' dur. Fiyatların artacağını düşünenlerin oranı toplamda % 60,8' dir. Sonuçlar "Sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaştırılması muayene ücretlerini artırır" **hipotezimizi desteklemektedir.**

H₄ : Sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaştırılması muayene ücretlerini artırır.

Tablo:4-12 Sağlıkta özelleştirmenin muayene ücretleri üzerine etkileri (t Testi)

Soru 4	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata
	56	3,4464	1,2048	0,161

Test Value=3

t	df	Sig. (Çift Kuyruk)	Ortalama Farkı	95% Güven Aralığında	
				Alt	Üst
2,773	55	0,008	0,4464	0,1238	0,7691

Dördüncü hipotez için yapılan t test sonuçları Tablo 4-12'dedir. Burada p değerini incelediğimizde P=0.008 dir. Bu durumda $p < 0,05$ şeklindedir. Bu sonuç bize dördüncü hipotezimiz için yapılan anket sonuçlarının sağlık çalışanları tarafından **kabul edildiğini** göstermektedir.

• Sağlık Hizmetlerinin devlet yerine özel kurumlarca verilmesin ilaç fiyatları üzerinde nasıl etki eder?

Tablo:4-13 Sağlıkta özelleştirmenin ilaç fiyatları üzerine etkileri (Frekans testi)

Soru 5		Frekans	Yüzde
Geçerli	Çok Olumsuz etkiler	0	0
	Olumsuz etkiler	3	5,4
	Değiştirmez	27	48,2
	Bir miktar artırır	10	17,9
	Çok geliştirir	16	28,6
	Toplam	56	100
Geçersiz		0	0

Tablo 4-13 incelendiğinde çalışmaya katılan sağlık personelinin % 5,4'ü ilaç fiyatlarını bir miktar azaltacağını, %48,2'lik bir kesim ilaç fiyatlarının değişmeyeceğini düşünürken, fiyatların bir miktar artacağını düşünenler % 17,9, ve fiyatların çok artacağını düşünenlerin oranı da % 28,6'dır. Fiyatların artacağını düşünenlerin oranı toplamda % 46,5'dir. Sonuçlar "Sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaştırılması ilaç fiyatlarını artırır" **hipotezimizi desteklemektedir.**

H₅: Sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaştırılması ilaç fiyatlarını artırır

Tablo: 4-14 Sağlıkta özelleştirmenin,ilaç fiyatları üzerine etkileri (t testi)

Soru 5	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata
	56	3,6964	0,9519	0,1272

Test Value=3

t	df	Sig. (Çift Kuyruk)	Ortalama Farkı	95% Güven Aralığında	
				Alt	Üst
5,475	55	0	0,6964	0,4415	0,9514

Beşinci hipotez için yapılan t test sonuçları Tablo 4-14'dedir. Burada p değerini incelediğimizde $P=0.000$ 'dır. Bu durumda $p < 0,05$ şeklindedir. Bu sonuç bize beşinci hipotezimiz için yapılan anket sonuçlarının sağlık çalışanları tarafından **kabul edildiğini** göstermektedir.

• **Sağlık Hizmetlerinin Devlet yerine Özel sektör tarafından verilmesi durumunda özel sektör daha çok kar elde etmek için, gereğinden fazla tanı tedavi işlemi yapar mı?**

Tablo: 4-15 Sağlıkta özelleştirmenin tanı ve tedavi işlemleri üzerine etkileri (Frekans testi)

Soru 6		Frekans	Yüzde
Geçerli	Çok Olumsuz etkiler	1	1,8
	Olumsuz etkiler	5	8,9
	Değiştirmez	11	19,6
	Bir miktar artırır	13	23,2
	Çok geliştirir	26	46,4
	Toplam	56	100
Geçersiz		0	0

Tablo 4-15 incelendiğinde hastaların % 1,8'i özel hastanelerin yaygınlaşması durumunda bu tür işlemlerin çok azalacağını düşünmektedir. Hastaların %8,9'u. işlemlerin biraz azalacağını ileri sürerken , % 19,6 oranında bir grup ise herhangi bir şeyin değişmeyeceğini ifade etmişlerdir. %23,2 oranında bir grup özel sağlık kurumlarının yaygınlaşması ile daha çok kar elde edebilmek için teşhisler maksadıyla doktorların gereğinden fazla işlem yaptırabileceklerini savunmaktadır. İşlemlerin çok artacağını düşünen grup ise % 46,4 ile oldukça yüksek bir orandır. Bu konuda işlemlerin sayısının gereksiz yere artacağını düşünenlerin toplam oranı ise % 69,6'dır. Bu sonuç "Sağlık Hizmetlerinin Devlet yerine Özel sektör tarafından verilmesi durumunda özel sektör daha çok kar elde etmek için, gereğinden fazla tanı tedavi işlemi yapar" **hipotezimizi desteklemektedir.**

H₆: Sağlık Hizmetlerinin Devlet yerine Özel sektör tarafından verilmesi durumunda özel sektör daha çok kar elde etmek için, gereğinden fazla tanı tedavi işlemi yapar.

Tablo:4-16 Sağlıkta özelleştirmenin, tanı ve tedavi işlemleri üzerine etkileri (t testi)

Soru 6	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata
	56	4,0357	1,0949	0,1463

Test Value=3

t	df	Sig. (Çift Kuyruk)	Ortalama Farkı	95% Güven Aralığında	
				Alt	Üst
7,079	55	0	1,0357	0,7425	1,3289

Altıncı hipotez için yapılan t test sonuçları aşağıdadır burada p değerini incelediğimizde P=,000 dir. Bu durumda $p < 0,05$ şeklindedir. Bu sonuç bize altıncı hipotezimiz için yapılan anketlerin sağlık çalışanları tarafından **kabul edildiğini** göstermektedir.

• **Sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaştırılması durumunda doğru teşhis koyma ve tedavi olanaklarında bir değişim olurmu?**

Tablo:4-17 Sağlıkta özelleştirmenin, doğru teşhis koyma ve tedavi olanaklarına etkileri (Frekans testi)

Soru 7		Frekans	Yüzde
Geçerli	Çok Olumsuz etkiler	2	3,6
	Olumsuz etkiler	3	5,4
	Değiştirmez	25	44,6
	Bir miktar artırır	18	32,1
	Çok geliştirir	8	14,3
	Toplam	56	100
Geçersiz		0	0

Tablo 4-17 incelendiğinde sağlık çalışanlarının % 3,6'sı doğru teşhis koyma ve tedavi olanaklarında çok azalma olacağını, % 5,4' ü bir miktar azaltacağı görüşünde iken, % 44,6'lık bir kesim ise doğru teşhis koyma ve tedavi olanaklarında herhangi bir değişim olmayacağı kanaatindedir. Hastaların % 32,1 oranında bir kesimi teşhis koyma ve tedavi olanaklarında bir miktar artış olacağını düşünmektedir. Hastaların 14,3 lük bir bölümü de bu konuda çok gelişme olacağını savunmaktadır. Sonuçları incelediğimizde % 46,4 oranında bir grup doğru tanı ve tedavi olanaklarını artırır şeklinde cevap vermişken, %44,6 sı ise herhangi bir değişikliğin olmayacağı kanaatindedir. **Bu sonuç hipotezimizle çelişmektedir.**

H₇: Özelleştirmenin yaygınlaştırılması durumunda doğru teşhis koyma ve tedavi olanaklarında olumsuz yönde bir değişim olur.

Tablo: 4-18 Sağlıkta özelleştirmenin, doğru teşhis koyma ve tedavi olanaklarına etkileri (t testi)

Soru 7	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata
	56	3,4821	0,934	0,1248

Test Value=3

t	df	Sig. (Çift Kuyruk)	Ortalama Farkı	95% Güven Aralığında	
				Alt	Üst
3,863	55	0	0,4821	0,2320	0,7323

Yedinci hipotez için yapılan t test sonuçları Tablo 4-18'dedir. Burada p değerini incelediğimizde $P=,000$ dir. Bu durumda $p < 0,05$ şeklindedir, ortalama fark ise + değerdedir. Bu sonuç bize yedinci hipotezimizin hastalar tarafından **red edildiğini** göstermektedir.

• **Sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaştırılması sonrasında hastanelerin ağırlama hizmetleri ile temizlik ve hijyen konularında bir değişim olur mu?**

Tablo:4-19 Sağlıkta özelleştirmenin, hastanelerin ağırlama ve temizlik, hijyen konularına etkisi. (Frekans Testi)

Soru 8		Frekans	Yüzde
Geçerli	Çok Olumsuz etkiler	3	5,4
	Olumsuz etkiler	6	10,7
	Değiştirmez	10	17,9
	Bir miktar artırır	22	39,3
	Çok geliştirir	15	26,8
	Toplam	56	100
Geçersiz		0	0

Ankete katılan hastane çalışanlarının bu soruya verdikleri cevaplar Tablo 4-19'dadır. Cevaplar incelendiğinde % 5,4'lük bir bölümü hastanelerin temizlik ve hijyen konularında gösterecekleri hassasiyetlerinin çok azalacağını , %10,7'lik bir bölümü olumsuz etkileyeceğini, % 17,0'u herhangi bir değişiklik olmayacağını, % 39,3 lük bir bölümü biraz arttıracığını, % 26,8 oranında bir grubu ise, hastanelerin temizlik ve hijyen konularında gösterecekleri hassasiyetlerinin çok olumlu yönde artacağını ifade etmişlerdir. Bu soruya hastaların % 66,1'luk bir bölümü ağırlama hizmetleri, hijyen ve temizlik konularının olumlu yönde etkileneceğini belirtmiştir bu da bizim **hipotezimizle çelişmektedir**.

H₈: Sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaştırılması sonrasında hastanelerin ağırlama hizmetleri ile temizlik ve hijyen konularında bir değişim olmaz.

Tablo: 4-20 Sağlıkta özelleştirmenin, hastanelerin ağırlama ve temizlik, hijyen konularına etkisi. (t Testi)

Soru 8	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata
	56	3,7143	1,1396	0,1523

Test Value=3

t	Df	Sig. (Çift Kuyruk)	Ortalama Farkı	95% Güven Aralığında	
				Alt	Üst
4,69	55	0	0,7143	0,4091	1,0195

Sekizinci hipotez için yapılan t test sonuçları tablo 4-20 'dedir. Burada p değerini incelediğimizde P=,000 dır. Bu durumda $p < 0,05$ şeklindedir ayrıca ortalama fark + bir değerdir. Bu sonuç bize sekizinci hipotezimizin hastalar tarafından **red edildiğini** göstermektedir.

• Sağlık Hizmetleri özelleşirse bundan köylerde ve kırsal alanda yaşayanlar nasıl etkilenir?

Tablo:4-21 Sağlıkta özelleştirmenin kırsal kesimdeki yaşayanlara etkisi. (Frekans testi)

Soru 9		Frekans	Yüzde
Geçerli	Çok Olumsuz etkiler	16	28,6
	Olumsuz etkiler	19	33,9
	Değiştirmez	9	16,1
	Bir miktar artırır	10	17,9
	Çok geliştirir	2	3,6
	Toplam	56	100
Geçersiz		0	0

Tablo 4-21'i incelediğimizde Sağlık hizmetlerinde özelleştirmenin yaygınlaştırılması sonucunda köylerde ve kırsal alanda yaşayanların hizmet sunumundan çok olumsuz etkileneceğini düşünenler çalışanların oranı %

28,6'dır. Çalışanların % 33,9'u bu durumdan kırsal alanda yaşayanların biraz olumsuz etkileneceği düşüncesindedir. % 16,1'lik bir kesim ise herhangi bir değişiklik olmayacağı düşüncesindedir. Çalışanların % 17,9 oranda bir bölümü ise bu durumun kırsal alanda sağlık hizmetlerini bir miktar geliştireceğini düşünmektedir. Özelleştirmenin kırsal alanda sağlık hizmetlerini çok geliştireceğini düşünenlerin oranı ise % 3,6'dır. Bu soruda bizim hipotezimiz olan "Sağlık hizmetlerinde özelleştirmenin yaygınlaştırılması sonucunda köylerde ve kırsal alanda yaşayanların hizmet sunumundan olumsuz etkileneceği" şeklinde düşünenlerin oranı ise toplam % 62,5'dir. **Bu sonuç hipotezimizi desteklemektedir.**

H₉: Sağlık Hizmetleri özelleşirse bundan köylerde ve kırsal alanda yaşayanlar olumsuz etkilenir.

Tablo:4-22 Sağlıkta özelleştirmenin kırsal kesimdeki yaşayanlara etkisi. (t testi)

Soru 9	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata
	56	2,3393	1,1798	0,1577

Test Value=3

T	df	Sig. (Çift Kuyruk)	Ortalama Farkı	95% Güven Aralığında	
				Alt	Üst
-4,191	55	0	-0,6607	-0,9767	-0,3448

Dokuzuncu hipotez için yapılan t test sonuçları aşağıdadır burada p değerini incelediğimizde $P=,000$ dir. Bu durumda $p < 0,05$ şeklindedir. Bu sonuç bize sekizinci hipotezimiz için yapılan anketin sağlık çalışanları tarafından **kabul edildiğini** göstermektedir.

• **Sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaştırılması sonucunda tüm topluma hizmet yerine farklı özel topluluklara hizmet eden sağlık kurumları ortaya çıkabilir mi?**

Tablo:4-23 Sağlıkta özelleştirmenin farklı özel topluluklara hizmet eden sağlık kurumları ortaya çıkartmasına etkisi. (Frekans testi)

Soru 10		Frekans	Yüzde
Geçerli	Çok olumsuz etkiler	0	0
	Olumsuz etkiler	3	5,4
	Değiştirmez	5	8,9
	Bir miktar arttırır	34	60,7
	Çok geliştirir	13	23,2
	Toplam	55	98,2
Geçersiz		1	1,8

Tablo 4-23 incelendiğinde, sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaştırılması sonucunda tüm topluma hizmet yerine farklı özel topluluklara hizmet eden sağlık kurumlarının azaltacağını düşünenlerin oranı % 5,4. Değişiklik olmayacağını düşünenlerin oranı 8,9'dur. %60,7 oranında bir kesim ise özelleştirme sonucunda tüm topluma hizmet yerine farklı özel topluluklara hizmet eden yeni sağlık kurumlarının oluşabileceğini, % 23,2'lik bir kesim ise bu tür sağlık kurumlarının çok sayıda oluşabileceğini savunmaktadır.

Sonuçlar incelendiğinde tüm topluma hizmet yerine farklı özel topluluklara hizmet veren sağlık kurumları ortaya çıkar şeklinde düşünenlerin toplama oranı %83,9'dur. Bu da bizim **hipotezimizi desteklemektedir**.

H₁₀: Sağlık Hizmetleri özelleşmesi, tüm topluma hizmet yerine farklı özel topluluklara hizmet eden sağlık kurumları ortaya çıkarabilir.

Tablo:4-24 Sağlıkta özelleştirmenin farklı özel topluluklara hizmet eden sağlık kurumları ortaya çıkartmasına etkisi.

Soru 10	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata
	55	4,0364	0,7445	0,1004

Test Value=3

t	df	Sig. (Çift Kuyruk)	Ortalama Farkı	95% Güven Aralığında	
				Alt	Üst
10,324	54	0	1,0364	0,8351	1,2376

Onuncu hipotez için yapılan t test sonuçları tablo 4-24'ten incelendiğinde, $P=,000$ 'dır. Bu durumda $p < 0,05$ şeklindedir. Bu sonuç bize onuncu hipotezimiz için yapılan anketin sağlık çalışanları tarafında **kabul edildiğini** göstermektedir.

• Sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaştırılmasının hastanelerin denetimi açısından etkisi nasıl olur?

Tablo:4-25 Sağlıkta özelleştirmenin, hastanelerinin denetimine etkisi. (Frekans Testi)

Soru 11		Frekans	Yüzde
Geçerli	Çok olumsuz etkiler	8	14,3
	Olumsuz etkiler	18	32,1
	Değiştirmez	8	14,3
	Bir miktar artırır	20	35,7
	Çok geliştirir	2	3,6
	Toplam	56	100
Geçersiz		0	2,3

Tablo 4-25 incelendiğinde, sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaştırılması sonucunda hastanelerin denetimlerinin çok azalacağını düşünenlerin oranı % 14,3 bu denetimlerin bir miktar azalma olacağını düşünenlerin oranı 32,1, değişiklik olmayacağını düşünenlerin oranı 14,3'tür. %35,7 oranında bir kesim ise denetimlerin artacağını, %3,6'lık bir kesim ise denetimlerin çok artacağını düşünmektedirler.

Sonuçları incelediğimizde bizim hipotezimiz doğrultusunda düşünenlerin toplama oranı %46.4 iken, tersine olumlu yönde etkileyeceğini düşünenlerin toplama oranı 39,3 tür. Bu konuda **hipotezimiz desteklenmektedir.**

H₁₁: Sağlık Hizmetleri özelleşmesi, hastanelerin denetimini olumsuz yönde etkiler.

Çalışmamıza katılan hastaların hizmet aldığı hastaneleri incelediğimizde ise %70,5'inin devlet hastaneleri, % 19,4' ü özel hastanelerden % 3,1'i ise hem devlet hem de özel hastanelerden hizmet almaktadır..Yine bu konuda çalışmamıza katılan 129 hastadan 9 'u hizmet aldığı sağlık kuruluşunu işaretlememiştir.

Tablo: 4-36 Hastaların bağlı oldukları sosyal güvenlik kurumları.

Sosyal Güvence		Frekans	Yüzde
Geçerli	Emekli Sandığı	60	46,5
	SSK	51	39,5
	Bağ-Kur	12	9,3
	Yeşil Kart	3	2,3
	Toplam	126	97,7
Geçersiz		3	2,3
Toplam		129	100

Hastalarımızın sosyal güvencelerini incelediğimizde ise Tablo da görüldüğü gibi, % 46,5' inin Emekli Sandığına, %39.5' inin SSK'Ya, % 9,3' ünün BAĞKUR'a bağlı olduğu görülmektedir. Hastaların % 2,3'ü ise yeşil kartlıdır.

Tablo: 4-37 Hastaların meslek durumları.

Meslek		Frekans	Yüzde
Geçerli	Memur	52	40,3
	İsci	35	27,1
	Emekli	6	4,7
	Serbest Meslek	14	10,9
	Ev hanımı	7	5,4
	Diğer	14	10,9
Toplam		128	99,2
Geçersiz		1	0,8

Tablo:4-26 Sağlıkta özelleştirmenin, hastanelerinin denetimine etkisi. (t Testi)

Soru 11	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata
	56	2,8214	1,1772	0,1573

Test Value=3

t	df	Sig. (Çift Kuyruk)	Ortalama Farkı	95% Güven Aralığında	
				Alt	Üst
-1,135	55	0,261	-0,1786	-0,4938	0,1367

Onbirinci hipotez için yapılan t test sonuçları tablo 4-26'dadır. Burada p değerini incelediğimizde $P=,000$ 'dır. Bu durumda $p < 0,05$ şeklindedir. Bu sonuç bize onbirinci hipotezimiz için yapılan anketin sağlık çalışanları tarafından **kabul edildiğini** göstermektedir.

• **Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, hasta haklarının sağlanması ve korunması açısından etkisi ne olur?**

Tablo: 4-27 Sağlıkta özelleştirmenin, hasta haklarına etkisi.(Frekans Testi)

Soru 12		Frekans	Yüzde
Geçerli	Çok Olumsuz etkiler	8	14,3
	Olumsuz etkiler	20	35,7
	Değiştirmez	9	16,1
	Bir miktar artırır	11	19,6
	Çok geliştirir	7	12,5
	Toplam	55	98,2
Geçersiz		1	1,8

Tablo 4-27 incelendiğinde, sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaştırılması sonucunda hasta haklarının sağlanması ve korunması açısından çok olumsuz etkisi olur şeklinde düşünen sağlık çalışanlarının oranı % 14,3'tür, Olumsuz etkiler şeklinde düşünenler ise % 35,7 oranındadır, Değişiklik olmayacağını düşünenlerin oranı 16,1'dir. %19,6 oranında bir kesim ise özelleştirme sonucunda hasta haklarını sağlamak ve korumak olgusunun bir miktar olumlu gelişeceğini düşünmektedir. Bu konuda çok gelişme olacağını düşünenlerin sayısı % 12,5'tir.

Yukarıdaki oranları incelediğimizde, herhangi bir değişiklik olmaz diyenleri bir kenara bırakırsak; Olumsuz etkiler şeklinde düşünenlerin toplamda oranı % 50, olumlu etkiler şeklinde düşünenlerin oranı ise %32,1'dir. Çıkan sonuçlar “Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, hasta haklarının sağlanması ve korunması açısından olumsuz etki eder” hipotezimize destek vermektedir.

H₁₂: Sağlık Hizmetleri özelleşmesi, hastanelerin denetimini olumsuz yönde etkiler.

Tablo:4-28 Sağlıkta özelleştirmenin, hasta haklarına etkisi.(t Testi)

Soru 12	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata
	55	2,8	1,2824	0,1729

Test Value=3

T	df	Sig. (Çift Kuyruk)	Ortalama Farkı	95% Güven Aralığında	
				Alt	Üst
-1,157	54	0,253	-0,2	-0,5467	0,1467

Onikinci hipotez için yapılan t test sonuçları tablo 4-28'dedir. Burada p değerini incelediğimizde $P=,000$ dir. Bu durumda $p < 0,05$ şeklindedir. Bu sonuç bize onikinci hipotezimiz için yapılan anketin sağlık çalışanları tarafından **kabul edildiğini** göstermektedir.

• **Sağlık hizmetleri yoğunlukla özelleştirilir ise hasta doktor ilişkisi açısından etkisi nasıl olur?**

Tablo:4-29 Sağlıkta özelleştirmenin, hasta doktor ilişkisine etkisi. (Frekans Testi)

Soru 13		Frekans	Yüzde
Geçerli	Çok Olumsuz etkiler	4	7,1
	Olumsuz etkiler	6	10,7
	Değiştirmez	12	21,4
	Bir miktar artırır	24	42,9
	Çok geliştirir	10	17,9
	Toplam	56	100
Geçersiz		0	0

Aşağıdaki tablo incelendiğinde, hasta doktor ilişkisi çok olumsuz yönde değişir şeklinde düşünür diyenlerin oranı %7,1, olumsuz etkiler diyenler %10,7, değişmez %21,4 tür Biraz daha iyi olur şeklinde düşünenler ise %42,9, hasta doktor ilişkisi çok daha iyi olur şeklinde düşünenler ise %17,9 oranındadır. Sonuçlar “hasta doktor ilişkisi olumsuz bir yönde değişir” şeklindeki **hipotezimizle çelişmektedir.**

H₁₃: Sağlık Hizmetleri özelleşmesi, hasta, doktor ilişkisini olumsuz yönde etkiler.

Tablo:4-30 Sağlıkta özelleştirmenin, hasta doktor ilişkisine etkisi.(t Testi)

Soru 13	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata
	56	3,5357	1,1276	0,1507

Test Value=3

t	df	Sig. (Çift Kuyruk)	Ortalama Farkı	95% Güven Aralığında	
				Alt	Üst
3,555	55	0,001	0,5357	0,2337	0,8377

Onüçüncü hipotez için yapılan t test sonuçları tablo 4-30'dadır. Burada p değerini incelediğimizde $P=,000$ 'dir. Bu durumda $p < 0,05$ şeklindedir. Aynı zamanda ortalama fark değeri + değerdedir. Bu sonuç bize onüçüncü hipotezimiz için yapılan anketin sağlık çalışanları tarafından **red edildiğini** göstermektedir.

• Sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaştırılması Tıp uygulamalarındaki etik olmayan (organ hırsızlığı gibi) yaklaşımları nasıl etkiler.

Tablo:4-31 Sağlıkta özelleştirmenin, etik olmayan yaklaşımlara etkisi. (Frekans testi)

Soru 14		Frekans	Yüzde
Geçerli	Çok Olumsuz etkiler	5	8,9
	Olumsuz etkiler	2	3,6
	Değiştirmez	16	28,6
	Bir miktar arttırır	20	35,7
	Çok geliştirir	13	23,2
	Toplam	56	100
Geçersiz		0	0

Tablo 4-31'i incelediğimizde, çok azaltır şeklinde düşünenlerin oranı % 8,9, bir miktar azaltır diyenler %3,6, değiştirmmez şeklinde düşünenler % 28,6'dır. Bizim hipotezimizi destekleyen ve “Sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaştırılması Tıp uygulamalarındaki organ hırsızlığı gibi etik olmayan yaklaşımları artırır” şeklinde düşünenlerin oranı % 35,7, çok artırır diye düşünenlerin oranı ise % 23,2'dir. **Sonuçlar hipotezimizi desteklemektedir**

H₁₄: Sağlık Hizmetleri özelleşmesi, tıp uygulamalarında etik olmayan yaklaşımları artırır.

Tablo:4-32 Sağlıkta özelleştirmenin, etik olmayan yaklaşımlara etkisi.(t testi)

Soru 14	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata
	56	3,6071	1,1549	0,1543

Test Value=3

t	df	Sig. (Çift Kuyruk)	Ortalama Farkı	95% Güven Aralığında	
				Alt	Üst
3,934	55	0	0,6071	0,2979	0,9164

Ondördüncü hipotez için yapılan t test sonuçları tablo 4-32'dedir. Burada p değerini incelediğimizde P=,000'dir. Bu durumda $p < 0,05$ şeklindedir. Bu sonuç bize ondördüncü hipotezimiz için yapılan anketin sağlık çalışanları tarafından **kabul edildiğini** göstermektedir.

4-5 Hastalar Üzerinde Yapılan Bir Anket Çalışmasında Verilerin Analizi

Araştırma kapsamında gerçekleştirilen anket uygulaması sonucunda elde edilen veriler kodlanarak SPSS 10.0 Windows paket programına yüklenmiş ve araştırma sonuçları doğrultusunda çeşitli istatistiksel analizlere tabi tutulmuştur. Söz konusu analiz sonuçları ve bunlara ilişkin istatistiksel bilgiler aşağıda sunulmuştur.

4-5-1 Deneklerin Demografik Özellikleri

Bu bölümde çalışmaya katılan hastaların, cinsiyet, yaş, hizmet aldığı hastane, sosyal güvenceleri, meslekleri, eğitim durumları incelenmiştir.

Tablo: 4-33 Hastaların cinsiyet durumları.

Cinsiyet		Frekans	Yüzde
Geçerli	Bayan	37	28,7
	Erkek	89	69
	Toplam	126	97,7
Geçersiz		3	2,3
Toplam		129	100

Çalışmaya katılan hastaların cinsiyet durumlarını incelediğimizde, % 28,7' sinin bayan ve % 69'unun ise erkek olduğu görülmektedir. % 2,3' ü ise anket formlarında cinsiyet bölümünü işaretlememiştir.

Tablo:4-34 Hastaların yaş durumları.

Yaş		Frekans	Yüzde
Geçerli	20 Yaş altı	7	5,4
	20 - 35 yaş arası	84	65,1
	35 - 50 yaş arası	29	22,5
	50 yaş üstü	7	5,4
	Toplam	128	99,2
Geçersiz		1	0,8
Toplam		129	100

Hastaların yaşları ise, 20 yaş ve altı %5,4, 20-35 yaş arası %65,1, 35-50 yaş arası %22,5 , 50 yaş üstü % 5,4 olarak Tablo da görülmektedir. En kalabalık kitleyi 20-35 yaş arasında olanlar oluşturmaktadır.

Tablo: 4-35 Hastaların hizmet aldıkları hastane durumları.

Hastane		Frekans	Yüzde
Geçerli	Devlet	91	70,5
	Özel	25	19,4
	Devlet - Özel	4	3,1
	Toplam	120	93
Geçersiz		9	7
Toplam		129	100

Çalışmaya katılan hastaların mesleklerini incelediğimizde ise Tablo da görüldüğü gibi % 40,3'ü memur, %27,1'i işçi, % 4,7' si emekli, %10,9' u serbest meslek sahibi, %5,4' ü ev hanımı, %10,9' u ise diğer meslek gruplarındandır.

Tablo: 4-38 Hastaların eğitim seviyeleri.

Eğitim		Frekans	Yüzde
Geçerli	Yuksek Okul	53	41,1
	Lise	54	41,9
	İlk ogretim	16	12,4
	Okur yazar	5	3,9
Geçersiz		1	0,8
	Toplam	129	100

Çalışmamıza katılan hastaların eğitim durumunu incelediğimizde Tablo da görüldüğü gibi % 41,1'inin üniversite, yüksekokul, % 41,9'unun lise, % 12,4'ünün ilköğretim, mezunu, %3,9'unun ise okur yazar olduğu ortaya çıkmıştır. İlköğretim mezunu ve okur yazarların büyük bir bölümü anket doldurma konusunda isteksiz davranmışlardır.

4-5-2 Araştırmaya İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

• **Soru-1: Birinci sorumuz olan “ Sağlık Hizmetleri Özel Hastanelerde veya özel sektörde verilirse bundan koruyucu sağlık hizmetleri nasıl etkilenir?**

Tablo: 4-39 Sağlıkta özelleştirmenin koruyucu sağlık hizmetlerine etkisi (Frekans testi)

Soru 1		Frekans	Yüzde
Geçerli	Çok Olumsuz etkiler	28	21,7
	Olumsuz etkiler	20	15,5
	Değiştirmez	12	9,3
	Bir miktar artırır	37	28,7
	Çok geliştirir	31	24
	Toplam	128	99,2
Geçersiz		1	0,8

Verilen cevaplardan % 21'9' u çok aksatır- azaltır ,% 15,6'sı biraz azaltır şeklinde cevaplandırırken, % 9,4'ü değiştirmeyeceği kanaatindedir. %28,9 oranında bir grup bir miktar geliştirir, %24 oranında bir grup ise çok geliştirir düşüncesindedir. Bu sonuçtan hastaların % 52'lik bir bölümünün Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin Koruyucu sağlık hizmetlerini geliştireceği düşüncesinde olduğunu çıkartabiliriz. Bu sonuçlar bizim hipotezimizle çelişmektedir.

H₁: Sağlık Hizmetleri özelleşmesi, koruyucu sağlık hizmetlerini olumsuz yönde etkileyeceği yönündedir.

Tablo:4-40 Sağlıkta özelleştirmenin koruyucu sağlık hizmetlerine etkisi (t Testi)

Soru 1	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata
	128	3,1797	1,5082	0,1333

Test Value=3

t	df	Sig. (Çift Kuyruk)	Ortalama Farkı	95% Güven Aralığında	
				Alt	Üst
1,348	127	0,18	0,1797	-8,41E-02	0,4435

Birinci hipotez için yapılan t test sonuçları tablo 4-40'tadır. Burada p değerini incelediğimizde P=0.180'dir. Bu durumda $p > 0,05$ şeklindedir. Bu sonuç bize birinci hipotezimizin hastalar tarafından **red edildiğini** göstermektedir.

• Soru-2: Sağlık Hizmetleri Devlet yerine özel sektörde verilirse devletin sunumu iyice azaltılırsa muayene ücretleri üzerinde nasıl bir etki oluşur?

Tablo: 4-41 Sağlıkta özelleştirmenin muayene ücretlerine etkisi. (Frekans testi)

Soru 2		Frekans	Yüzde
Geçerli	Çok Olumsuz etkiler	14	10,9
	Olumsuz etkiler	8	6,2
	Değiştirmez	15	11,6
	Bir miktar artırır	39	30,2
	Çok geliştirir	50	38,8
	Toplam	126	97,7
Geçersiz		3	2,3

Bu önermeye verilen cevaplar incelendiğinde hastaların % 10,9'luk bir bölümü tedavi ücretleri çok azalır, % 6,2'lik bir bölümü azaltır şeklinde düşünürken, % 11,6'lık bir bölüm ise değiştirmeyeceğini ifade etmektedir. Bu soruya % 30,2 oranında hasta ise tedavi ücretlerinin biraz artacağı şeklinde yanıt verirken, % 38,8 oranında bir grup ise çok artırır şeklinde cevaplandırmıştır. Bu soruya hastaların toplam % 69'u, tedavi ücretleri artacaktır şeklinde cevap vermiştir. Bu sonuçlar **hipotezimizi destekler yöndedir.**

H₂: Sağlık hizmetlerinin özelleşmesi, muayene ücretlerini artırır.

Tablo:4-42 Sağlıkta özelleştirmenin muayene ücretlerine etkisi. (t testi)

Soru 2	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata
	126	3,8175	1,323	0,1179

Test Value=3

t	df	Sig. (Çift Kuyruk)	Ortalama Farkı	95% Güven Aralığında	
				Alt	Üst
6,936	125	0	0,8175	0,5842	1,0507

İkinci hipotez için yapılan t test sonuçları aşağıdadır burada p değerini incelediğimizde P=0.000'dır. Bu durumda $p < 0,05$ şeklindedir. Bu sonuç bize ikinci hipotezimizin hastalar tarafından **kabul edildiğini** göstermektedir.

• Soru 3- Sağlık Hizmetlerinin devlet yerine özel kurumlarca verilmesi ilaç fiyatlarını nasıl etkiler?

Tablo: 4-43 Sağlıkta özelleştirmenin ilaç fiyatlarına etkisi. (Frekans Testi)

Soru 3		Frekans	Yüzde
Geçerli	Çok aksatır - azaltır	10	7,8
	Biraz aksatır - azaltır	6	4,7
	Değiştirmez	34	26,4
	Bir miktar geliştirir	38	29,5
	Çok geliştirir	38	29,5
	Toplam	126	97,7
Geçersiz		3	2,3

Tablo 4-43 incelendiğinde çalışmaya katılan hastaların % 7,8'i ilaç fiyatlarının çok düşeceğini, %4,7' si bir miktar azaltacağını, %26,6' sı fiyatların değişmeyeceğini düşünürken, Fiyatların bir miktar artacağını düşünenler % 29,5, ve fiyatların çok artacağını düşünenlerin oranı da % 29,5'dir. Fiyatların artacağını düşünenlerin oranı toplamda %59'dur. Bu sonuçlar hipotezimize **destek vermektedir.**

H₃: Sağlık Hizmetlerinin özelleşmesi, ilaç fiyatlarını artırır.

Tablo: 4-44 Sağlıkta özelleştirmenin ilaç fiyatlarına etkisi. (t Testi)

Soru 3	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata
	126	3,6984	1,1817	0,1053

Test Value=3

t	df	Sig. (Çift Kuyruk)	Ortalama Farkı	95% Güven Aralığında	
				Alt	Üst
6,634	125	0	0,6984	0,4901	0,9068

Üçüncü hipotez için yapılan t test sonuçları tablo 4-44'tedir. Burada p değerini incelediğimizde $P=0.000$ 'dır. Bu durumda $p < 0,05$ şeklindedir. Bu sonuç bize üçüncü hipotezimizin hastalar tarafından **kabul edildiğini** göstermektedir.

• **Soru 4-Sağlık hizmetlerinin devlet yerine özel sektör tarafından verilmesi durumunda özel sektörün daha çok kar elde etmek için, gereğinden fazla laboratuvar hizmeti, ultrason, röntgengen, tomografi gibi işlemleri yapıp yapmayacağı.**

Tablo: 4-45 Sağlıkta özelleştirmenin, teşhis tanı işlemlerine etkisi. (Frekans Testi)

Soru 4		Frekans	Yüzde
Geçerli	Çok olumsuz etkiler	6	4,7
	Olumsuz etkiler	3	2,3
	Değiştirmez	21	16,3
	Bir miktar artırır	28	21,7
	Çok geliştirir	67	51,9
	Toplam	125	96,9
Geçersiz		4	3,1

Tablo 4-45 incelendiğinde hastaların % 4,7' si özel hastanelerin yaygınlaşması durumunda bu tür işlemlerin çok azalacağını düşünmektedir. Hastaların %2,3'ü işlemlerin biraz azalacağını ileri sürerken , % 16,3 oranında bir grup ise herhangi bir şeyin değişmeyeceğini ifade etmişlerdir. %21,7 oranında bir grup özel sağlık kurumlarının yaygınlaşması ile daha çok kar elde edebilmek için teşhisler maksadıyla doktorların gereğinden fazla işlem yaptırabileceklerini savunmaktadır. İşlemlerin çok artacağını düşünen grup ise % 51,9 ile oldukça yüksek bir orandır. Bu konuda işlemlerin sayısının gereksiz yere artacağını düşünenlerin toplam oranı ise % 73,6'dır. Bu sonuçlar hipotezimize **destek vermektedir**.

H₄: Sağlık hizmetlerinin özelleşmesi sonucunda daha çok kar elde etmek için, özel sektör gereğinden fazla teşhis ve tanı işlemi yapar.

Tablo: 4-46 Sağlıkta özelleştirmenin, teşhis tanı işlemlerine etkisi. (t testi)

Soru 4	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata
	125	4,176	1,1003	9,84E-02

Test Value=3

t	df	Sig. (Çift Kuyruk)	Ortalama Farkı	95% Güven Aralığında	
				Alt	Üst
11,949	124	0	1,176	0,9812	1,3708

Dördüncü hipotez için yapılan t test sonuçları tablo 4-46'dadır. Burada p değerini incelediğimizde $P=0.000$ 'dır. Bu durumda $p < 0,05$ şeklindedir. Bu sonuç bize dördüncü hipotezimizin hastalar tarafından **kabul edildiğini** göstermektedir

• Soru 5-Sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaştırılması durumunda doğru teşhis koyma ve tedavi olanaklarında bir değişim olur mu?

Tablo: 4-47 Sağlıkta özelleştirmenin, teşhis ve tedavi olanaklarına etkisi. (Frekans testi)

Soru 5		Frekans	Yüzde
Geçerli	Çok olumsuz etkiler	7	5,4
	Olumsuz etkiler	7	5,4
	Değiştirmez	54	41,9
	Bir miktar artırır	29	22,5
	Çok geliştirir	28	21,7
	Toplam	125	96,9
Geçersiz		4	3,1

Tablo 4-47 incelendiğinde hastaların % 5,4'ü doğru teşhis koyma ve tedavi olanaklarında çok azalma olacağını, % 5,4' ü bir miktar azaltacağı görüşünde iken, % 41,9'luk bir kesim ise doğru teşhis koyma ve tedavi olanaklarında herhangi bir değişim olmayacağı kanaatindedir. Hastaların % 22,5 oranında bir kesimi teşhis koyma ve tedavi olanaklarında bir miktar artış olacağını düşünmektedir. Hastaların 21,7'lik bir bölümü de bu konuda çok gelişme olacağını savunmaktadır. Sonuçlar hipotezimizi **desteklemektedir**.

H₅: Sağlık hizmetlerinin özelleşmesi teşhis ve tedavi olanaklarında bir değişimin olmayacaktır.

Tablo: 4-48 Sağlıkta özelleştirmenin, teşhis ve tedavi olanaklarına etkisi.(t Testi)

Soru 5	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata
	125	3,512	1,0748	9,61E-02

Test Value=3

T	df	Sig. (Çift Kuyruk)	Ortalama Farkı	95% Güven Aralığında	
				Alt	Üst
5,326	124	0	0,512	0,3217	0,7023

Beşinci hipotez için yapılan t test sonuçları tablo 4-48'dedir. Burada p değerini incelediğimizde P=,000'dır. Bu durumda $p < 0,05$ şeklindedir. Bu

sonuç bize beşinci hipotezimizin hastalar tarafından **kabul edildiğini** göstermektedir.

• **Soru 6-Sağlık Hizmetleri özelleşirse bundan köylerde ve kırsal alanda yaşayanlar nasıl etkilenir?**

Tablo: 4-49 Sağlıkta özelleşmenin kırsal kesimdekilere etkisi. (Frekans testi)

Soru 6		Frekans	Yüzde
Geçerli	Çok olumsuz etkiler	58	45
	Olumsuz etkiler	24	18,6
	Değiştirmez	19	14,7
	Bir miktar artırır	12	9,3
	Çok geliştirir	13	10,1
	Toplam	126	97,7
Geçersiz		3	2,3

Tablo 4-49'u incelediğimizde sağlık hizmetlerinde özelleştirmenin yaygınlaştırılması sonucunda köylerde ve kırsal alanda yaşayanların hizmet sunumundan çok olumsuz etkileneceğini düşünenler hastaların % 45'idir. Hastaların % 18'6'sı bu durumdan kırsal alanda yaşayanların biraz olumsuz etkileneceği düşüncesindedir. % 14,7'lik bir kesim ise herhangi bir değişiklik olmayacağı düşüncesindedir. Hastaların % 9,3'lük oranda bir bölümü ise bu durumun kırsal alanda sağlık hizmetlerini bir miktar geliştireceğini düşünmektedir. Özelleştirmenin kırsal alanda sağlık hizmetlerini çok geliştireceğini düşünenlerin oranı ise % 10,1'dir. Bu soruda bizim hipotezimiz olan "Sağlık hizmetlerinde özelleştirmenin yaygınlaştırılması sonucunda köylerde ve kırsal alanda yaşayanların hizmet sunumundan olumsuz etkileneceği" şeklinde düşünenlerin oranı ise toplam % 63,6'dır. Bu sonuç **hipotezimizi desteklemektedir.**

H₆: Sağlık hizmetlerinin özelleşmesi kırsal kesimde ve köylerde yaşayanlara etkisinin olumsuz yönde etkilenecektir.

Tablo: 4-50 Sağlıkta özelleşmenin kırsal kesimdekilere etkisi. (T Testi)

Soru 6	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata
	126	2,1905	1,3782	0,1228

Test Value=3

t	df	Sig. (Çift Kuyruk)	Ortalama Farkı	95% Güven Aralığında	
				Alt	Üst
-6,593	125	0	-0,8095	-1,0525	-0,5665

Altıncı hipotez için yapılan t test sonuçları aşağıdadır burada p değerini incelediğimizde $P=,000$ 'dır. Bu durumda $p < 0,05$ şeklindedir. Bu sonuç bize altıncı hipotezimizin hastalar tarafından **kabul edildiğini** göstermektedir.

• **Soru 7-Sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaştırılması sonrasında hastanelerin ağırlama hizmetleri ile temizlik ve hijyen konularında bir değişim olur mu?**

Tablo: 4-51 Sağlıkta özelleşmenin hastanelerin temizlik ve hijyen konusunda etkisi. (Frekans Testi)

Soru 7		Frekans	Yüzde
Geçerli	Çok olumsuz etkiler	5	3,9
	Olumsuz etkiler	1	0,8
	Değiştirmez	16	12,4
	Bir miktar artırır	30	23,3
	Çok geliştirir	73	56,6
	Toplam	125	96,9
Geçersiz		4	3,1

Ankete katılan hastaların bu soruya verdikleri cevaplar incelendiğinde % 3,9'luk bir bölümü hastanelerin temizlik ve hijyen konularında gösterecekleri hassasiyetlerinin çok azalacağını , %0,8'lik bir bölümü olumsuz etkileyeceğini, % 12,4'ü herhangi bir değişiklik olmayacağını, % 23,3 lük bir bölümü biraz arttıracığını, % 56,6 oranında bir grubu ise, hastanelerin temizlik ve hijyen konularında gösterecekleri hassasiyetlerinin çok olumlu yönde artacağını ifade etmişlerdir. Bu soruya hastaların % 79,9'luk bir

bölümü ağırlama hizmetleri, hijyen ve temizlik konularının olumlu yönde etkileneceğini belirtmiştir bu da bizim **hipotezimizle çelişmektedir**.

H₇: Sağlık hizmetlerinin özelleşmesi, hastanelerin temizlik ve hijyen konularında bir değişikliğe sebep olmaz.

Tablo: 4-52 Sağlıkta özelleşmenin hastanelerin temizlik ve hijyen konusunda etkisi. (t Testi)

Soru 7	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata
	125	4,32	1,0048	8,987E-02

Test Value=3

t	df	Sig. (Çift Kuyruk)	Ortalama Farkı	95% Güven Aralığında	
				Alt	Üst
14,687	124	0	1,32	1,1421	1,4979

Yedinci hipotez için yapılan t test sonuçları tablo 4-52'dedir. Burada p değerini incelediğimizde $P=,000$ 'dir. Bu durumda $p < 0,05$ şeklindedir. Aynı zamanda ortalama fark değeri + değer çıktığı için yedinci hipotezimizin hastalar tarafından **red edildiğini** göstermektedir.

• **Soru 8-Sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaştırılması sonucunda tüm topluma hizmet yerine farklı özel topluluklara hizmet eden sağlık kurumları ortaya çıkabilir mi?**

Tablo: 4-53 Sağlıkta özelleştirmenin, farklı özel topluluklara hizmet eden sağlık kurumlarına etkisi. (Frekans Testi)

Soru 8		Frekans	Yüzde
Geçerli	Çok olumsuz etkiler	1	0,8
	olumsuz etkiler	4	3,1
	Değiştirmez	22	17,1
	Bir miktar artırır	54	41,9
	Çok geliştirir	44	34,1
	Toplam	125	96,9
Geçersiz		4	3,1

Tablo 4-53 incelendiğinde, sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaştırılması sonucunda tüm topluma hizmet yerine farklı özel topluluklara hizmet eden sağlık kurumlarının ortadan kalkacağını düşünenlerin oranı % 0,8 Varsa bile azaltacağını düşünenlerin oranı % 3,1, Değişiklik olmayacağını düşünenlerin oranı %17,1'dür. %41,9 oranında bir kesim ise özelleştirme sonucunda tüm topluma hizmet yerine farklı özel topluluklara hizmet eden yeni sağlık kurumlarının oluşabileceğini, % 34,1'lik bir kesim ise bu tür sağlık kurumlarının çok sayıda oluşabileceğini savunmaktadır.

Çıkan sonuç bizim hipotezimiz olan, “tüm topluma hizmet yerine farklı özel topluluklara hizmet eden sağlık kurumları ortaya çıkabilir” **hipotezini desteklemektedir**, bu şekilde düşünenlerin oranı toplam % 76'dır.

H₈: Sağlık hizmetlerinin özelleşmesi, tüm topluma hizmet yerine farklı özel topluluklara hizmet eden sağlık kurumları ortaya çıkabilir

Tablo: 4-54 Sağlıkta özelleştirmenin, farklı özel topluluklara hizmet eden sağlık kurumlarına etkisi. (t Testi)

Soru 8	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata
	125	4,088	0,8521	7,62E-02

Test Value=3

t	df	Sig. (Çift Kuyruk)	Ortalama Farkı	95% Güven Aralığında	
				Alt	Üst
14,276	124	0	1,088	0,9372	1,2388

Sekizinci hipotez için yapılan t test sonuçları tablo 4-54'tedir. Burada p değerini incelediğimizde $P=,000$ 'dır. Bu durumda $p < 0,05$ şeklindedir. Bu sonuç bize sekizinci hipotezimiz için yapılan anketin hastalar tarafından **kabul edildiğini** göstermektedir.

• **Soru 9-Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, hasta haklarının sağlanması ve korunması açısından etkisi ne olur?**

Tablo: 4-55 Sağlıkta özelleşmenin, hasta haklarına etkisi. (Frekans Testi)

Soru 9		Frekans	Yüzde
Geçerli	Çok olumsuz etkiler	21	16,3
	Olumsuz etkiler	28	21,7
	Değiştirmez	19	14,7
	Bir miktar artırır	26	20,2
	Çok geliştirir	31	24
	Toplam	125	96,9
Geçersiz		4	3,1

Tablo 4-55 incelendiğinde, sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaştırılması sonucunda hasta haklarının sağlanması ve korunması açısından çok olumsuz etkisi olur şeklinde düşünenlerin oranı % 16,3'tür, Olumsuz etkiler şeklinde düşünenler ise % 21,7 oranındadır⁸, Değişiklik olmayacağını düşünenlerin oranı 14,7'dir. %20,2 oranında bir kesim ise özelleştirme sonucunda hasta haklarını sağlamak ve korumak olgusunun bir miktar olumlu gelişeceğini düşünmektedir. Bu konuda çok gelişme olacağını düşünenlerin sayısı % 24'tür.

Yukarıdaki oranları incelediğimizde, herhangi bir değişiklik olmaz diyenleri bir kenara bırakırsak; Olumsuz etkiler şeklinde düşünenlerin toplamda oranı % 38, Olumlu etkiler şeklinde düşünenlerin oranı ise toplamda % 44,2'dir. Çıkan sonuçlar "Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, hasta haklarının sağlanması ve korunması açısından olumsuz etki eder" hipotezimizle **çelişmektedir**.

H₉: Sağlık hizmetlerinin özelleşmesi, hasta haklarının sağlanması ve korunması konusunda olumsuz yönde etki eder.

Tablo: 4-56 Sağlıkta özelleşmenin, hasta haklarına etkisi.(t Testi)

Soru 9	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata
	125	3,144	1,4464	0,1294

Test Value=3

t	df	Sig. (Çift Kuyruk)	Ortalama Farkı	95% Güven Aralığında	
				Alt	Üst
1,113	124	0,268	0,144	-0,1121	0,4001

Dokuzuncu hipotez için yapılan t test sonuçları tablo 4-56'tadır. Burada p değerini incelediğimizde $P=,000$ 'dır. Bu durumda $p < 0,05$ şeklindedir. Ancak ortalama fark + değer çıkmıştır. Bu sonuç bize dokuzuncu hipotezimiz için yapılan anketin hastalar tarafında **red edildiğini** göstermektedir.

• **Soru 10-Sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaştırılması Tıp uygulamalarındaki organ hırsızlığı gibi etik olmayan yaklaşımları nasıl etkiler.**

Tablo: 4-57 Sağlıkta özelleştirmenin, tıp etiğine etkisi. (Frekans Testi)

Soru 10		Frekans	Yüzde
Geçerli	Çok olumsuz etkiler	4	3,1
	Olumsuz etkiler	2	1,6
	Değiştirmez	37	28,7
	Bir miktar artırır	38	29,5
	Çok geliştirir	44	34,1
	Toplam	125	96,9
Geçersiz		4	3,1

Tablo 4-57'yi incelediğimizde çok azaltır şeklinde düşünenlerin oranı % 3,1, bir miktar azaltır diyenler %1,6, değiştirmez şeklinde düşünenler % 28,7 dir. Bizim hipotezimizi destekleyen ve “Sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaştırılması Tıp uygulamalarındaki organ hırsızlığı gibi etik olmayan yaklaşımları artırır” şeklinde düşünenlerin oranı % 29,5, çok artırır diye düşünenlerin oranı ise % 34,1'dir. Sonuçlar **hipotezimizi desteklemektedir.**

H₁₀: Sağlık hizmetlerinin özelleşmesi, tıp uygulamalarında etik olmayan yaklaşımları artırır.

Tablo: 4-58 Sağlıkta özelleştirmenin, tıp etiğine etkisi. (t Testi)

Soru 10	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata
	125	3,928	1,0014	8,96E-02

Test Value=3

t	df	Sig. (Çift Kuyruk)	Ortalama Farkı	95% Güven Aralığında	
				Alt	Üst
10,361	124	0	0,928	0,7507	1,1053

Onuncu hipotez için yapılan t test sonuçları tablo 4-58'dedir. Burada p değerini incelediğimizde $P=,000$ 'dır. Bu durumda $p < 0,05$ şeklindedir. Bu

sonuç bize onuncu hipotezimiz için yapılan anketin hastalar tarafından kabul edildiğini göstermektedir.

• **Soru 11-Sağlık hizmetleri yoğunlukla özelleştirilir ise hasta doktor ilişkisi ticaret adamı müşteri ilişkisine doğru bir yönde değişir mi?**

Tablo: 4-59 Sağlıkta özelleştirmenin, hasta doktor ilişkisine etkisi. (Frekans Testi)

Soru 11		Frekans	Yüzde
Geçerli	Çok olumsuz etkiler	70	54,3
	Olumsuz etkiler	23	17,8
	Değiştirmez	16	12,4
	Bir miktar artırır	9	7
	Çok geliştirir	8	6,2
	Total	126	97,7
Geçersiz	System	3	2,3

Tablo 4-59 incelendiğinde, hasta doktor ilişkisi ticaret adamı müşteri ilişkisine doğru bir yönde değişir şeklinde düşünür diyenlerin oranı %54,3, biraz değişir diyenler %17,8,değişmez %12,4 tür Biraz daha iyi olur şeklinde düşünenler ise %7, hasta doktor ilişkisi daha iyi olur şeklinde düşünenler ise %6;2 oranındadır. Sonuçlar “hasta doktor ilişkisi ticaret adamı müşteri ilişkisine doğru bir yönde değişir” şeklindeki **hipotezimizi desteklemektedir.**

H₁₁: Sağlık hizmetlerinin özelleşmesi, hasta doktor ilişkisini olumsuz yönde etkiler.

Tablo: 4-60 Sağlıkta özelleştirmenin, hasta doktor ilişkisine etkisi. (t Testi)

Soru 11	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata
	126	1,9048	1,2421	0,1107

Test Value=3

t	df	Sig. (Çift Kuyruk)	Ortalama Farkı	95% Güven Aralığında	
				Alt	Üst
-9,898	125	0	-1,0952	-1,3142	-0,8792

On birinci hipotez için yapılan t test sonuçları tablo 4-60'dadır. Burada p değerini incelediğimizde P=,000'dır. Bu durumda $p < 0,05$ şeklindedir. Bu

sonuç bize onbirinci hipotezimiz için yapılan anketin hastalar tarafından **kabul edildiğini** göstermektedir.

• **Soru 12-Sağlık hizmetlerinde özelleştirmenin**

yaygınlaştırılması devletin sağlık harcamalarını hangi yönde etkiler?

Tablo: 4-61 Sağlıkta özelleştirmenin, devletin sağlık harcamalarına etkisi. (Frekans Testi)

Soru 12		Frekans	Yüzde
Geçerli	Çok olumsuz etkiler	45	34,9
	Olumsuz etkiler	28	21,7
	Değiştirmez	24	18,6
	Bir miktar artırır	20	15,5
	Çok geliştirir	9	7
	Toplam	126	97,7
Geçersiz		3	2,3

Tablo 4-61 incelendiğinde, sağlık harcamaları çok artar diye düşünenlerin oranı %34,9, Sağlık harcamaları biraz artar diyenlerin oranı, % 21,7, Değişmez diyenler %18,6, sağlık harcamaları biraz azalır şeklinde düşünenlerin oranı % 15,5, çok azalır şeklinde düşünenler %/ oranındadır. Devletin sağlık harcamalarının artacağını düşünenlerin oranı toplam olarak % 56,6'dır. Sonuç **hipotezimizi desteklemektedir**

H₁₂: Sağlık hizmetlerinin özelleşmesi, devletin sağlık harcamalarını olumsuz etkiler.

Tablo: 4-62 Sağlıkta özelleştirmenin, devletin sağlık harcamalarına etkisi. (t Testi)

Soru 12	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata
	126	2,3651	1,306	0,1163

Test Value=3

t	df	Sig. (Çift Kuyruk)	Ortalama Farkı	95% Güven Aralığında	
				Alt	Üst
-5,457	125	0	-0,6349	-0,8652	-0,4047

Onikinci hipotez için yapılan t test sonuçları tablo 4-62'dedir. Burada p değerini incelediğimizde $P=,000$ 'dır. Bu durumda $p < 0,05$ şeklindedir. Bu sonuç bize onikinci hipotezimiz için yapılan anketin hastalar tarafından **kabul edildiğini** göstermektedir.

Tablo 4-63 Sağlık Çalışanları ve Hastalara yapılan anketlerin karşılaştırması

Sıra No:	Hipotez	Anket Sonuçlarının Hipotezleri Destekleme Durumu	
		Sağlık Çalışanları	Hastalar
1	Sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaştırılması Tıp eğitiminin kalitesini olumsuz etkiler.	Kabul	–
2	Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi doktorların, sağlık personelinin gelirlerini olumsuz yönde etkiler.	Kabul	–
3	Sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaşması koruyucu sağlık hizmetlerini olumsuz yönde etkiler.	Kabul	Red
4	Sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaştırılması muayene ücretlerini artırır.	Kabul	Kabul
5	Sağlık Hizmetlerinin devlet yerine özel kurumlarca verilmesin ilaç fiyatları artırır.	Kabul	Kabul
6	Sağlık Hizmetlerinin Devlet yerine Özel sektör tarafından verilmesi durumunda özel sektör daha çok kar elde etmek için, gereğinden fazla tanı tedavi işlemi yapar.	Kabul	Kabul
7	Sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaştırılması durumunda doğru teşhis koyma ve tedavi olanaklarında bir değişim olmaz.	Red	Kabul
8	Sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaştırılması sonrasında hastanelerin ağırlama hizmetleri ile temizlik ve hijyen konularında bir değişiklik olmaz.	Red	Red
9	Sağlık Hizmetleri özelleşirse, bundan köylerde ve kırsal alanda yaşayanlar olumsuz yönde etkilenir.	Kabul	Kabul
10	Sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaştırılması sonucunda tüm topluma hizmet yerine farklı özel topluluklara hizmet eden sağlık kurumları ortaya çıkar.	Kabul	Kabul
11	Sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaştırılması hastanelerin denetimi azalır.	Kabul	–
12	Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, hasta haklarının sağlanması ve korunması açısından etkisi olumsuz yönde olur.	Kabul	–
13	Sağlık hizmetleri yoğunlukla özelleştirilir ise hasta doktor ilişkisi açısından etkisi olumsuz olur.	Red	Kabul
14	Sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaştırılması Tıp uygulamalarındaki etik olmayan (organ hırsızlığı gibi) yaklaşımları artırır.	Kabul	Kabul
15	Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, hasta haklarının sağlanması ve korunması açısından etkisi olumsuz yönde olur.	–	Red
16	Sağlık hizmetlerinde özelleştirmenin yaygınlaştırılması devletin sağlık harcamalarını artır.	–	Kabul

Yapılan anket çalışmasında sağlık çalışanları kendilerine yöneltilen 14 sorudan üçünde hipotezlerimize red oyu vermiş, geri kalan 11 soruda hipotezimizi kabul etmiştir. Hastalara ise 12 soru yöneltilmiş, 12 sorudan üç soruda hipotezlerimizi red etmişler, dokuzunu desteklemişlerdir. Sorulardan 10 adedi, her iki gruba da aynı sorulmuş, bu soruların bazılarında hastaların rahatlıkla anlayabilmesi için bir takım eklemeler yapılmıştır.

Sekizinci sorumuzda belirtilen "Sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaştırılması sonrasında hastanelerin ağırlama hizmetleri ile temizlik ve hijyen konularında bir değişiklik olmaz" hipotezimiz hem çalışanlar, hem de hastalar tarafından red edilmiştir.

Üçüncü sorumuzda belirtilen "Sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaşması koruyucu sağlık hizmetlerini olumsuz yönde etkiler" hipotezimiz sağlık çalışanları tarafından desteklenirken hastalar tarafından kabul edilmemiştir. Bu soruda sağlık çalışanlarının hipotezimizi % 71,5 gibi büyük bir oranda desteklerken, hastaların % 52'sinin Sağlık hizmetlerinde özelleştirmenin koruyucu sağlık hizmetlerini olumsuz etkiler düşüncesi, toplumun bu konuda yeteri kadar bilinçli olmadığı kanaatini oluşturmuştur.

Tabloda 7. sırada verilen "Sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaştırılması durumunda doğru teşhis koyma ve tedavi olanaklarında bir değişim olmaz."Hipotezini sağlık çalışanları desteklememiştir.

Onüçüncü sırada verilen "Sağlık hizmetleri yoğunlukla özelleştirilir ise hasta doktor ilişkisi açısından etkisi olumsuz olur" hipotezimizle sağlık çalışanlarının düşünceleri çelişmekte fakat hastalar bu konudaki hipotezi kuvvetle desteklemektedir. Bu soruya, sağlık çalışanlarının duygusal düşünerek cevap verdikleri değerlendirilmiştir.

Onbeşinci sırada verilen " Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirmenin yaygınlaşması, hasta haklarının korunması ve geliştirilmesi konusunu olumsuz etkiler" sorusu sadece hastalara sorulmuştur. Bu soruya verilen cevaplar hipotezimizle çelişmektedir.

Geri kalan bütün hipotezlerimiz sağlık çalışanları ve hastalar tarafından kabul edilmiştir. Kabul edilen hipotezlerimiz;

Sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaştırılması Tıp eğitiminin kalitesini olumsuz etkiler. Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi doktorların, sağlık personelinin gelirlerini olumsuz yönde etkiler. Sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaşması koruyucu sağlık hizmetlerini olumsuz yönde etkiler(Sağlık çalışanları). Sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaştırılması muayene ücretlerini artırır. Sağlık Hizmetlerinin devlet yerine özel kurumlarca verilmesi ilaç fiyatları artırır. Sağlık Hizmetlerinin Devlet yerine Özel sektör tarafından verilmesi durumunda özel sektör daha çok kar elde etmek için, gereğinden fazla tanı ve tedavi işlemi yapar. Sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaştırılması durumunda doğru teşhis koyma ve tedavi olanaklarında bir değişim olmaz(Hastalar). Sağlık Hizmetleri özelleşirse, bundan köylerde ve kırsal alanda yaşayanlar olumsuz yönde etkilenir. Sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaştırılması sonucunda tüm topluma hizmet yerine farklı özel topluluklara hizmet eden sağlık kurumları ortaya çıkar. Sağlık hizmetleri yoğunlukla özelleştirilir ise hasta doktor ilişkisi açısından etkisi olumsuz olur(Hastalar). Sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaştırılması hastanelerin denetimi azalır. Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, hasta haklarının sağlanması ve korunması açısından etkisi olumsuz yönde olur. Sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaştırılması Tıp uygulamalarındaki etik olmayan (organ hırsızlığı gibi) yaklaşımları artırır. Sağlık hizmetlerinde özelleştirmenin yaygınlaştırılması sonucunda devletin sağlık harcamalarını artar şeklindeki hipotezlerimizdir. .

SONUÇ

Özelleştirme konusu, çalışmamızın başından itibaren ayrıntılı bir şekilde incelediğimiz gibi, çeşitli faktörlere bağlı olarak olumlu veya olumsuz etkileri olabilen bir konudur. Herhangi bir sektörde özelleştirme uygulamasına başlamadan önce mutlaka çok iyi bir analiz yapılmalı ve daha sonra uygulamaya geçilmelidir. Yapılacak analizlerde, toplumun eğitim durumu, gelir dağılımı, şehirleşme, teknolojik gelişmişlik, coğrafi yapı gibi bir çok faktör, bu konuda uzman görevliler tarafından çok iyi araştırılmalıdır.

Ülkemizde özelleştirme uygulamaları başlangıçta, devlete yük haline gelmiş, hantallaşmış durumda olan KİT'lerin özel sektöre devredilerek, devletin bunların yükünden kurtarması şeklinde düşünülmüş olsa da, sonraları gelir sağlamak veya Dünya Bankası ve IMF politikalarının etkisiyle uygulama devam etmiştir.

Özelleştirme uygulamalarının bir nedeni de sektörlerdeki rekabet ortamını arttırmak ve bu sayede verimlilik ve karlılığı olumlu yönde etkilemektedir. Fakat bazı durumlarda özelleştirme bu düşünceye aykırı sonuçlarda yaratabilmektedir. Ülkemizde 1995 – 1999 yılları arasında uygulamaya konan Et ve Balık Kurumu'nun (EBK) özelleştirilmesi bu konuya iyi bir örnektir. EBK özelleştirildikten sonra özel sektör eti yurt dışından ithal etmeye başlamıştır. Bu uygulamanın sonucunda büyük oranda geçimini hayvancılıkla sağlayan, Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesindeki bu sektör, tarım ve hayvancılığa büyük yatırımlar yapmış, gelişmiş ülkelerle rekabet edemez hale gelmiştir. Doğu ve Güneydoğu Anadolu'da nüfusunun büyük bir bölümü geçimini hayvancılıkla sağlamaktayken şimdi yavaş yavaş maddi sıkıntılar içine girmektedir. İçinde bulunduğumuz dönemde özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde Terör sorununu çözmek için ulusça büyük bir gayret içinde olduğumuz bu dönemde EBK'nun özelleştirmesinin, bölge halkı ve ülkemiz üzerinde olumsuz etkiler yarattığı aşikardır.

Özelleştirme uygulamalarına gerekçe olarak gösterilen diğer bir konu da, KİT'lerde sık sık görülen, siyasi etkilerle işçi ve memur kadrolarının doldurulması, bu kurumlarda zaman zaman yolsuzlukların ortaya çıkması veya çalışanları iş yapmaya zorlayıcı bazı engeller nedeniyle verimliliğinin düşmesi gibi faktörleridir. Özelleştirme mutlaka bu tür sorunlara büyük ölçüde çözüm olacaktır.

Dışsallıklar konusu, özelleştirme uygulamalarına başlamadan önce üzerinde önemle durulması gereken bir başka husustur. Özellikle toplumdaki her kesimden bütün insanların eşit bir şekilde yararlandığı, faydasını bölemeyeceğimiz, adalet, ülke sınır güvenliği gibi tam kamusal mal ve hizmetlerin sunumu mutlaka devlet tarafından yapılmalıdır. Bunun yanında, eğitim, sağlık gibi yarı kamusal mal ve hizmetlerin sunumu özel sektör tarafından mı, yoksa devlet tarafından mı verilmesi gerektiği konusu iyice irdelenmelidir.

Toplumun büyük bir oranda çok iyi eğitilmiş olmasının faydası toplumun tüm bireylerine dolayısıyla ülkeyedir. Aynı şekilde bütün ülke insanların sağlıklı olması olumlu dışsallıklar yaratan bir durumdur. Sağlık konusunda bunun tersini düşünürsek, bu hizmeti almak konusunda güçlük çekebilecek dar gelirli kesimin veya kırsal alanda zor coğrafyada yaşayan insanların sağlık hizmeti sunumundan yeterince faydalanamaması sonucunda, toplumun diğer kesimleri ve dolayısı ile ülke bundan olumsuz etkilenecektir. Bu bölgelerde bulaşıcı hastalıkların artması toplumun diğer kesimlerini ve ülkeyi tehdit eder.

Sağlık hizmetlerinde özelleştirme konusunu ele aldığımızda tüm bu olumlu ve olumsuz faktörleri bir terazinin iki kefesine koyup çok iyi tartmakta fayda vardır. Sağlık hizmetlerinde özelleştirme uygulamaları ülkemizde zaten aşama aşama başlamıştır. Şu anda bazı sağlık hizmetlerini destekleyen faaliyetler sözleşme ya da ihale yolu ile veya döner sermaye uygulamaları ile özel sektöre yaptırılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin yerelleştirilmesi konusunda da çalışmalar devam etmektedir. Bu kapsamda sağlık hizmetlerinde özelleştirmenin yaygınlaştırılması konusu, ülke yararı için faydalı mı olacaktır? Yoksa olumsuz yönde mi etkileyecektir? Bunu ortaya koymak için

sağlıkta özelleştirmeyi, olumlu ve olumsuz yönlerini karşılaştırarak ele almak ve ayrıca, çalışmamızın döndürücü bölümünde sonuçlarını sunduğumuz, 56 sağlık çalışanı ve 129 hasta üzerinde yaptığımız anket sonuçlarını değerlendirmemiz yerinde olacaktır. Bu maksatla önce sağlık hizmetlerinde özelleştirme sonucunda ortaya çıkacak faydalar ile olumsuzlukları sıralayalım. Özelleştirmenin faydalı olacağını savunanlar özelleştirme ile sağlık hizmetlerinde;

1. Rekabet ortamının oluşacağını ve verimliliğin artacağı,
2. Kadroların niteliksiz personelle doldurulmasının önüne geçileceği,
3. Hastanelerdeki yolsuzluk ve israfın önleneyeceği,
4. Daha uygun teşhis ve tedavi hizmeti sunumu olacağı ve kalitenin artacağı,
4. Artan maliyetlerin sınırlandırılacağı,
5. Sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaştıracağı konularını savunmaktadırlar.

Bunun yanında özelleştirme karşısındaki görüşler ise;

1. Sağlık hizmetlerinde özelleştirmenin yaygınlaştırılmasının, koruyucu sağlık hizmetlerini olumsuz etkileyeceği,
2. Tıp eğitimi olumsuz etkileyeceği,
3. Sağlık çalışanlarının gelirlerinde önemli ölçüde azalmalar olacağı, ilaç fiyatlarında artışlar olacağı,
4. Daha fazla kar sağlamak maksadıyla gereksiz olduğu halde çok sayıda tanı ve tedavi hizmetleri sunumu,
5. Devletin sağlık harcamalarında özelleştirme sonucunda bir azalma olmayacağı aksine bir miktar artabileceği,
6. Sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaştırması ile hastanelerin ağırlama hizmeti ve hijyen konularında bir gerileme olacağı,
7. Sağlık hizmetinin kırsal alana yeterli düzeyde götürülemeyeceği,
8. Hastanelerin denetiminin bir miktar zayıflayabileceği,
9. Hasta haklarının korunması açısından sorunlar yaşanabileceği,
10. Hasta hekim ilişkisinin, tüccar müşteri ilişkisine doğru yönelebileceği,

11. Tıp uygulamalarında etik olmayan yaklaşımları (organ hırsızlığı) gibi arttırabileceği,

12. Sağlık hizmetlerinde özelleştirilmenin yaygınlaştırılmasının ulusal bütünlüğü olumsuz yönde etkileyeceği şeklindedir.

Aşılama, anne-çocuk sağlığı gibi koruyucu sağlık hizmetleri uygulanması geniş alana yayılan, maliyeti yüksek, kar amacı güdülmeden toplumun tüm kesimlerine götürülmesi gereken hizmetlerdir. Kar amacı güdülmediği için bu konu özel sektörün ilgisini çekmeyecektir. Sağlıkta özelleştirilmenin yaygınlaştırılması ve koruyucu sağlık hizmetleri sunumunun zayıflaması sonrasında hastalıklar daha çok artacak sağlık harcamaları da bu doğrultuda artacaktır. Halbuki önceden alınacak koruyucu sağlık tedbirleri ile hastalıkların artması önlenabilir. Koruyucu sağlık hizmetleri ile oluşturulan sağlık konusunda güçlü bir toplumda sağlık hizmetleri de azalacaktır.

Sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaşmasıyla tıp eğitimi alanında da bazı sorunlar yaşanabilecektir. Tıp öğrencileri daha çok, ticaret adamları gibi karlılık, maliyetin düşürülmesi tarzında konularla ilgileneceklerdir. Tıp fakültelerinin verdiği insan sevgisi, insana değer verme anlayışı yavaş yavaş, insanı müşteri gibi görme anlayışına yönelecektir.

Sağlıkta özelleştirmenin yaygınlaştırılması sonucunda özel sağlık sektörü maliyeti minimize etmek için yabancı uyruklu sağlık çalışanlarına veya doktorlara yönelecektir. Bu durum da sağlık çalışanlarının niteliklerinde olumsuz yönde bir değişim yaratabilir. Sağlık sektöründe özelleştirme uygulamaları yaygınlaştıkça, doktorlar ve sağlık çalışanlarından yalnızca çok arananlar iyi gelir elde edecekken pratisyen hekimler ve diğer çalışanların gelirleri düşecektir. Gelirini beğenmeyen sağlık çalışanı yerine ise girmek için sıra bekleyen çok gönüllü olacaktır.

Sağlık hizmetlerinde özelleştirme uygulamaları yaygınlaştıkça, devlet sektörünün, zamanla özel sektöre rakip olma durumunun ortadan kalkması ile ilaç fiyatlarındaki artışlar başlayacaktır. Sağlık hizmetlerinde devlet sektörü çok büyük bir sektördür, özel sektör ise küçük parçalardan oluşmuştur. Mevcut durumunda hastanelerin ihtiyacı olan ilaç ve tıbbi malzeme alımlarında devlet, çok büyük miktarda alım gerçekleştirmektedir.

Bu olay toplu ilaç alımlarında fiyatların mevcut düzeyde kalmasını sağlamaktadır. Fakat sağlık hizmetlerinin yoğun olarak özel sektör tarafına verilmesi durumunda, küçük parçalar halinde yapılan ilaç alımları ilaç fiyatlarının artmasına sebep olacaktır.

Özel sağlık sektörü, karını maksimize etmek maksadıyla teşhis ve tanı için yapacağı işlemleri, gerekmediği halde fazla tutacaktır. Şimdiye kadar saydığımız bütün etkenler, özelleştirme sonrasında devletin sağlık harcamalarının artmasına sebep olacaktır. Her ne kadar muayene ve tedavi işlemleri GSS kapsamında kesilen primlerle ödenecek olsa da, prim ödemeyecek durumda olan kalabalık bir nüfusun sağlık harcamaları devlet tarafından karşılanacaktır.

Özel sektör karını maksimize etmek için maliyeti düşürmeye çalışacak, bu da hijyen ve temizlik konusunda alınacak tedbirleri daha ucuza getirmeye onları yönlendirecektir. Temizlik ile görevlendirilen personel sayısını azaltacaklardır. Bu konuda devlete çok sıkı denetim ve kontrol görevi düşmektedir.

Fakat denetim konusunda da çeşitli sorunlar yaşanacaktır. Sağlık hizmetini devletin sunması durumunda genellikle il ve ilçe merkezlerinde kurulu büyük hastanelerin yerini her yere dağılmış, küçük ölçüde ve oldukça fazla özel hastaneler, özel poliklinikler alacaktır. Sayısı bu kadar çok artan küçük ölçekli ve değişik bölgelerdeki özel sağlık kuruluşlarının denetimi, merkezi yerlerde daha büyük devlet hastanelerine göre daha zor olacaktır. Ayrıca piyasa ilişkileri içinde iyice palazlanmış hastane yetkilileri, denetim görevlilerini bir şekilde kendi istedikleri yöne doğru yönlendirilecektir. Özelleştirmeyi savunanların öne sürdüğü "sağlık sektöründeki yolsuzlukları engeller" tezinin ne kadar doğru olabileceğini bu noktada iyice değerlendirmek gereklidir.

Sağlık hizmetlerinde özelleştirmenin yaygınlaştırılması durumunda, özel sektör, çok karlı olmayan kırsal kesimde veya gelir seviyesi düşük olan bölgelerde sağlık hizmeti vermek konusunda gönüllü olmayacaktır, sağlık evi ve sağlık ocaklarının da azaltılması sonucunda bu bölgelerde hizmet oldukça aksayacaktır.

Hasta hakları açısından konuyu ele aldığımızda, bu konun özel sektör, piyasa anlayışı ile tamamen çelişkili olduğu ortaya çıkmaktadır. Her ne kadar maddi geliri uygun olmayan kesimin sağlık masrafları devlet tarafından karşılanacak olsa da, Amerika örneğinde olduğu gibi zamanla alt gelir grubundaki insanlar, bu hizmetlerden çok zor şartlarda istifade edebilir. ABD'de sağlık hizmeti için ödeme yapamayanlara acil servislerinde hizmet verilmektedir. Fakat bunun yetersiz olduğu, çeşitli yayınlarda yer almaktadır. Tedavi ücretleri ve ilaç fiyatları çok pahalı olduğu için uzun süre diş ağrısı çekerek yaşayanlar, tedavi olmayan, gözlük alamayanların, ABD'de oldukça yaygın olduğu söylenmektedir. ABD'de yaşayan Türkler bu yüzden bazı sağlık sorunlarının çözümlerini Türkiye'ye geldikleri dönemlerde aramakta ve Türkiye'deki sağlık hizmetinden memnun kalmaktadırlar.

Sağlığın devlet tarafından sunulduğu uygulama alanlarında tedavi ve ameliyat esnasında meydana gelen hatalar sonucunda, hatayı yapanlar için uygulanacak yaptırım ve cezalar, özel sektöre oranla daha ağırdır. Yapılan hatalar sonucunda kurulacak idari tahkikat heyeti sorumluyu bulacaktır. Özel sektör ise olumsuz yönde reklam olacağı için bu tür olayları kapatmaya çalışılacaktır. Sağlık hizmetlerinden herkesin eşit şekilde faydalanması, bir haktır. Özelleştirilmenin yaygınlaştırılması sonucunda belki de ender bulunan bir kan arandığında, fazla ücret ödeyen, kanı temin edebilecek, diğeri beklemek zorunda kalacaktır. Herkesin eşit şekilde sağlık hizmeti alması kişilerin hakkıdır. Özelleştirmeler sonrasında bu konuda çeşitli sıkıntılar yaşanacağı değerlendirilmektedir.

Sağlık hizmetlerinde özelleştirmenin yaygınlaştırılması sonucunda hasta doktor ilişkilerinde, zamanla tüccar müşteri ilişkisine doğru bir kayma olabilecektir. Ayrıca ülkemizde zaman zaman görülen, organ hırsızlığı gibi etik olmayan uygulamalar, tüccar zihniyetinin gelişmesiyle doğru orantılı olarak daha da artabilecektir. Özellikle kar edemeyen, diğer özel hastanelerle rekabete dayanamayan ve borç yükü altından kalkamayacak durumda olan özel hastaneler, batık bankalar örneğinde olduğu gibi, borç batağından kurtulmak için bu yola başvurabilecektir.

Sağlık hizmetlerinin devlet tarafından sunulması, ülkemizde ulusal bütünlüğe dolaylı olarak katkı sağlamaktadır. Günümüzde Türkiye'nin dört bir tarafından gelen sağlık çalışanları, kendi sağlık kurumlarının yer aldığı bölgelerde, insanlar arasında hiçbir ayırım yapmadan sağlık hizmeti sunmaktadır. Sağlık hizmetlerinde özelleştirmenin yaygınlaştırılması durumunda, toplumun sadece bazı kesimlerine hizmet verecek, etnik kökenli hastaneler veya tarikat hastaneleri gibi sağlık kuruluşları yaygınlaşabilecektir. Günümüzde terörle mücadele edilen bölgelerde, yaralı askerimizi sağlık kurumuna götürüp hastaneden çıkana kadar endişe içinde beklemek mutlaka çok acı bir duygu olacaktır.

Türkiye'de sağlık sektöründe istenilen hedeflere ulaşılabilmesi ve sağlıkta reformların başarılı bir şekilde yapılabilmesi ve doğru politikaların tespit edilebilmesi için ülke gerçeklerinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Doğru politikalar tespit edilirken bilimsel bilgiye dayalı bir seçim yapılması, bu seçimin yine bilimsel bilgilere dayanarak uygulanması, izlenmesi ve değerlendirilmesi sağlanmalıdır.

Yapılan incelemeler, araştırmalar ve Isparta ilinde uygulanan anket sonuçları topluca değerlendirildiğinde, "Sağlık Hizmetlerinin" devlet tarafından sunulmasının gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Halen uygulanmakta olan, sağlık hizmetlerini destekleyen, temizlik, yemek, bakım-onarım gibi bazı hizmetlerin ihale yöntemi ile özel sektörden satın alınması konusunun, sağlık kuruluşlarının çalışmalarını olumlu etkileyeceği değerlendirilmektedir. Fakat bu uygulamaların sadece sağlık hizmetlerini destekleyici alanlarda kalmasının ve denetimlerin devlet tarafından daha etkili bir şekilde yapılması gereği üzerinde önemle durulmalıdır.

KAYNAKÇA:

KİTAPLAR:

ADLUNG ,R ve CARZANGİA,A, “**Health Services Under the General Agreement on Trade in Services**”, Bulletin of the World Health Organization. Vol:79, 2001

AKTAN,C.C,**Kamu Ekonomisi ve Kamu Maliyesi**, Anadolu matbaacılık, İzmir 2005

AKTAN,C.C, EKER,A, **Kamu Ekonomisinin genişlemesi ve Özelleştirme**,Seçme Çeviriler

AKDUR,R “**Çağımızda Hasta - sağlık Çalışanları İlişkileri ve Hasta Hakları**” **Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi**. Ankara: Hekimler Birliği Yayını, Cilt 5, 1997

AKSAKOĞLU,G ve SÖNMEZ,Y “Küreselleştirme ve Toplum Sağlığı”. **Toplum ve Hekim** Cilt:18, Sayı 3, Mayıs Haziran 2003.

ALBERT,M, **Kapitalizme Karşı Kapitalizm**, AFA 21. Yüzyıla doğru dizisi,Afa Yayınları ,1992,

ARIN,T, **Anayasal İktisat ve Refah Devleti: TİSK ve TÜSİAD’ın Asgari Devlet Raporlarının Eleştirisi**, **Ekonomide Durum**,Türk-İş Araştırma Merkezi, Kitap 3-4

ARICI,K,.**Sosyal Güvenlik**, Tes-İş Eğitim Yayınları,Sargın Ofset,Ankara,1999

ASFHORD,N, **The The Ideas of New Right**, Der:N.Asfhord and G.Jordan , **Public Policy and the Impact of the New Right**, London:Pinter Publishers, (1993)

ATALAY,A, **Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar Ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi**, Sayıştay Dergisi, sayı 64

BALCI,A, **Kamu Hizmetleri ve Yerinden Yönetim**,Atlas yayıncılık, İstanbul 2005

BALCI,A, **Sağlık Bakanlığı'nın Desantralizasyonu ve Taşra Teşkilatının Reorganizasyonu**, Nihai Rapor, Ankara, 2004

BAUMAN,Z, **Çalışma, Tüketim ve Yeni Yoksullar**, İstanbul, 1999, Sarmal Yayınevi

BELEK,İ, **"Sağlıkta Eşitsizlik Var"**, Toplumbilim-Sağlık Sosyolojisi Özel Sayısı. Bağlam Yayıncılık ,İstanbul 2001

BELEK,İ; ve SOYER, A,**Sağlıkta Özelleştirme**, Sorun Yayınları, İstanbul

CAN,N, Avrupa Birliği ile Entegrasyon Sürecinde Türk Sağlık Sektörünün Durumu. 1995

CANGIZBAY,K **"Küreselleşme ve Kamusal Alan"**, **Küreselleşme Sivil Toplum ve İslam** (Der. Fuat Keyman, A. Yaşar Sarıbay),1998, Ankara, Vadi Yayınları

CEVİZOĞLU,H,**Özelleştirme**,Beyaz yayınları,İstanbul,1998

DEVİRİM,F, **Özelleştirme sempozyumu** ,MANİSA 1994

DEVİRİM, F,**Kamu Maliyesine Giriş**, Anadolu matbaacılık, İzmir 1999

ELÇİOĞLU, Ö. Ş. "Hasta Hakları Açısından Hekimlik Sırrı." **Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi**. Ankara: Hekimler Birliği Yayını, 1997.

ERDEM,B,"**Neoliberal Ekonomi Politikalarının Eğitim Üzerine Etkileri**"(Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2003

ERDOĞAN,A, Genel Sağlık Sigortası-Derlemeler (Ankara 1990) GÖKÇAY,İ, **Özelleştirme Değil Kamulaştırma**,Kaynak yayınları,İstanbul,1998

ERKU.İ, ALTAN.Ö, GEREK.N **Sosyal Politika Dersleri**, C.2, A.Ü. ESBAY. Ya. No:48, Eskişehir 1983

GREEN ,D, The New Right, London: Wheatsheaf Boks,1998

GÜL,S.S,**Sosyal Devlet Bitti Yaşasın Piyasalar**, Etik yayınları , İstanbul,2004

GÜLER,B.A (1996),**Yeni Sağ ve Devletin Değişimi**, TODAİE, Ankara

HAMZAOĞLU,O ve NALÇACI,E, “**Üretim İlişkileri ve Sağlık**”,**Toplum ve Hekim**, Cilt 18,Sayı:3, Mayıs-Haziran 2003,

HAYEK,F,V, **Hukuk Yasama ve Özgürlük**, Çev: Atilla Yayla, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları No:331,Cilt:1, Ankara, 1996

KOÇ,Y,**Özelleştirme, Türkiye’yi parçalamanın bir aracı**,İstanbul 2005

KYMLICKA,W, **Çağdaş Siyaset Felsefesine Giriş**, Çev: Ebru Kılıç, İstanbul , 2004

LABONTE,R, “**Globalization,Health and the Free Trade Regime : Assesig The Links**”,Perspectives on Global Development and Technology, Volume 3 , Issue 1-2,

MARTİN,B, **Özelleştirme: Kimin Çıkarına?**, Çev: Osman Ç. Deniztekin, Cep Kitapları:124/Düşün:009, İstanbul, 1995

OĞUZ, N.Y, “Hasta Hakları Alanındaki Gelişmeler ve Değişen Değerler.” Türkiye **Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi**. Ankara: Hekimler Birliği Yayını, Cilt 5, 1997.

ÖZEN,M, “**Hizmet Ticareti Anlaşması’nın (GATS) Sağlık Alanına Etkileri**”. Toplum ve Hekim. Cilt:17, Sayı:3, Mayıs Haziran 2002

ÖZDEMİR,A.M “Sağlığın Ekonomi Politikası: Sağlık Hizmetlerinde Metalaşma Süreci Üzerine Bir Deneme”, **Ekonomik Yaklaşım**, Cilt:16, Sayı:56, 2005,

PEHLİVAN,O, **Kamu Maliyesi**, Derya kitapevi, Trabzon2005

RUHİ,M.R, **1982 Anayasası Çerçevesinde Sosyal Devlet ve Özelleştirme**, Nobel yayınları, Ankara 2003,

SOYER,A, **AKP'nin Sağlık Raporu**, Evrensel Yayın,İstanbul 2007

ŞENER,O, **Kamu Ekonomisi**, Beta Basım A.Ş.İstanbul 2006

ŞENSES,F, **Kalkınma İktisadı Yükselişi ve Gerilemesi**, 1.Baskı, İstanbul, İletişim Yayınları,1996,

ŞAKAR,A.Y, **Türkiye' de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları**, Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası Ya. No.22, İstanbul 1999

SOYER,A ve BELEK,İ “Türkiye’de Özel ve Kamu Sağlık Harcamaları”, Dünyada veTürkiye’de Kamu Girişimciliğinin Geçmişi Bugünü ve Geleceği Sempozyumu, Sempozyum Bildirileri Kitabı, Cilt 1, İstanbul, 6-7 Ekim 1997

SOYER,A, Türkiye’de Sağlık Hizmetleri (1980-1995) (TTB, Mayıs 1995)

SOYER,A ,(AKTARAN), (DPT,Sağlık Bakanlığı Proje Koordinatörlüğü,**1996**;

SOYER,A, (AKTARAN), (Sağlık Bakanlığı Sağlık proje koordinatörlüğü,**1998**)

SÜTLAŞ,M, **Hasta ve Hasta Yakını Hakları**, Çiviyazıları yayıncılık İstanbul 2000,

13.12.1983 tarihli ve181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname.

TAN,T, “İdarede Yeni Ussallık Anlayışı ve Hukuk”,Kamu yönetimiDisiplini,İstanbul,1995

TOMAS.S and CLEARY.S “Globalization and Health Policy In South Africa”Perspectives on Global Development and Technology, Volume 3 , Issue 1-2,

TOKAT,M, **Sağlık Ekonomisi**, A. Ü. AÖF. Ya.No.1033/568, Eskişehir 2000
 TURAN,N, **Türkiye’ de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar: Çözüm için Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanakları**,Eskişehir 2004

TOKAT,M, **Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998**. TC.Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ocak 2001,

TTB, Yenibinyılın Başında Türkiye Sağlık Sektörünün Durumu, 2002, Ankara, ss.23-24

VURAL, G. “Hasta Hakları”. **Kriz Dergisi**. Ankara: Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayını 3 (1 – 2), Bahar – Güz 1995.

YALOVA,Y,Türkiye Avrupa İlişkileri Işığında Özelleştirme, Nobel Yayınlar İstanbul

YELDAN,E,“Neoliberal Küreselleşme İdeolojisinin Kalkınma Söylemi ÜzerineDeğerlendirmeler”, Praksis, 7.Sayı,(2002 Güz),

YILDIRIM,S.,”Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi”, DPT Yayın No:2350,Ankara,1980-2003 Yılları.

_____ **Finansal Kiralama** (leasing), İktisat Bankası Yayını (Özel Projeler Bölümü),İstanbul,Şubat1986

KANUNLAR VE BİLDİRGELER

_____Bağ-Kur Sağlık Sigortası Yardımları Yönetmeliği,03.08.2005 tarihli

_____DPT, Türkiye’de Sağlık Hizmetleri, Sağlık Sigortasının Temel İlkeleri ve Maliyet Tahmini, Yeşil Kart Uygulaması (Ankara 1992)

_____Dünya Sağlık Örgütü Anayasası

_____ **Finansal Kiralama Kanunu**”, Kanun no:3226, Kabul tarihi: 10.06.1985, Resmi Gazete, Yıl65,s:18795, (28 Haziran 1985), Ankara, Başbakanlık Devlet Matbaası.

_____İnsan Hakları Evrensel Bildirisi

_____OECD,Health Data 1999

_____SSK 2001 İstatistik Yıllığı

_____“Tasarrufların Teşviki ve Kamu Yatırımlarının Hızlandırılmasına Dair Kanun”,Kanun no 2983,Kabul tarihi:29.02.1984, Resmi Gazete,Yıl64 ,s.18344 (17 Mart 1984),Ankara,

_____ TTB Merkez Konseyi, **Sağlık Hizmetlerinde Finansman sorunu ve Genel Sağlık Sigortası YasaTasarısı** (Mayıs 1991)

_____WHO, **Health For All**, 2000, Geneva

_____2003 Mali Yılı Bütçe Kanun Tasarısı

İNTERNET KAYNAKLARI

ALPTEKİN,K, **Küreselleşme Sürecinde Türkiye'de Sosyal Devlet ve Sosyal Hizmetlerin Görünümü**, 2005

<http://www.sosyalhizmetuzmani.org/kuresellesmesosyaldevlet.doc>,(24.05.2006)

ATAAY,F, **Kamu Reformu İncelemeleri**. Ankara Tabip Odası Yayınları. Ankara,2005www.bilkent.edu.tr/~bilheal/aykonu/ay2003/cagdassaglik.html-40k-, (Erişim Tarihi: 16.09.2007)

BUCHANAN, J.M , “**Public Choice and Public Finance**”, in: **J.M. Buchanan, What Should Economists Do? Indianapolis: Liberty Pres**, Çev:Coşkun Can Aktan; www.canaktan.org.tr

C.Can AKTAN, Özlem ÖZKIVRAK, Sosyal Refah Devleti.2003 <http://www.canaktan.org/politika/refah-devleti/kavram.htm> (Aktan ve Özkıvrak, 2003)(04.02.2005)

Kanun Tasarısı ve Genel Gerekçe'nin tam metnine (<http://www.calisma.gov.tr>) internet adresi ile Türk Tabipler Birliği'ne ait (<http://www.ttb.org.tr>) internet sayfasından erişilebilir. (24.04.2006)

ÖZUĞURLU,Y,“Bölüşüm İlişkilerinde Devletin Değişen Rolü”. **Evrensel Kültür**, Sayı:142,Ekim 2003.ss.76-77<http://www.evrenselbasim.com/ek/dosya.asp?id=2422>. Erişim Tarihi: (05.05.2006)

Türkiye İstatistik Kurumu, Hane halkıTüketimHarcamaları,http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=47&tb_id=16 (Erişim Tarihi: 1 Mayıs 2006)

Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği, 2006.<http://www.tsrb.org.tr/tsrb/Istatistikler>

www.binghamton.edu/tbc/29-tr.htm-129k

www.bilkent.edu.tr/~bilheal/aykonu/ay2003/cagdassaglik.html-40k (16-09-2007)

www.sigortam.net/bultenler/29/29_saglik.asp - 13k

YILDIRIM,H.H,AB, Sağlık ve Sağlık Politikaları www.absaglik.com, **Genel Sağlık Sigortası (GSS) Kanunu Tasarı Taslağı: Eleştirel Bir Sorgulama ABSAĞLIK, Ankara, 29 Aralık 2004.**

YILDIRIM,H.H, **En değerli sermayem ticarileşiyor: Sağlık, Sağlık Reformları ve Sağlıkta Özelleştirme**, ABSAĞLIK www.absaglik.com,Erişim Tarihi(20-06-2007)

YILMAZ,G, “Hizmetlerin Piyasalaştırılması: Olayın Teknik ve Teorik Boyutları ”. Hukuk ve Adalet Dergisi, Sayı:1. <http://www.antimai.org/mkl/gy0704hukad.htm>. Erişim Tarihi: (29 Nisan2006)

Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) 1980-2003,<http://ekutup.dpt.gov.tr/ekonomi/gosterge/tr/1950-03/esg.htm>

SÜRELİ YAYINLAR

Resmi Gazete, T:15.5.1987, S.19461.

Resmi Gazete, T.3.8.1992, S.21273

Atilla ÖZSEVER,Radikal Gazetesi,26.02.2007

Ahmet KIVANÇ ,Radikal Gazetesi, 27.04.2006

EKLER

13. 12. 1983 TARİHLİ VE 181 SAYILI KANUN HÜKMÜNDE
KARARNAMEDE SAĞLIK BAKANLIĞI VE ALT BİRİMLERİNİN
GÖREVLERİ

R.G. Tarihi:14.12.1983 R.G. Sayısı:18251

Kanun Hük. Kar. nin Tarihi: 13/12/1983 No: 181

Yetki Kanununun Tarihi : 17/6/1982 No: 2680

Yayımlandığı R. G. Tarihi : 14/12/1983 No: 18251

BİRİNCİ KISIM

Amaç, Görev, Teşkilat

Amaç:

Madde 1 - Bu Kanun Hükmünde Kararnamenin amacı, herkesin hayatının beden ve ruh sağlığı içinde devamını sağlamak, ülkenin sağlık şartlarını düzeltmek, fertlerin ve cemiyetin sağlığına zarar veren amillerle mücadele etmek ve halka sağlık hizmetlerini ulaştırmak, sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini temin etmek için Sağlık Bakanlığının kurulmasına, teşkilat ve görevlerine ilişkin esasları düzenlemektir.

Görev:

Madde 2 - Sağlık Bakanlığının görevleri şunlardır:

- a) Herkesin hayatını beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam iyilik hali içinde sürdürmesini sağlamak için fert ve toplum sağlığını korumak ve bu amaçla ülkeyi kapsayan plan ve programlar yapmak, uygulamak ve uygulatmak, her türlü tedbiri almak, gerekli teşkilatı kurmak ve kurdurmak,
- b) Bulaşıcı, salgın ve sosyal hastalıklarla savaşarak koruyucu, tedavi edici hekimlik ve rehabilitasyon hizmetlerini yapmak,
- c) Ana ve çocuk sağlığının korunması ve aile planlaması hizmetlerini yapmak,
- d) İlaç, uyuşturucu ve psikotrop maddelerin üretim ve tüketimini her safhada kontrol ve denetlemek; farmasötik ve tıbbi madde ve müstahzar üreten yerlerin, dağıtım yerlerinin açılış ve çalışmalarını esaslara bağlamak, denetlemek,
- e) Gerekli aşı, serum, kan ürünleri ve ilaçların üretimini yapmak, yaptırmak ve gerekirse ithalini sağlamak,
- f) Temel sorumluluk Sağlık Bakanlığına ait olmak üzere Tarım Orman ve Köy İşleri Bakanlığı ve mahalli idarelerle işbirliği suretiyle gıda maddelerinin ve bunları üreten yerlerin sağlık açısından kontrol hizmetlerini yürütmek,
- g) Mahalli idareler ilgili diğer kuruluşlarla işbirliği suretiyle çevre sağlığını ilgilendiren gerekli tedbirleri almak ve aldirmek,
- h) Bulaşıcı, salgın insan hastalıklarına karşı kara hudut kapıları, deniz ve hava limanlarında koruyucu sağlık tedbirlerini almak,
- i) (Mülga: 24/1/1989 - KHK - 356/15 md.; Aynen kabul: 14/3/1991-3703/19 md.)
- j) Kanseri, verem ve sıtma ile savaş hizmetlerini yürütmek ve bu alanda hizmet veren kurum ve kuruluşların çalışmalarının koordinasyonunu ve denetimini sağlamak,
- k) Bu görevlerin yerine getirilmesi için gerekli tesisleri kurmak ve işletmek, meslek personelini yetiştirmek,
- l) Sağlık hizmetleriyle ilgili olarak milletlerarası ve yurt içindeki kurum ve kuruluşlarla işbirliğinde bulunmak.

Teşkilat:

Madde 3 - Sağlık Bakanlığı teşkilatı, merkez teşkilatı ile taşra teşkilatı ve bağlı kuruluşlardan meydana gelir.

İKİNCİ KISIM

Bakanlık Merkez Teşkilatı

Merkez Teşkilatı:

Madde 4 - Bakanlık merkez teşkilatı ana hizmet birimleri ile danışma ve denetim birimleri ve yardımcı birimlerden meydana gelir.
Bakanlık merkez teşkilatı Ek - 1 sayılı cetvelde gösterilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

Bakanlık Makamı

Bakan:

Madde 5 - Bakan, Bakanlık kuruluşunun en üst amiridir ve Bakanlık hizmetlerini mevzuata, hükümetin genel siyasetine, milli güvenlik siyasetine, kalkınma planlarına ve yıllık programlara uygun olarak yürütmekle ve Bakanlığın faaliyet alanına giren konularda diğer bakanlıklarla işbirliği ve koordinasyonu sağlamakla görevli ve Başbakana karşı sorumludur.
Bakan, emri altındakilerin faaliyet ve işlemlerinden sorumlu olup, Bakanlık merkez, taşra teşkilatı ile bağlı kuruluşlarının faaliyetlerini, işlemlerini ve hesaplarını denetlemekle görevli ve yetkilidir.

Müsteşar:

Madde 6 - Müsteşar, Bakanın emrinde ve onun yardımcısı olup, Bakanlık hizmetlerini Bakan adına ve Bakanın direktif ve emirleri yönünde, Bakanlığın amaç ve politikalarına, kalkınma planlarına ve yıllık programlara, mevzuat hükümlerine uygun olarak düzenler ve yürütür. Bu amaçla Bakanlık Teftiş Kurulu hariç Bakanlığın tüm birim ve kuruluşlarına gereken emirleri verir ve bunların uygulanmasını gözetir ve sağlar.
Müsteşar, yukarıda belirtilen hizmetlerin yürütülmesinden Bakana karşı sorumludur.

Müsteşar yardımcıları:

Madde 7 - Bakanlıkta ana hizmet birimleri ve danışma ve yardımcı birimlerin yönetim ve koordinasyonunda Müsteşara yardımcı olmak üzere üç Müsteşar Yardımcısı görevlendirilebilir.

İKİNCİ BÖLÜM

Ana Hizmet Birimleri

Ana Hizmet Birimleri :

Madde 8 - Sağlık Bakanlığındaki ana hizmet birimleri şunlardır:

- a) Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü,
- b) Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü,
- c) İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü,
- d) Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü,
- e) Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü.
- f) Sıtma Savaşı Dairesi Başkanlığı,
- g) Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı,
- h) Kanserele Savaş Dairesi Başkanlığı,
- ı) (Değişik : 14/4/1989 - KHK - 367/11 md.) Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı,
- i) (Ek: 14/4/1989 - KHK - 367/11 md.; Ek: 14/3/1991-3703/21 md.) Avrupa Topluluğu Koordinasyon Dairesi Başkanlığı.

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü :

Madde 9 - Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün görevleri şunlardır:

- a) (Değişik: 8/6/1984 - KHK - 210/1 md.) Toplum sağlığını ilgilendiren her türlü koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamak, bu hizmetlere halkın katkı ve iştirakini temin etmek,
- b) Bulaşıcı, salgın, sosyal ve dejeneratif hastalıklarla mücadele ile aşılama ve bağışıklık hizmetlerini yürütmek,
- c) (Değişik: 8/6/1984 - KHK - 210/1 md.) Sağlıklı çevre temin etmek amacıyla çevre sağlığını ilgilendiren her türlü tedbiri almak ve aldırarak ve gayrisihhi müesseselerin halkın sağlığına

- zarar vermesini engellemek ve gerekli denetimlerini yapmak,
- d) Yenilecek ve içilecek tüm gıda maddeleri ile toplum sağlığını ilgilendiren eşya ve levazımı sağlık yönünden kontrol ve denetimlerini yapmak ve gerekli hallerde izin vermek,
- e) İçilecek ve kullanılacak nitelikte su temini, sıcak ve soğuk hamamlar ile içmeceler tesisi, mezbaha inşaatı, mezarlıklar tesisi, ölü defni ve nakli işleri ve lağım ve mecralar tesisi ile ilgili sağlık düzenlemeleri yapmak ve denetlemek, insan sağlığını tehlikeye düşürecek amillerle mücadele etmek,
- f) Zehirli ve uyuşturucu maddelerle, tıbbi ve hayati müstahzarları, insan sağlığında kullanılan her cins serum ve aşıları, bunların yapıldığı ve satıldığı yerleri denetlemek,
- g) Sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması çalışmalarını yürütmek, sağlık ocaklarının yataklı tedavi kurumları ile işbirliğini düzenlemek,
- h) Sanatlarını serbest olarak icra eden tabip ve tababet mensuplarının hizmetlerinin ve işlerinin sağlık ve teknik denetimini yapmak, ücret tarifelerini tespit etmek,
- i) Bakanlıkça verilen benzeri görevleri yapmak.

Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü :

Madde 10 - Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünün görevleri şunlardır :

- a) Bakanlığa bağlı yataklı tedavi kurumları ile bu kurumlara bağlı sağlık kuruluşlarını açmak, kapasitelerini artırmak, mali, idari ve teknik her türlü işlemlerini düzenlemek, takip etmek, yürütmek ve gerektiğinde bunları kapatmak.
- b) Milli Savunma Bakanlığına bağlı yataklı tedavi kurumları dışında kalan genel ve katma bütçeli kamu kuruluşlarına, özel sektöre, yabancılara ve azınlıklara, ait yataklı tedavi kurumlarına açılış ruhsatı vermek, gerekenlerin yatak ve tedavi ücret tarifelerini tesbit ve tasdik etmek, bu kurumların fiziki yapılarını tetkik etmek ve gerektiğinde çalışmalarını yasaklamak,
- c) Memleketin ihtiyacı olan kan ve kan ürünlerini sağlamak için kan merkezi ve istasyonları açmak, açtırmak, denetlemek ve gerektiğinde kapatmak,
- d) Bakanlıkça verilen benzeri görevleri yapmak.

İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü :

Madde 11 - İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğünün görevleri şunlardır :

- a) Sağlık hizmetlerinde kullanılacak ilaçların imalini, ithalini ve piyasaya arz şekillerini izne bağlamak, ilaçların kaliteli olarak uygun fiyatlarla ve sürekli bir şekilde halka ulaşmasını sağlamak, bu amaçla gerekli kontrolleri yapmak,
- b) (Değişik: 8/6/1984 - KHK - 210/2 md.) Farmasötik ve tıbbi madde ve müstahzar üreten yerlerin, dağıtım ve depolama üniteleri ile eczanelerin açılış ve çalışmalarının esaslarını tespit etmek, gerekli denetimleri yapmak,
- c) Uyuşturucu ve psikotrop maddelerin ithal, imal, ihraç ve yurtiçi tüketiminin esaslarını tesbit etmek ve denetlemek,
- d) Türk farmakopesi (Kodeksi) ile değişiklik ve eklerinin yürürlüğe girmesini sağlamak,
- e) Bakanlıkça verilen benzeri görevleri yapmak.

Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü :

Madde 12 - Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğünün görevleri şunlardır:

- a) Sağlık meslek eğitimini, Türk Milli Eğitim Temel Kanunu ve mesleğin özel ve genel amaçları doğrultusunda yürütmek,
- b) Sağlık personeli yetiştirmek üzere orta ve yüksek dereceli okulların açılması için gerekli plan ve programların yapılması ve okulların açılması ile ilgili işlemleri yürütmek,
- c) Türk Silahlı Kuvvetlerine ait olanlar hariç, Bakanlık dışı özel ve resmi kurumlarca açılması planlanan orta dereceli sağlık meslek okullarının açılış hazırlıklarını incelemek, incelettirmek ve değerlendirmek, açılmış bulunanların mesleki eğitim yönünden denetimlerini yapmak,
- d) Sağlık meslek eğitimini geliştirici, bilimsel ve teknolojik gelişmelere paralel hale getirici, etkinliğini artırıcı tedbirleri almak, araştırmalar yapmak veya yaptırmak, alınacak sonuçları değerlendirmek,
- e) Eğitimde kullanılan metot ve tekniklerin uygulama usullerini tesbit etmek, eğitimin standardizasyonunu sağlamak ve gerekli araç, gereç ile diğer imkanları temin etmek veya ettirmek,
- f) Mevcut ders programlarının geliştirilmesi, yeni açılacak bölüm veya okullar için ders programı hazırlanması, eğitimle ilgili mevzuatın geliştirilmesi, değiştirilmesi veya yeniden hazırlanması, yurtiçi ve yurtdışı mesleki okullardan mezun olanların diplomalarının tetkiki, tescil ve işlemlerinin yürütülmesini sağlamak,
- g) Bakanlığın yayın hizmetlerini düzenlemek, yürütmek.

- h) (Ek: 8/6/1984 - KHK 210/3 md.) Halk sağılığı eğitimini düzenlemek ve yürütmek,
i) Bakanlıkça verilen benzeri görevleri yapmak.

Ana Çocuk Sağılığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü :

Madde 13 - Ana Çocuk Sağılığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğünün görevleri şunlardır:

- a) Ana Çocuk sağılığı ve aile planlaması hizmetleri ile ilgili hedefleri belirlemek, bu hedefler doğrultusunda çalışma plan ve programları hazırlamak ve uygulamaya koymak,
- b) Annenin ve çocuğun beden ve ruh sağılığının korunmasını ve evli kadınların doğum öncesi ve sonraki bakımlarını sağlamak,
- c) Bakanlıkça verilen benzeri görevleri yapmak.

Sıtma Savaşı Dairesi Başkanlığı:

Madde 14 - Sıtma Savaşı Dairesi Başkanlığının görevleri şunlardır:

- a) Sıtma mücadelesi hizmetlerinin etkin bir şekilde yapılmasını sağlamak üzere hizmetin gerektirdiği plan ve programların, politikaların tesbitine yardımcı olmak ve uygulamak,
- b) Sıtma hastalığının önlenmesine katkı sağlamak amacı ile milletlerarası ve yurt içindeki ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliğinde bulunmak,
- c) Bakanlıkça verilen benzeri görevleri yapmak.

Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı:

Madde 15 - Verem Savaşı Dairesi Başkanlığının görevleri şunlardır:

- a) Verem savaşı hizmetlerinin etkin bir şekilde yapılmasını sağlamak üzere, hizmetin gerektirdiği plan, program ve politikaların tesbitine yardımcı olmak ve uygulamak,
- b) Ülkemizde veremin yayılmasına karşı koruyucu her türlü tedbiri almak, hastaların kontrol ve tedavi altında bulunmalarını sağlamak,
- c) Fertlerin, organize toplulukların, hasta ve çevresinin eğitimini yapmak,
- d) Bakanlıkça verilen benzeri görevleri yapmak.

Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı:

Madde 16 - Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığının görevleri şunlardır:

- a) Tespit edilen politika ve hedeflere uygun olarak kanserle savaş hizmetlerini planlamak, uygulamak ve bu hizmetlerin organizasyonunu sağlamak,
- b) Kanserle ilgili her türlü istatistiki bilgileri toplamak, araştırma ve incelemeler yapmak, yaptırmak ve özendirmek, kanserle savaşta gerekli koruyucu ve tedavi edici hizmetleri, bu bilgilere, araştırma ve inceleme sonuçlarına göre değerlendirmek, alınması gerekli tedbirleri tespit etmek, uygulamak ve uygulatmak,
- c) Kanserle savaş için sağılık tesisleri kurmak ve kurdurmak,
- d) Kanserle savaş alanında hizmet veren veya çalışmalarda bulunan kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek ve özel hukuk tüzel kişileri ve gönüllü kuruluşlarca açılacak sağılık tesis ve kuruluşlarının tespit edilecek standartlar içinde açılışlarına izin vermek, faaliyetlerini denetlemek ve yönlendirmek,
- e) Kanserle savaş hizmetlerine halkın gönüllü iştiraki ve yardımını sağlamak, bu konuda gerçek ve tüzel kişiler ve gönüllü kuruluşlarla işbirliği yapmak ve imkanlar ölçüsünde bunlara yardımda bulunmak ve yol göstermek,
- f) Kanserle savaşta görev alacak personelin yetiştirilmesi konusunda gerekli tedbirleri tespit etmek ve bu tedbirleri uygulamak ve uygulatmak,
- g) Kanserle savaş konusunda halkın eğitimi için gerekli hizmetleri diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği yaparak yürütmek,
- h) Bakanlıkça verilen diğer görevleri yapmak.

Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı:

Madde 17 - Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığının Görevleri şunlardır:

- a) Birleşmiş Milletler ve milletlerarası diğer çeşitli kuruluşlar ile Bakanlık arasında sağılık alanında yapılacak anlaşmalar ile ilgili çalışmalarını düzenlemek,
- b) Dış ilişkilerin gereği olarak kongre, konferans ve toplantılar düzenlemek, dış burs ve kurslara araç, gereç ve teknik yardımları sağlamak,
- c) (Değişik: 14/4/1989 - KHK - 367/11 md.; Ek: 14/3/1991-3703/21 md.) (1)
Bakanlığın yabancı ülkelerle olan ilişkilerini düzenlemek ve konu ile ilgili hizmetleri yürütmek,
- d) Bakanlıkça verilen benzeri görevleri yapmak,

Avrupa Topluluğu Koordinasyon Dairesi Başkanlığı

Madde 17/A - (Ek: 14/4/1989-KHK-367/11 md.; Ek: 14/3/1991-3703/21 md.)

Avrupa Topluluğu Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, Bakanlığın görev ve faaliyet alanına giren konularda, Avrupa Topluluğu ile ilgili konularda koordinasyonu sağlar. Avrupa Topluluğu ile görevli Devlet Bakanlığının koordinasyon çalışmalarına yardımcı olur, bu alanda Hükümetin genel politikasını uygulamaya yönelik tedbirleri alır, uyum ve uygulama çalışmaları ile ilgili işleri yürütür.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Danışma ve Denetim Birimleri

Danışma ve Denetim Birimleri:

Madde 18 - (Değişik: 8/6/1984 - KHK - 210/4 md.)

Sağlık Bakanlığı merkez kuruluşundaki danışma ve denetim birimleri şunlardır:

- a) Teftiş Kurulu Başkanlığı,
- b) Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı,
- c) Hukuk Müşavirliği,
- d) Bakanlık Müşavirleri,
- e) Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliği,

Teftiş Kurulu Başkanlığı:

Madde 19 - Teftiş Kurulu Başkanlığı Bakanın emri veya onayı üzerine Bakan adına aşağıdaki görevleri yapar:

- a) Bakanlık teşkilatı ile Bakanlığa bağlı kuruluşların her türlü faaliyet ve işleriyle ilgili olarak teftiş, inceleme ve soruşturma işlerini yürütmek,
- b) Bakanlığın amaçlarını daha iyi gerçekleştirmek, mevzuata plan ve programa uygun çalışmasını temin etmek amacıyla gerekli teklifleri hazırlamak ve Bakan'a sunmak,
- c) Özel kanunlarla verilen diğer görevleri yürütmek.

Teftiş Kurulunun ve müfettişlerinin görev, yetki ve sorumlulukları ile çalışma ve usulleri tüzükle düzenlenir.

Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı:

Madde 20 - (Değişik: 8/6/1984 - KHK - 210/5 md.)

Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığının görevleri şunlardır:

- a) Bakanlığa Hükümet programı, kalkınma planları, yıllık programlar, Bakanlar Kurulu Kararları ve milli güvenlik siyaseti çerçevesinde verilen emir ve görevlerin yerine getirilmesi için çalışma esaslarını tesbit etmek, bu esaslara uygun olarak bakanlığın ana hizmet politikasının ve planlarının hazırlanmasına yardımcı olmak,
- b) Uzun vadeli planlarla, kalkınma planlarında ve yıllık programlarda öncelikle yer alması gerekli görülen hizmet ve tedbirlerin ve bunlarla ilgili temel politikaların ilmi araştırma esaslarına göre tesbitini sağlamak, bakanın onayını aldıktan sonra Devlet Planlama Teşkilatına göndermek,
- c) Hizmet ve faaliyetlerin ekonomik ve etkin bir şekilde yerine getirilmesi için insan, para ve malzeme gibi mevcut kaynakların en uygun ve verimli bir şekilde kullanılmasını sağlamak üzere Bakanlık bütçesini plan ve program esaslarına göre hazırlamak ve uygulamasını takip etmek,
- d) Bakanlık yıllık çalışma programlarını hazırlamak, bakanlık hizmetleriyle ilgili gerekli istatistikleri toplamak ve değerlendirmek,
- e) Kalkınma plan ve programları ile Bakanlık yıllık çalışma programlarının uygulanmaları sırasında, Bakanlık teşkilatında ortaya çıkan çözümlenmesi gereken güçlükleri, aksaklıkları ve tikanlıkları bakanlık veya bakanlıklarası seviyede giderici tedbirleri tesbit ederek makama sunmak, organizasyon ve metod hizmetlerini yürütmek,
- f) Planlama ve koordinasyon konularında verilen diğer görevleri yerine getirmek, yıllık çalışma programlarının yürütülmesini takip etmek,
- g) Kanun, tüzük ve yönetmelik tasarıları ile Kanun teklifleri hakkında bakanlık görüşünün tesbitine yardımcı olmak,
- h) Bakanlığın tarihçesini hazırlamak,
- ı) Bakan tarafından verilen konularda araştırma ve inceleme yapmak ve diğer hizmetleri yürütmek.

Hukuk Müşavirliği:**Madde 21** - Hukuk Müşavirliğinin görevleri şunlardır:

- a) Bakanlığın diğer birimlerinden sorulan hukuki konular ile hukuki, mali, cezai sonuçlar doğuracak işlemler hakkında görüş bildirmek,
- b) Bakanlığın menfaatlerini koruyucu, anlaşmazlıkları önleyici hukuki tedbirleri zamanında almak, anlaşma ve sözleşmelerin bu esaslara uygun olarak yapılmasına yardımcı olmak,
- c) 8 Ocak 1943 tarih ve 4353 sayılı kanun hükümlerine göre adli ve idari davalarda gerekli bilgileri hazırlamak ve hazineyi ilgilendirmeyen idari davalarda Bakanlığı temsil etmek,
- d) Bakanlığın amaçlarını daha iyi gerçekleştirmek, mevzuata plan ve programa uygun çalışmasını temin etmek amacıyla gerekli hukuki teklifleri hazırlamak ve Bakana sunmak,
- e) Bakanlık kuruluşları tarafından hazırlanan veya diğer bakanlıklardan yahut Başbakanlıktan gönderilen kanun, tüzük ve yönetmelik tasarılarını hukuki açıdan inceleyerek görüşlerini bildirmek.

Bakanlık Müşavirleri:**Madde 22** - Bakanlıkta, özel önem ve öncelik taşıyan konularda Bakana yardımcı olmak üzere on (10) bakanlık müşaviri görevlendirilebilir.

Bakanlık Müşavirleri bakanlık makamına bağlıdır.

Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliği:**Madde 22/A** - (Ek: 8/6/1984 - KHK-210/6 md.)

Sağlık Bakanlığında basın ve halkla ilişkilerle ilgili faaliyetleri planlamak ve bu faaliyetlerin belirlenecek usul ve ilkelere göre yürütülmesini sağlamak üzere Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliği teşkil edilebilir.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı ve Soyadı : Mehmet Murat AKBELLEN

Doğum Yeri : İstanbul

Doğum Yılı : 09/06/1964

Medeni hali : Evli

Eğitim Durumu

Lise : Kuleli Askeri Lisesi

Lisans : Kara Harp Okulu

Yükseklisans : S.D.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Bölümü 2006-2007

Yabancı Diller ve Düzeyi

1- İngilizce KPDS : 61

İş Deneyimi

1986-20... Kara Kuvvetleri Komutanlığı'nda Takım, Bölük, Tabur Komutanlığı ve karargah subaylıkları.

Bilimsel Yayınlar ve Çalışmalar

1.....

2.....

Diğer: