

**T.C. BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KAMU YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**DEĞİŞEN DEVLET DÖNÜŞEN SAĞLIK:
KAMU İŞLETMECİLİĞİ ve POLİTİKA TRANSFERİ
BAĞLAMINDA SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Deniz ERSÖZ

Balıkesir, 2010

**T.C. BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KAMU YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**DEĞİŞEN DEVLET DÖNÜŞEN SAĞLIK:
KAMU İŞLETMECİLİĞİ ve POLİTİKA TRANSFERİ
BAĞLAMINDA SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Deniz ERSÖZ

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Gökhan ORHAN**

Balıkesir, 2010

T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

TEZ ONAYI

Enstitümüzün Kamu Yönetimi Anabilim Dalı'nda 200712529004 numaralı Deniz ERSÖZ'ün hazırladığı "Değişen Devlet Dönüşen Sağlık: Kamu İşletmeciliği ve Politika Transferi Bağlamında Sağlıkta Dönüşüm Programı" konulu YÜKSEK LİSANS tezi ile ilgili TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliği uyarınca 03.09.2010 tarihinde yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda tezin onayına OY BİRLİĞİ/OY ÇOKLUĞU ile karar verilmiştir.

Başkan Doç.Dr. Rıza ARSLAN İmza.....

Üye Doç Dr. Gökhan ORHAN İmza.....
Unvanı, Adı-Soyadı (Danışman)

Üye Doç Dr. Serap PALAZ İmza.....
Unvanı, Adı-Soyadı

Üye.....İmza.....
Unvanı, Adı-Soyadı

Üye.....İmza.....
Unvanı, Adı-Soyadı

Üye.....İmza.....
Unvanı, Adı-Soyadı

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduklarını onaylım.

...../...../2010
Enstitü Müdürü
Prof.Dr. Oya AYTEMİZ SEYMEN

ÖNSÖZ

Türkiye'nin sağlık politikası özellikle 1980 yılından sonra ülkemize uluslararası kuruluşlar tarafından verilen reçeteye göre belirlenmeye başlanmıştır. Uygulanmaya başlanmasından bu yana Sağlıkta Dönüşüm Programı da bu sürecin devamı olarak görülmektedir. Bu çalışmayla Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın getirdiği kapsamlı dönüşümleri öneren uluslararası kuruluşların beslendiği Kamu İşletmeciliği Yaklaşımı'nın yayılmasının aracı olarak politika transferine değinilirken, transferin aktörlerine özellikle vurgu yapılacaktır.

Sağlık sektörüne yapılan yatırımları verimsiz olarak niteleyerek bu alanı piyasalaştırmanın sonuçta sağlıksız bir topluma neden olacağı ve makro-ekonomik dengeyi dolayısıyla yine piyasanın kendisini vuracağı unutulmamalıdır. Yurttaşlarına kamu kaynaklarıyla sağlık hizmeti sunmaktan vazgeçen ve serbest piyasanın acımasızlığına terk eden devlet, kendini oluşturan bir bileşeni dolayısıyla da varlığının dayanaklarından birini inkâr etmektedir. Yıllarca sağlık sektöründe çalışmış biri olarak kamusal sağlık hizmeti sunmak için tasarlanan sağlık sistemlerinin birçok kusurlu yanı olduğunu söyleyebilirim. Fakat çözüm onu Kamu İşletmeciliği Yaklaşımı'nın temel silahlarıyla yok etmek yerine toplumsal ve kültürel yapımıza, devlet algımıza daha uygun başka bir yaklaşımla revize etmek olmalıdır.

Bu çalışmayı hazırlamamda ve kamu politikalarına yönelik farklı bir bakış açısı kazanmamda bana yol gösteren hocam ve tez danışmanım "Doç. Dr. Gökhan Orhan'a" anlayışı ve özverisi için teşekkür etmeyi bir borç bilirim. Ayrıca, Yüksek Lisans ders aşamasında Avrupa Birliği'ni tam anlamıyla ilk kez tanımamı sağlayan "Doç. Dr. Rıza Arslan'a", yaşadığım her uyuşmazlıkta ve yaptığım her türlü bilimsel araştırma da emeğini hatırlayacağım "Doç. Dr. Muzaffer Ercan Yılmaz'a" ve tüm çalışma sürem boyunca beni hep anlayışla karşılayan "eşim Nurcan Ersöz'e" teşekkür ediyorum.

Deniz ERSÖZ

ÖZET

DEĞİŞEN DEVLET DÖNÜŞEN SAĞLIK: KAMU İŞLETMECİLİĞİ ve POLİTİKA TRANSFERİ BAĞLAMINDA SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

ERSÖZ, Deniz

Yüksek Lisans, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Gökhan ORHAN

2010, 142 Sayfa

Çalışma, kamu işletmeciliği yaklaşımı ile devletin rolünün değişmesi ve politika transferi ile bu değişimin küresel bir fenomen haline gelmesini Türkiye'nin Sağlıkta Dönüşüm Programı özelinde incelemekte, bu sürece dair yerel ve küresel tespitler sonrasında bir politika önerisinde bulunmaktadır.

Çalışma, giriş ve sonuç kısımları ile birlikte beş başlıktan oluşmaktadır. İlk bölüm çalışmaya giriş niteliğinde hazırlanmıştır. Tüm çalışmanın kuramsal çerçevesi ikinci bölümü oluşturmaktadır. Üçüncü bölüm, çalışmanın araştırma yöntemini içermektedir. Dördüncü bölüm kapsamlı üç ana başlıktan oluşmaktadır. Dördüncü bölümün ilk ana başlığında, Cumhuriyet'in ilanından Sağlıkta Dönüşüm Programı'na kadar olan süreçte Türk Sağlık Politikasında yaşanan değişimler incelenmektedir. Dördüncü bölümün ikinci ana başlığında Sağlıkta Dönüşüm Programı tüm bileşenleri ile ayrıntılı olarak incelenmektedir. Dördüncü bölümün son ana başlığında, Türkiye örneğine yakın şekilde sağlık reformları gerçekleştiren üç ülke ve sağlık sistemleri incelenmektedir. Sonuç bölümü ise tüm çalışmanın genel değerlendirmesinin yanında hem Türkiye hem de refah devleti deneyimi yaşamış diğer tüm ülkelerin sağlık sistemleri için alternatif bir politika önerisini içermektedir.

Özellikle 1980'den bu yana, Kamu işletmeciliği Yaklaşımı çerçevesinde birçok ülkenin sağlık sistemleri az ya da çok değişmektedir. Bu değişimin ana bileşenlerini, özelleştirme, özerkleştirme, desentralizasyon ve deregülasyon oluşturmaktadır. Bu değişim uluslararası kuruluşların aktörlüğünde politika transferi ile yayılmakta fakat her ülke bu değişimi görece kendine uyarlamaktadır. Kamu İşletmeciliği'nin sağlık sistemlerindeki yüksek maliyetleri önleme, daha etkin ve daha etkili sağlık hizmeti sunma vaadi gerçekleşmiş görünmemektedir.

Bu bağlamda 2002 yılından bu yana ülkemizde var olan kararlı siyasi irade, sağlık politikası yapıcıları tarafından bir fırsat olarak görülmelidir. Sisteme koşulsallık ya da zorlama içeren politika transferleri ile yerleştirilen bazı Sağlıkta Dönüşüm Programı bileşenleri, toplumsal ve kültürel yapımıza, devlet algımıza daha uygun olan Yeni Kamu Hizmeti Yaklaşımı kapsamında yeniden tasarlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kamu İşletmeciliği, Politika Transferi, Sağlık Politikası, Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), Yeni Kamu Hizmeti Yaklaşımı, Politika Değişimi

ABSTRACT

THE CHANGING STATE and TRANSFORMATION of HEALTH: EXAMINATION of HEALTH TRANSFORMATION PROGRAMME in the CONTEXT of PUBLIC MANAGEMENT and POLICY TRANSFER

ERSÖZ, Deniz

M.A. Thesis, Department of Public Administration

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Gökhan Orhan

2010, 142 pages

This study aims to analyse Turkey's Health Transformation Programme in the context of changing role of state and introduction of Public Management Approach through policy transfer. It also aims to propose new policies upon the examination of local and global factors that contributed this transformation.

The thesis consists of five chapters including an introduction and a conclusion. The Introduction lays the foundations of the study and acts as a guide to the rest of thesis. The second chapter provides a detailed survey of the theoretical framework of the study. The third chapter focuses on the research methods followed in the study. The fourth chapter consists of three main sections. In the first section of the fourth chapter, changes in the health policy of Turkey are examined from 1920's to the initial phase of Health Transformation Programme. In the second section of the fourth chapter, basic elements of Health Transformation Programme are examined in detail. In the final section of the fourth chapter, the health system reforms of Turkey and other three countries that follow similar reform paths reforms are comparatively analysed. In addition to offering a general evaluation of the study, the conclusion proposes an alternative policy for Turkey and other countries which experienced similar problems.

Since 1980s, a number of countries transformed their health systems within the framework of Public Management. The essential elements of this transformation are privatization, autonomization, decentralization and deregulation. These ideas spread to other countries from international donor institutions through policy transfer, but countries adapted those ideas in parallel to their own priorities. Public Management pledges on prevention of high costs in health systems and provision of more efficient and effective health services do not seemed to be come true.

In this context, single party governments since 2002 have the relevant conditions to reverse existing Health Transformation Programme. Some elements of the Health Transformation Programme, which introduced through conditionality and coercive policy transfer have to be re-appraised within the framework of New Public Service Approach which seems to be more effective in the provision of health services and looks appropriate for Turkish society and culture.

Key Words: Public Management, Policy Transfer, Health Policy, Health Transformation Program, New Public Service, Policy Change

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	III
ÖZET.....	IV
ABSTRACT	VI
ÇİZELGELER LİSTESİ	XII
ŞEKİLLER LİSTESİ	XIII
KISALTMALAR LİSTESİ.....	XIV
1. GİRİŞ.....	1
1.1 Problem.....	3
1.2 Amaç	3
1.3 Önem	3
1.4 Varsayımlar	3
1.5 Sınırlılıklar	4
1.6 Tanımlar	4
1.6.1 Sağlıkta Dönüşüm Programı.....	5
1.6.2 Kamu İşletmeciliği.....	5
1.6.3 Politika Transferi	5
1.6.4 Yeni Kamu Hizmeti Yaklaşımı.....	5
1.6.5 Yeni Sağ.....	5
1.6.6 Liberalizm	6
1.6.7 Neoliberalizm.....	6
1.6.8 Regülasyon- Deregülasyon	6
1.6.9 Desentralizasyon.....	6
1.6.10 Çok Uluslu Şirket.....	6
2. İLGİLİ ALANYAZIN	7

2.1 Kuramsal Çerçeve	7
2.1.1 Minimalist Devlet Dönemi	7
2.1.2 Refah Devleti Dönemi.....	9
2.1.3 Geleneksel Kamu Yönetimi ve Devletin Sağlık Sektöründeki Geleneksel Görevleri	11
2.1.4 Piyasa Temelli Devlet Dönemi	13
2.1.4.1 Organizasyonel Yaklaşım	14
2.1.4.2 İşletmecilik Yaklaşımı	14
2.1.4.3 Politika Yaklaşımı.....	15
2.1.4.4 Uygulama Perspektifi.....	15
2.1.4.5 Politika Ağı Yaklaşımı	16
2.1.4.6 Kamu Tercih Teorisi.....	16
2.1.4.7 Asıl-Vekil Teorisi	17
2.1.4.8 İşlem Maliyetleri Teorisi.....	17
2.1.5 Devletin Değişiminde Kılavuz: Kamu İşletmeciliği Yaklaşımı	18
2.1.5.1 Tanım	18
2.1.5.2 Kamu İşletmeciliği ve Yeni Sağ.....	22
2.1.5.3 Kamu İşletmeciliği'nin Yayılması	24
2.1.6 Politika Transferi ve Sağlık Sektöründe Dönüşüm	26
2.1.6.1 Politika Transferi	28
2.1.6.2 Politika Transferi ile İlişkili Kavramlar ve Politika Transferi Tipleri	29
2.1.6.2.1 Politika yayılması:.....	30
2.1.6.2.2 Politika yakınsaması.....	30
2.1.6.2.3 Ders çıkarma	30
2.1.7 Kamu İşletmeciliği'ne Bir Alternatif: Yeni Kamu Hizmetleri Yaklaşımı	32
2.2 İlgili Araştırmalar	34
2.2.1 Sağlık Sektöründe Politika Transferi	34
2.2.2 Sağlık Politikası Transferinin Nesneleri.....	36
2.2.3 Sağlık Politikası Transferinin Aktörleri	37
2.2.4 Sağlık Politikası Transferinin Kaynağı.....	47
2.2.5 Sağlık Politikası Transferi ve Politika Başarısızlığı	48
3. YÖNTEM	51
3.1 Araştırmanın Modeli	51
3.1.1 Bilgi Toplama Kaynakları.....	52
3.1.2 Bilgilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi.....	52

4. BULGULAR VE YORUM	53
4.1 Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları ve Değişim.....	53
4.1.1 1920-1938 Dönemi Sağlık Politikaları.....	53
4.1.2 1938-1960 Dönemi Sağlık Politikaları.....	54
4.1.3 1960-1983 Dönemi Sağlık Politikaları.....	56
4.1.3.1 Sağlık Hizmetlerinin “Sosyalleştirilmesi”nden Ne Anlaşılmalıdır?.....	57
4.1.3.2 Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963–1967).....	57
4.1.3.3 İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968–1972).....	58
4.1.3.4 Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973–1978).....	58
4.1.3.5 Alma Ata Deklarasyonu	59
4.1.3.6 Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979–1983)	60
4.1.3.7 24 Ocak 1980 Kararları ve Sonrası.....	61
4.1.4 1983- 2003 Dönemi Sağlık Politikaları.....	65
4.1.4.1 Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Dönemi (1985-1989)	67
4.1.4.2 Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı Dönemi (1990-1994).....	70
4.1.4.3 Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000) ve Ak Parti İktidarına Kadar Olan Dönem (2000-2002)	73
4.2 Sağlıkta Dönüşüm Programı.....	79
4.2.1 AK Parti ve Sağlıkta Dönüşüm Programı.....	79
4.2.2 Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel İlkeleri ve Amacı	82
4.2.3 Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel Bileşenleri	83
4.2.4 Sağlıkta Dönüşüm Programının Aşamaları ve Uygulaması.....	85
4.2.4.1 Sağlık Bakanlığı’nın Yeniden Yapılandırılması.....	85
4.2.4.2 Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortasının Kurulması ve Özel Sigortacılığın Teşviki.....	89
4.2.4.3 Kamu Hastanelerine İdari ve Mali Özerklik Tanımak ve Özel Hastanelerin Teşviki	92
4.2.4.4 Aile Hekimliği Sistemi ve Etkili Bir Sevk Sistemi Kurmak.....	95
4.2.4.5 Bilgi ve Beceri İle Donatılmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü	99
4.2.5 Değişen Sağlık Politikasının Tek Değişmeyen Unsuru: Artan Sağlık Harcamaları	102
4.3 Seçilmiş Ülke Örnekleri ile Değişen Sağlık Sektörü.....	104
4.3.1 Birleşik Krallık	105
4.3.2 Hollanda.....	107

4.3.3 Yeni Zelanda	111
4.3.4 Türkiye ve Seçilmiş Ülkelerin Karşılaştırılması	113
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	122
5.1 Sonuçlar	122
5.2 Öneriler.....	126
KAYNAKÇA	128
EKLER.....	140

ÇİZELGELER LİSTESİ

Sayfa No

ÇİZELGE 1. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROJESİ'NDEN ÖNCE UYGULANAN DÜNYA BANKASI DESTEKLİ SAĞLIK PROJELERİ.....	75
ÇİZELGE 2. 58. HÜKÜMET ACİL EYLEM PLANI SAĞLIK POLİTİKASI ÖNCELİKLERİ	80
ÇİZELGE 3. 2003-2009 YILLARI ARASINDA SGK'YA YAPILAN BÜTÇE TRANSFERLERİ	96
ÇİZELGE 4. 2009 YILI SGK GELİR VE GİDER DENGESİ.....	96

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No

ŞEKİL 1. 2000 YILI GSYİH FİYATLARIYLA TOPLAM SAĞLIK HARCAMALARI (1984 – 2002).....	78
ŞEKİL 2. SAĞLIK HARCAMALARININ (TOPLAM, KAMU, ÖZEL) 2000 YILI GSYİH FİYATLARINA GÖRE YILLIK ORTALAMA ARTIŞI (%).....	78
ŞEKİL 3. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI'NIN AŞAMALARI	85
ŞEKİL 4. SAĞLIK BAKANLIĞI'NIN BAŞLICA GÖREV ALANLARI VE İLİŞKİLERİ	88
ŞEKİL 5. TÜRKİYE'DE KAYIT DIŞI İSTİHDAMIN YAPISI	91
ŞEKİL 6. 2009 YILI TEDAVİ GİDERLERİNDE SAĞLIK KURUMLARININ PAYLARI.....	97
ŞEKİL 7. SAĞLIK BAKANLIĞI'NDA DEĞİŞEN İSTİHDAM BİÇİMLERİ.....	100
ŞEKİL 8. OECD ÜLKELERİNDE SAĞLIK HARCAMALARI ARTIŞI - GSYİH ARTIŞI KARŞILAŞTIRMASI	103
ŞEKİL 9. YENİ ZELANDA'DA 15 YILDA GERÇEKLEŞTİRİLEN YAPISAL SAĞLIK REFORMLARI	112
ŞEKİL 10. 1984'TEN GÜNÜMÜZE KARŞILAŞTIRMALI TOPLAM SAĞLIK HARCAMALARI	117
ŞEKİL 11. 1984'TEN GÜNÜMÜZE SEÇİLMİŞ ÜLKELERDE DOĞUŞTAN YAŞAM BEKLENTİSİ	117
ŞEKİL 12. 1984'TEN GÜNÜMÜZE SEÇİLMİŞ ÜLKELERDE BEBEK ÖLÜM SAYISI (HER 1000 BEBEKTE).....	118

KISALTMALAR LİSTESİ

AB	Avrupa Birliği
AEP	Acil Eylem Planı
AHS	Aile Hekimliği Sistemi
ANAP	Anavatan Partisi
ÇSGB	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
ÇUŞ	Çok Uluslu Şirketler
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
DYP	Doğru Yol Partisi
GATS	Hizmetler Üzerine Genel Ticaret Anlaşması
GOÜ	Gelişmekte Olan Ülkeler
GSS	Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	Gayri-Safi Yurtiçi Hasıla
IMF	Uluslararası Para Fonu
OECD	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı
SB	Sağlık Bakanlığı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SHP	Sosyal Demokrat Halkçı Parti
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
SUT	Sağlık Uygulama Tebliği
TRIPS	Entelektüel Mülkiyet Haklarının Ticaret ile İlgili Yönleri Protokolü
TTB	Türk Tabipler Birliği
UNDP	Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı
UNICEF	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

1. GİRİŞ

Sağlık, kaybetmedikçe önemi anlaşılmasa da, tüm insanlık için paha biçilmez bir değere sahiptir. Sağlığın değeri her ne kadar insanlık tarafından yeterince fark edilememiş olsa da, kapitalist zihniyet tarafından kaybedildiğinde yarattığı ekonomik değer fark edilmesi pek de yeni bir olgu değildir.

Sağlık piyasasına bir kapitalist gözüyle bakıldığında ilk dikkat çeken, talep eden ile arz eden arasındaki asimetrik bilgi düzeyidir. Bu durum ise arzın, kendi talep düzeyini belirleme gücüne sahip olduğu aksak ve kârlı bir piyasayı ortaya çıkarmaktadır. Bu piyasaya giriş için ise tek engel, “halk içinde itibarı” olan devletler ve onların sosyal refah uygulamalarıdır. Aslında tüm halk kesimlerinin yararlandığı sosyal refah uygulamaları ve onun en önemli bileşeni olan sağlıklı yaşama hakkı, endüstri devrimini takip eden süreçte emek sahiplerinin mücadelesi ile II. Dünya Savaşı'nın yarattığı olumsuz koşulların etkisiyle tanınmış ve devlet tüm yurttaşlarına bu hizmetleri büyük oranda sunmayı kendi görevi olarak kabul etmiştir. 1929'daki Büyük Bunalım öncesi klasik liberal politikalar hâkimken 1970'lere kadar geçen yaklaşık 40 yıllık süreçte Keynesyen politikalarla müdahaleci devlete daha çok önem ve görev atfedilmiştir. 1930'larda devlet müdahalesinin piyasaya dahil olmasıyla varlığını sürdüren piyasa sistemi, 1970'lere gelindiğinde kronik yüksek enflasyon ve işsizliğin sorumlusunu piyasanın çok fazla içinde olan devlet olarak göstermiştir. Kapitalizm, her krizinde kendini yeniden yapılandırmaktadır. Bu yeniden yapılandırılmada yapılması gereken de basittir: Artık, devlete, daha az itibarlı bir rol verilmelidir!

Bu bağlamda yeniden yapılandırmada rol alacak yeni yaklaşımın ekonomik yönünü neoliberal politikalar oluşturmaktadır. Siyasal arenadaki başat

aktörleri Birleşik Devletler’de R. Reagan, Büyük Britanya’da M. Thatcher hükümetlerinin oluşturduğu neoliberalizmin özü itibariyle klasik liberalizmden temel ve hatta tek ayrımı: Sömürgeciliğin, eskiden olduğu gibi “hegemonik iktidarlar” yerine, küreselleşmenin oluşturduğu “küçük köy”ün, ulus devletlerin sınırlarını müphemleştirmesinden yararlanan Çok Uluslu Şirketlere (ÇUŞ) kaymasıdır. Bu politika değişiminin gerçekleştirilmesi ve küresel ölçekte yayılmasında başlıca görev ise Dünya Bankası, Uluslararası Para Fonu (IMF) ile Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı’na (OECD) verilmiştir. “İkiz kardeşler” Dünya Bankası ve IMF, bu görevi yerine getirirken sırasıyla kamu hizmetlerini piyasaya açmak şartını içeren yapısal uyarlamalar için verdikleri koşullu kredileri ve ulusal hükümetlerin politika yapma kapasitesini oldukça sınırlandıran Stand-by anlaşmaları ile verilen borçları araç olarak seçmişlerdir. OECD ise daha çok ikiz kardeşlerin uygulamalarına duyulan tepkileri azaltmak ve sivil toplumu yönetimde söz sahibi kılmak argümanı ile ortaya çıkan “yönetişim” uygulamaları ile rol almaya başlamıştır.

1980’li yıllardan itibaren borç krizi yaşayan hemen her ülkede devlet tarafından sunulan kamu hizmetlerinin verimsiz ve pahalı olduğu söylemi sloganlaştırılmıştır. Sunulan reçete ise: Devletin, bu alanlardan çekilerek bu hizmetleri daha etkin, daha etkili ve daha ucuza sunabilecek, rekabet ve fiyat esasına göre çalışan serbest piyasaya bu hizmetleri sunması için, fırsat tanınmasını sağlayacak bir politika değişimini kabul etmesidir.

Türkiye de değişimin halen yaşanmakta olduğu, özellikle son yedi yılda sağlık sektöründe yapısal ve finansal alanlarda dönüşümlere tanıklık edilen gelişmekte olan ülkeler arasında yer almaktadır. Türkiye’nin sağlık politikasında değişimin ilk belirtileri, 24 Ocak 1980 kararlarının satır aralarında okunabilmektedir. Ama somut önerilerin getirilmesi Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) öncülüğünde İngiliz menşeli bir danışmanlık firmasına hazırlatılan “Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü”nün 1990 yılında yayınlanması ile başlamaktadır. Bu süreci takip eden girişimler ülkenin yaşadığı siyasal istikrarsızlıklar nedeniyle ya somut bir reform paketi haline getirilememiş ya da kabul görmemiştir. 2002 genel seçimleri sağlık sektöründe politika değişimi için ikinci milat sayılabilir. Bu dönemde,

seçimlerin gcl tek parti iktidarı ile sonuçlanması reformların vazgeçilmez gereksinimi olan gcl siyasal desteği sağlamış görünmektedir. 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) Cumhuriyet tarihimizin en kapsamlı sağlık politikası değişimini içeren bir reform paketi olarak halen uygulanmaktadır.

1.1 Problem

Çalışmanın temel problemi Türkiye’de SDP’nin ortaya çıkışının: Sağlık sektöründe yurtiçi taleplere bağlı yeniden düzenleme anlamında reformasyon ihtiyaı mı; yoksa daha çok yurtdişı baskılara bağlı sosyal devlet uygulamalarının deformasyonunu sağlamak amacı mı olduğudur.

1.2 Amaç

Odağını SDP’nin 30 Haziran 2009’da tamamlanan birinci fazının oluşturduğu çalışma, mevcut sağlık politikasında 1980’lerden itibaren başlayan değişimin nedenlerinin, bu değişimin altında yatan yerel ve uluslararası dinamiklerin, bu değişimi sağlayan araçların betimlenerek ortaya konmasını amaçlamaktadır. Çalışmada durum, olgu ve araçları tanımlamaktan bir adım öteye gidilerek elde edilen tanımların sonuca götüren araçlar olduğu algısıyla derinlemesine bir analizle bunların altında yatan imaların, referanslarının nereden olduğu vurgulanmaya çalışılacaktır.

1.3 nem

Mevcut durumun derinlemesine analizini ve geleceğe yönelik politika tavsiyesini barındıran çalışmanın yapıcı-eleştirel doğasının yurttaş yönelimli bir sağlık politikası oluşturulmasına az da olsa yapabileceği kuramsal katkı çalışmanın önemliliğini oluşturmaktadır.

1.4 Varsayımlar

Her kamu politikası alanı gibi kamusal sağlık hizmetleri sunumuna yönelik sağlık politikası da bu değişimden kaçınılmaz olarak etkilenmiştir. Küresel

ölçekli olan bu etkilenmenin siyasal boyutu Yeni Sağ'ın, ekonomik boyutu ise neoliberal politikaların yükselişi ile ilgilidir. Sağlık sektöründe refah devleti uygulamalarını içeren paradigmadan, kamusal tarafın hizmet sunumunda yer almadığı, sahip olduğu tesislerin özelleştirildiği/özerkleştirildiği ve böylece piyasa mantığının hakimiyeti ile herkese "ihtiyacı kadar değil ödeyebildiği kadar" hizmetin sunulduğu, daha etkin ve verimli hizmetlerin daha ucuza mal edilmesi gerekçesiyle sisteme entegre edilen rekabetin hizmet sunucularını toplumsal fayda yerine kişisel kâr güdüsüyle hareket etmeye zorladığı, sektör çalışanlarının iş güvencesinden yoksun bırakıldıkları, sistemin açıklarını kapatma görevinin sağlık bütçesini zayıflatan ilaç kartelleri ile mücadele yerine vergisini ve sosyal güvenlik primlerini ödemesine rağmen hizmet almak için hizmet başına da katkı payları ödemek zorunda bırakılan vatandaşların sırtına yüklendiği, ÇUŞ'ların ve IMF, Dünya Bankası, OECD gibi uluslararası kuruluşların sağlık politikası tayininde asli görevi politika belirlemek olan kurumlardan daha etkin oldukları Kamu İşletmeciliği paradigmasına geçildiği belirtilmektedir. Sağlık sektöründe yaşanan değişime, mevcut politik ve ekonomik yapısıyla, halen direnebilen ülkeler olsa da; bu değişim sürecini tamamlamış ya da halen yaşayan ülkeler çoğunluktadır.

1.5 Sınırlılıklar

Türkiye'nin sağlık reformu sürecinin tamamlanmamış olması bu çalışmanın sınırlılıklarından birini oluşturmaktadır. Süreç bu çalışmanın hazırlanması sırasında mali kaynak yetersizliği nedeniyle kesilme tehlikesi yaşamış (örneğin Haziran 2008), bunun yanında sürecin ana bileşenlerini kurgulayan yasalar ya da yönetmelikler defalarca yargı mercilerince yürütmesi durdurulmuş, bazıları da iptal edilmiştir. Ayrıca literatürde uluslararası kuruluşlar ile Sağlık Bakanlığı yayınları dışında SDP'yi destekleyen ya da en azından ılımlı eleştiriler yönelten yayınların neredeyse olmaması bu çalışma için hem bir sınırlılık hem de bir fırsattır. Çalışma bu bağlamda literatüre katkı yapabilecektir.

1.6 Tanımlar

Çalışma boyunca sıklıkla tekrarlanacak; SDP, Kamu İşletmeciliği Yaklaşımı, Politika Transferi, Kamu Hizmeti Yaklaşımı, Yeni Sağ, Liberalizm - Neoliberalizm gibi anahtar kavramlara ilişkin tanımlar aşağıda sıralanmıştır.

1.6.1 Sağlıkta Dönüşüm Programı

2003 yılı başında hazırlanarak kamuoyuna duyurulan, sosyalizasyon başta olmak üzere geçmiş birikim ve tecrübelerden, son dönemlerde yürütülen sağlık reformu çalışmalarından ve dünyadaki başarılı örneklerden ilham alınarak hazırlanan sağlık sektörü reform programıdır (Akdağ, 2007:18).

1.6.2 Kamu İşletmeciliği

Özel sektör yönetim tekniklerinin devlet tarafından uygulanmasını içeren yaklaşımdır (Buse, Mays ve Walt, 2005:47).

1.6.3 Politika Transferi

Dolowitz ve Marsh'a göre politika transferi "belirli bir zaman ve/veya yerdeki kurumlar, yönetsel düzenlemeler, politikalar hakkındaki bilginin, bir başka yer ve/veya zamanda kurumların, yönetsel düzenlemelerin, politikaların geliştirilmesinde kullanıldığı süreçtir" (1996:344).

1.6.4 Yeni Kamu Hizmeti Yaklaşımı

Yeni Kamu Hizmeti Yaklaşımı "kamu yönetiminde demokratik değerleri, yurttaşlığı, kamu çıkarı/yararı odaklı kamu hizmetini savunmaktadır" (Zengin,2009:30).

1.6.5 Yeni Sağ

Devletin küçültülmesi ile devletin faaliyet alanına giren iktisadi, siyasi ve toplumsal faaliyetlerin mümkün olduğunca piyasa dâhilinde düşünülmesini böylece piyasa aracılığı ile bireylerin girişim ve tercih serbestliklerinin artacağını savunan liberal kabuller ile muhafazakâr eğilimlerin sentezlendiği ideolojidir (Özalp,2008:111-112; Zengin,2009:6) .

1.6.6 Liberalizm

Liberalizm 1776'da Adam Smith'in Ulusların Zenginliği kitabıyla Avrupa'da meşhur olan Liberal Ekonomi Okulu'nun ekonomik meselelere devlet müdahalesinin engellenmesini savunan; üretimde kısıtlama, ticarete sınırlama ve gümrük vergisi olmaksızın oluşacak bir serbest ticaret piyasasının ulusların kalkınması için en iyi yol olduğunu öne süren, birey odaklı, serbest girişim ve serbest rekabeti özendiren bir ekonomik ideolojidir (Martinez ve Garcia,1997).

1.6.7 Neoliberalizm

Neoliberalizm son 25 yıldan bu yana yaygın hale gelen bir takım ekonomi politikalarıdır. *Neo* ön takısıyla kastedilen yeni bir çeşit liberalizm olduğudur. Bu yeni çeşit liberalizmin temel noktalarını: Piyasa yönlendiriciliği, sosyal politika alanlarına yapılan harcamaların azaltılması, deregölasyon, özelleştirme, Kamusal mal ve hizmet kavramlarının ortadan kaldırılması oluşturmaktadır (Martinez ve Garcia,1997) .

1.6.8 Regölasyon- Deregölasyon

Kural ve standartların uygulanması için devlet müdahalesi regölasyon aksi ise deregölasyon kavramına karşılık gelir (Buse, Mays ve Walt, 2005:48).

1.6.9 Desentralizasyon

Yetki ve sorumlulukların merkezi idareden konumları güçlendirilen yerel otoritelere aktarılmasıdır (Buse, Mays ve Walt, 2005:47)

1.6.10 Çok Uluslu Şirket

Birden fazla ülkede kendi örgütü bulunan ve faaliyet gösteren firmalardır (Buse, Mays ve Walt, 2005:48).

2. İLGİLİ ALANYAZIN

Kuramsal çerçeveyi ve ilgili araştırmaları sunan bu bölüm iki ana başlıktan oluşmaktadır. İlk ana başlık kuramsal çerçeveyi, ikinci ana başlık ilgili araştırmaları sunmaktadır.

2.1 Kuramsal Çerçeve

Bu ana başlık üç alt başlıktan oluşmaktadır. İlk alt başlıkta, *devletin değişen rolü ve kamu işletmeciliği* bağlamında Klasik Liberalizm'in minimalist devlet tasarımını da içerecek şekilde, Keynesyen müdahaleci politikalarla şekillenen refah devleti paradigmasının ve geleneksel kamu yönetiminin nasıl değiştiği incelenerek teorik bir çerçeve sunulacaktır. İkinci alt başlıkta, genelde kamusal mal ve hizmet sunumu, özelde ise sağlık hizmeti sunumu açısından, devlet aygıtının küresel ölçekte yeniden tanımlanması sürecine yani değişimin nasıl yayıldığına, aktörlerine ve sağlık sektöründe yaşanan küresel dönüşümlere değinilecektir. Üçüncü alt başlıkta ise refah devleti deneyimi yaşamış ülkeler açısından Kamu İşletmeciliği'ne alternatif olabilecek Yeni Kamu Hizmetleri yaklaşımına değinilecektir.

2.1.1 Minimalist Devlet Dönemi

Devlet, yaklaşık 10.000 yıl önceye, Mezopotamya'da ortaya çıkan ilk tarım toplumlarına kadar uzanan beşeri bir kurumdur. Modern ekonomi dünyasını ortaya çıkaran şey ise merkez bürokrasisi ve Hobbes'un deyimiyle "herkesin herkesle savaşı"ını önleyebilen elindeki meşru güç tekeli ile düzeni, emniyeti, hukuk sistemini ve mülkiyet haklarını sağlayabilen modern devletlerin ortaya çıkmasıdır (Fukuyama, 2004/2005: 13-14). Bu bağlamda ortaya çıkan modern devletlerin rolü, Adam Smith'in orijinali 1776'da yayınlanan "Ulusların Zenginliği" kitabında tanımlandığı şekilde tasarlanmıştır. Smith'in herkesin

kanunlara uymak koşuluyla kendi çıkarı peşinde koşmakta ve rekabet etmekte özgür olduğu, pür-liberalizmine göre modern devletin sadece üç görevi vardır. Bu görevlerden ilki toplumu diğer bağımsız toplumların saldırı ve istilasından korumaktır. İkincisi, toplumun herhangi bir üyesinin bir diğer üyenin baskı ve adaletsizliğine maruz kalmasını olabildiğince önlemek amacıyla belirli bir adalet sistemi kurmaktır. Sonuncusu ise toplumun herhangi bir bireyinin, elde ettiği kâr ile karşılaşması mümkün olmayan harcamalar gerektiren belirli bayındırlık hizmetlerini ve kamu kurumlarını kurmak ve devamlılığını sağlamaktır (Smith, 2007: 444). Yalnızca bu görevlere odaklanan devlet sayesinde, “özgür” bireylerin eylemleri, kendi çıkarları peşinde iken *istemsiz olarak*, “görünmez el” gibi, toplumun genel çıkarını da özendirebilecektir. Smith, “görünmez el” kavramını yalnızca üç kez fakat farklı bağlamlarda, etkili bir metafor olarak dikkate almıştır. Bundan dolayı, tarihsel açıdan “görünmez el”in hangi anlamda kullanıldığı konusunda tam bir uzlaşma sağlanmasa da,¹ Ulusların Zenginliği’nde Smith, tacirlerin buldukları ülkede kendilerini güvende hissetmelerinin kamu çıkarını (böyle bir niyetleri olmaksızın) nasıl artırabileceği bağlamında ele alarak kavramı öne çıkarmıştır (Aydinonat, 2008: 70; Smith, 2007: 293).

Bu devlet tipi liberal demokrasi ile karakterizedir. Liberal demokrasi, kapitalist bir oluşumdur. “Liberal” kavramı klasik aydınlanmanın 17. ve 18. yy. toplum-birey ilişkileri bağlamında, toplumdan bireyi korumaya vurgu yapar. Kapitalist ile her bireyin ekonomik aktör olarak, görece olarak kolektif kamu mallarının tanımlanmasında veya sosyal kontrolden bağımsız şekilde sermaye biriktirme özgürlüğüne sahip olması anlatılmak istenir. Bu bağlamda liberal demokrasi, bireysellik üzerine her saldırıya – onun malvarlığına, çıkarlarına, haklarına, mahremiyetine – şiddetle karşı çıkmaya muktedirdir fakat katılım, yurttaşlık, adalet ya da toplum üzerine yapılan saldırılarda etkilikten uzaktır (Box, Marshall, Red ve Red, 2001: 609) .

Osborne, Smith’in iki asır önceden gelen bu sesinin halen güncel ve ilham verici olduğunu belirttikten sonra, Smith’in önerilerine kulak tıkayarak sonuçta ulusun refahını arttıran rekabet odaklı bireysel çıkarları ve serbest piyasayı baskılayanların, bu önerilere uyanlara göre daha fakir olduğu tespitinde bulunmakta ve devletin faaliyet alanına ilişkin tavrını ortaya koymaktadır (Smith, 2007: ix).

¹ Kavramın farklı kullanımları için: Bkz. Aydinonat,2008:69-72

2.1.2 Refah Devleti Dönemi

Yirminci yüzyıl, dünyanın en önde gelen liberal devletinin, Birleşik Krallık'ın kontrol altında tuttuğu liberal dünya düzeniyle, Smith'in kurgusuna uygun şekilde minimalist devlet ve "görünmez el"e atfedilen önemli rol ile başladı. Devlet faaliyet sahası, askeri alan hariç, ne Britanya'da ne de önde gelen diğer Avrupalı ülkelerde fazlasıyla genişti, hatta Birleşik Devletler'de bu saha diğerlerine nazaran daha da dardı. Gelir vergisi, yoksulluk programları ya da gıda güvenlik nizamnameleri yoktu. Modern ekonominin doğuşu modern devletlerin ortaya çıkışıyla mümkün olsa da yirminci yüzyıl politikalarının büyük oranda, devletin ideal boyutu ve gücü konularında süren tartışmalar etrafında şekillendiğini söylemek pek de yanlış olmaz. Yüzyıl, savaş, devrim, bunalım sürecine doğru ilerlerken, ikinci bir savaş daha yaşandı. Liberal dünya düzeni çöktü ve dünyanın her köşesinde minimalist liberal devlet, yerini, daha yüksek düzeyde merkezi ve aktif rol alan bir devlet tipine bıraktı. Devletin boyutu, işlevleri ve faaliyet sahası, yirminci yüzyılın ilk üç çeyreği boyunca totaliter olmayan ülkelerde de, hemen her demokratik ülkede olduğu gibi genişlemiştir. Devlet sektörü bu yüzyılın başında, Batı Avrupalı ülkelerin pek çoğunda ve Birleşik Devletler'de, Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla'nın (GSYH) yüzde onundan biraz fazlasını tüketirken, 1980'lerde neredeyse yüzde ellisini (sosyal demokrat İsveç'te yüzde yetmişini) tüketiyordu. (Fukuyama, 2004/2005: 15-16).

Murray' e göre, Birleşik Devletler ve Avrupa'da refah devleti iki temel ekonomik varsayım üzerine temellendirilmişti: Kaynakların kıtlığı ve bunların etkin şekilde dağıtılması (Murray, 2006: 1). 20. Yüzyılın ilk yarısında hemen hiçbir ülke yeterince zengin olmadığından bu varsayımların ilkine, ikinci yarısından itibaren zenginleşen ülkeler ise toplumsal tabana yayabilecekleri kadar kaynaklara sahip olduklarından ikincisine odaklanmışlardır. Bu büyük değişimin ilk yıllarında kaynakların etkin dağıtımı oldukça basit görünmekteydi. Bu dönemde başlıca yaşlılara bağlı yaşamak durumunda kalan fakir yaşlıların tümüne garanti bir emekli maaşı sağlamak, işsiz koca ya da baba iş bulamazsa uygun bir iş ve ücret sağlamak, hasta olan fakat özel bir doktora gidecek parası olmayanların tüm sağlık giderlerini karşılamak gibi sosyal

refah uygulamaları özellikle Avrupalı Refah Devletleri'nce görev olarak benimsenmişti. Yaşlı nüfusunun artışı, artan emekli maaşları, uygun iş bulmanın zorlaşması, sağlık giderlerinin kaynakların çok üzerinde gerçekleşmesi gibi olgular hükümetleri sosyal refah uygulamalarının sürdürülmesi konusunda oldukça sıkıştırsa da, bu dönemde (etik değerlerinin etkisiyle) "Hollanda ve İskandinav ülkeleri yapabileceklerinin en iyisini yaptılar". Bu dönemde, Refah Devleti kamusal mal ve hizmet sunumu açısından, kamusal alanların tamamını kapsamış bir görünüm arz etmektedir (Murray, 2006: 2).

Refah devleti, 1940'lı yılların sonlarından 1970'li yılların ortalarına kadar geçen sürede, ekonomik, politik, toplumsal yaşamda ve düşüncede kendisine duyulan inancı, aslında boşa çıkarmamıştır. Ancak, refah devleti uygulamaları tek tip olmamıştır. Örneğin, sosyal güvenlik sistemi tarafından finanse edilen, daha geniş bir alanda kolektif biçimde sağlanan ve evrensel olan hizmetlere- eğitim, sağlık, emekli aylığı, yoksul yardımı vb.- işaret eden kurumsal refah devleti Avrupa'ya özgüdür. Birleşik Devletler'in uygulamaları, kurumsal olanın aksine, tıp ve sosyal güvenlik hizmetlerini dışarıda bırakan ve yoksullara yönelik nakit harcamaları sınırlayan bir model olarak uygulanmıştır. Birleşik Devletler'de refah devletinin amacı sosyal güvenlik sistemi yaratmak değil, çalışanların durumunu düzelterek yoksulluğu önlemek, mümkün olduğunca tam istihdamı sağlamaktır. Devletin özellikle II. Dünya Savaşı sonrası artan rolüne yönelik, sürecin başından bu yana mevcut eleştiriler 1970'lere gelindiğinde en yüksek düzeyine ulaşmıştı. Örneğin Hayek, devletin ekonomik yaşama, muğlâk bir kavram olarak tanımladığı sosyal adalet adına küçük bir müdahale yolunda bir adım bile atmasının toplumu "Kölelik Yolu"na sokacağını, devletin her geçen gün büyüme eğilimi gösterip totaliterleşeceğini ileri sürmüştür (Özalp, 2008: 108-111). Bu müdahaleci anlayış ile asıl bozulma toplumun etik değerlerinde gerçekleşmekte idi. Öyle ki: "tasarruf yapmamanın, çalışmamanın, komşuluk ilişkilerinde bulunmamanın, toplumsal uzlaşmaya müdahil olmamanın hiçbir yaptırımını bulunmamaktaydı" (Murray, 2006: 2-3). Refah devletinin başlangıçta kolay görünen görevinin zorluğu da bu toplumun etik dönüşümünü öngörememesi ya da engelleyememesi ile başlamıştır.

Geleneksel devlet organizasyonunu için tasarlanan kamu sektöründe verimliliği arttırmak, israfı ve duplikasyonu yok etmek ya da azaltmak ve idari mekanizmaları geliştirmeyi temel alan reform gerekliliği artık hiç kimse için bir sır değildi (Farazmand, 2002: IX). Bu dönemde, mevcut kaynaklarla nasıl daha çok hizmet verebileceğine yani etkinliğe ve nasıl daha az para harcayarak aynı hizmet düzeyinin korunabileceğine yani ekonomiye odaklanılmıştır. 1970'lerde refah devleti uygulamalarına ilişkin cevaplanması gereken bir eleştirel odaklı soru daha eklenmiştir: "Bu hizmetler sosyal eşitliği arttırmakta mıdır?" (Frederickson, 1971: 311).

Farazmand'a göre, özelleştirme, piyasalaştırma, ticarileştirme ve kamu fonksiyonlarını dışlamayı içeren, Birleşik Krallık ve Birleşik Devletler'den kaynaklanan büyük değişim hamlesinin gerekçesi *ekonomik olduğu kadar da ideolojiktir* (2002: X). Bu değişimin özünü refah devletinin üzerine kurgulandığı geleneksel kamu yönetiminden, kamu işletmeciliğine geçiş oluşturmaktadır. Devlet aygıtının olabildiğince minimalist tasarımı böylece kamusal mal ve hizmet sunumu alanlarından çekilmesi yeni yaklaşımın temelini oluşturmaktadır. Yeni yaklaşımın politika yapıcılar tarafından benimsenmesi\benimsetilmesi marifetiyle, "...[S]iyasal iktidarların çekilme politikaları Batı Avrupa ve Kuzey Amerika ülkelerinde muhafazakâr hükümetlerin resmi politikaları olmuştur. Bu ideolojik iklim kısa sürede diğer ülkelere yayılmış, Avusturya ve Yeni Zelanda da olduğu gibi bazı sosyal demokrat yönetimleri de etkilemiştir" (Özer, 2005: 261).

2.1.3 Geleneksel Kamu Yönetimi ve Devletin Sağlık Sektöründeki

Geleneksel Görevleri

Bu noktada Kamu İşletmeciliği Yaklaşımı'nın eleştirisi üzerine temellendirildiği, geleneksel kamu yönetiminin temel ilkelerine değinmek gerekmektedir. Anahtar figürü, bürokrasinin mucidi Weber olan klasik okulun, diğer teorisyenleri arasında H. Fayol, W. Wilson, F. Taylor, L. Gulick'te sayılabilir. 1940-1960 yıllarına kadar oldukça etkin olan yaklaşıma birçok yazar önemli katkılarda bulunmuş olsa da, bunları tek tek ele almak çalışmanın amacını aşmaktadır. Bundan dolayı bu döneme ait temel

varsayımların burada sıralanması ile yetinilecektir. Geleneksel Yaklaşımına göre kamu yönetimi, ekonomik olmayan faaliyetleri yürüten kamu kurumlarından (askeri meseleler, polislik, eğitim, sağlık, yargı gibi) ve ekonomik alanda faaliyet gösteren kamu işletmelerinden oluşmaktadır. Yaklaşım büyük çaplı kamu programlarının uygulanabilmesi için yasal bir sistemin kurulması ve işletilmesi ile etkinliğin sağlanmasına odaklanmıştır. Buna göre, eğer kurallar açık olur ve kamu çalışanlarınca kurallar takip edilirse etkililik de sağlanacaktır (Lane, 2000: 19-20). Bu noktadan yola çıkan geleneksel yaklaşımın temel varsayımları şunlardır (Lane, 2000: 21-24):

- Statüler kişilerden ayrı olmalıdır.
 - Kamu sektörü yönetimi kural yönelimlidir/ yönelimli olmalıdır.
 - Yukarıdan aşağıya yapılanan (hiyerarşik) organizasyonlar kamu sektöründe verimliliğin artmasına yardım etmektedir.
 - Sonuçlar≠Niyetler, Gerçekler≠Değerler, Teknoloji≠Demokrasi
 - Kamu sektörünün motivasyonu radikal bir biçimde özel sektörden farklıdır.
- Bu kamu yönetimi tasarımına göre devletin sağlık sektöründeki geleneksel görevleri ise şöyledir (Aktan, 2007: 1-2):
- Tam kamusal (temel sağlık ve koruyucu sağlık hizmetleri gibi) ve yarı kamusal (tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetleri gibi) malları üretmek,
 - Sağlık hizmetlerinden yararlanamayan bireylerin taleplerini karşılamak amacıyla üretim ve düzenleme yapmak, (gönüllü aşılama ve sosyal hizmetler, temiz su sağlanması, temiz çevre koşulları sağlanması, sağlık mal ve hizmetlerinin fiyatlandırma sürecine taban ve tavanların belirlenmesi yoluyla müdahale edilmesi vs.),
 - Sağlık hizmetlerinin üretilmesi için sağlanan kaynakları verimli kullanmak,
 - Sağlık göstergelerini (ortalama yaşam beklentisi-süresi, doğumda ölüm oranı vb.) gözlemek ve bu yolla toplumun ekonomik, sosyal ve sağlık göstergelerinin düzeyini belirlemek, izlemek, geliştirmek ve korumak,
 - Piyasa başarısızlıklarının giderilmesine yönelik olarak denetim işlevini yerine getirmek,
 - Sağlık hizmet tüketicileri ile üreticileri arasında ortaya çıkan asimetrik bilgilenmenin varlığı durumunda eksik bilgilenme ortamının kaldırılmasına

yardımcı olmak,

- Sağlık mal ve hizmetlerinin kişi, grup ve bölgeler arasında etkinlik ve adalet sınırları içinde sunulmasını sağlamak, örneğin, bölgelerarası sağlık personeli eşitsizliğinin giderilmesi ve sağlık harcamalarının dağılımı bakımından eşitliğin sağlanması,
- Sağlık mal ve hizmet piyasaları içinde rol oynayan kişi ve gruplarla ilgili araştırmalar yapmak ve bunlarla ilgili faaliyetlerin düzenlenmesi yoluyla piyasadaki beşeri sermaye miktar ve kalitesinin yükseltilmesine çalışmak,
- Toplumun sahip olduğu sınırlı kaynakların toplumun öncelikli ihtiyacı olduğu alanlara yönlendirilmesini sağlamak, (örneğin, sağlık personeli ve sağlık kurumlarının ülke içinde adaletsiz dağılımı durumunda, yasal düzenlemelerle sağlık hizmeti üreten kişilerin belli bir bölgede toplanmasının önlenmesi),
- Sağlık harcamalarının kısmen ya da tamamen finansmanını sağlamaktır.

2.1.4 Piyasa Temelli Devlet Dönemi

1970'lerin ortalarından itibaren hükümetler ciddi mali krizlerle karşılaşınca, tüm dünyada devletin klasik sınırlarına dönmesi, verimlilik esasına göre örgütlenmesi ve özel sektör değerlerinin, tekniklerinin ve pratiklerinin kullanılması gibi yeni düşünceler gündeme gelmiştir. Katı, hiyerarşik ve bürokratik kamu yönetimi, esnek piyasa tabanlı kamu yönetimine dönüştürülmüştür. "Bu geçiş, yönetim tarzındaki basit bir değişiklikten ibaret değildir; genellikle kamu sektöründe 20. Yüzyıl boyunca egemen olan geleneksel kamu yönetimi yaklaşımından kamu işletmeciliği yaklaşımına doğru bir 'paradigma değişimi' olarak algılanmaktadır" (Ömürgönülşen, 2003: 5). Kamu İşletmeciliği, "yeni bir paradigma olarak geleneksel kamu yönetimine ve onun sınırlı doğasına, kültürüne ve ilkelerine meydan okuma olarak ortaya çıkmıştır" (Özer, 2005: 221).

Lynn ise paradigmayı Kuhn'un kullandığı orijinal anlamda - belirli bir zamanda bir topluluğun uygulayıcılarına sorunlar ve çözümler için modeller sağlayan edinimler- ele aldığımızda tüm dünyada devletlerin çekirdek görevlerindeki değişimin Kamu İşletmeciliği tarafından dönüştürülüyor

olduğuna dair henüz bir kanıt olmadığını, hatta büyük olasılıkla hiç de olamayacağını belirtmektedir. Dolayısıyla tek bir reform modeli yerine, reform modellerinin değişik varyasyonlarının dünya çapında uygulandığı göz önüne alındığında bir paradigma değişiminden söz etmenin mümkün olmadığını ortaya koymaktadır (Lynn, 1998: 115).

Gruening göre ise araştırmacılara hizmet edecek yeni bir disiplin üzerinde çok sayıda bilim adamı uzlaşıya varırsa, bir paradigma değişimi meydana gelebilir. Yönetim bilimcileri bir disiplin sistemi üzerinde bu tarz bir uyuşma oluşturmaya yaklaşmamaktadırlar. Bundan dolayı Kamu İşletmeciliği yeni bir paradigma olarak kabul edilemez (Gruening, 2001: 19).

Bu meydan okumayı ortaya çıkaran değişimin genel hatlarını ortaya koyabilmek amacıyla, Kamu İşletmeciliği' ne kadar olan süreçteki devlette dolayısıyla kamu yönetimindeki değişimlerin neler olduğu, yani yönetimden (administration), işletmeciliğe (management) geçiş sürecinin kuramsal arka planı aşağıdaki temel yaklaşımların perspektifinden görülebilir. Bu perspektif, aynı zamanda Kamu İşletmeciliği'nin üzerine temellendiği "geleneksel" in eleştirisinin daha anlaşılır olmasını sağlarken; tüm refah yönelimli devletlere sunulan "küresel menünün" sanıldığı kadar yeni tatlara sahip olmadığının görülmesine olanak verecektir.

2.1.4.1 Organizasyonel Yaklaşım

Geleneksel yaklaşımı takip eden süreçte ilk tutarlı ve gerçekten yeni sayılabilecek yaklaşım Chester Barnard tarafından ortaya atılan bu teoridir. Barnard, analizlerini yalnızca kamu organizasyonlarına değil tüm organizasyonlara uyarlamış, organizasyonların yasal ve yasal olmayan boyutlarını birleştirmenin yanında başarılı bir organizasyon için gerekli şartları yani yönetimi; kendi deyişiyle "yürütme fonksiyonunu" belirtmiştir. Geleneksel Kamu Yönetimi yaklaşımı gibi etkinliğe vurgu yapsa da analizlerine yöneticileri de katması analizlerini dinamik hale getirmiştir. Barnard Geleneksel yaklaşımdan farklı olarak kurallara değil liderliğe ve hiyerarşiye değil organizasyonel işbirliğine vurgu yapmaktadır (Lane, 2000: 29-30).

2.1.4.2 İşletmecilik Yaklaşımı

Herbert Simon'un "Yönetimsel Davranış" adlı eserinde ortaya konulan yaklaşım, aslında Barnard tarafından önceden yapılan, kamu sektörü için öz bir çerçeveye tespit etmek olmuştur. Simon, geleneksel kamu yönetimi anlayışında belirtilen ilk üç varsayımı kabul etmezken, kamu sektörü ile özel sektör arasındaki motivasyonların birbirlerinden farklı olduğu varsayımına ise bağlı kalmıştır. Simon'un yaklaşımının temel bir modellemesini ortaya koyarsak geleneksel kamu yönetiminden farklılaşan temel varsayımları şu şekilde özetlenebilir (Lane, 2000: 30-31):

- Kamu sektörü aktiviteleri=Hedeflerin başarılanması
- Kamu yönetimi= Sonuca ulaşmak için kullanılacak araçlara ilişkin takdir yetkisi
- Kamusal karar üretme sınırlı rasyonellik içerir.
- Kamusal karar üretme, maksimizasyonu değil tatmin etmeyi içerir.

2.1.4.3 Politika Yaklaşımı

Geleneksel Kamu Yönetimi Yaklaşımı'nın üçüncü varsayımı, yukarıdan aşağıya yapılan (hiyerarşik) organizasyonlar kamu sektöründe verimliliğin artmasına yardım ettiği yönündedir. Eğer bu geleneksel modelden vazgeçildiyse bu boşluk nasıl doldurulacaktır? Bu yaklaşım iyi tasarlanmış geniş bir literatürle bu boşluğu doldurmaya odaklanmıştır. Bu yaklaşımın modellemesini genel hatlarıyla belirtecek olursak (Lane, 2000, 34-35):

- Kamu yönetimi politika yapma ve uygulama arasında sürekli hareket eden bir politika döngüsü meydana getirir.
- Politika yapma ve uygulama ayırt edilemezdir.

2.1.4.4 Uygulama Perspektifi

Uygulama hem süreç hem de sonuç odaklı kavramlaştırılır. Bir politika uygulama modeli uygulama için doğru stratejinin seçilmesini ya da çıktıların hedeflerle olan ilişkisini ölçmeyi hedefleyebilir. Bu perspektiften elde edilen modelin varsayımları ise (Lane, 2000: 34-35):

- Desentralize uygulama hiyerarşik (yukarıdan aşağıya) uygulamaya göre

daha etkilidir.

- Politika döngüsü programların verimliliğinden daha fazla politika ile ilgilidir.

2.1.4.5 Politika Ağı Yaklaşımı

Yukarıda değinilen politika yaklaşımı içinde kararların politikacılar tarafından nasıl alındığı ve politikacı olmayanlar tarafından nasıl uygulanacağı belirsiz olarak kalmıştır. Bu yaklaşım politika yapma ile uygulamaya aktarılması sürecindeki boşluğa temellendirilmiştir. Bu boşluğa politikaların yasallaşması sürecinde ve uygulanması sırasındaki paydaşların rolünü koymuştur. Temel varsayımı (Lane, 2000: 36):

- Ağların uygulamada hiyerarşiden daha etkin olduğudur.

2.1.4.6 Kamu Tercihi Teorisi

Bu teori, davranışların öngörülebileceği ve modellenebileceği varsayımına dayanmaktadır. Rasyonalitenin kapsamlı bir bakışını sunan teoriye göre:

Rasyonel bir insan içindeki teşvik sistemi tarafından yönlendirilir. Kişisel istekleri mühim olmayan birey, eğer belirli aktivitelerde bulunmak cezayı gerektiriyorsa ondan vazgeçirilebilmeli, yüksek bir ödülü içeriyorsa onu yapması için cezbedilebilmelidir. Yani, havuç ve sopa, eşekler kadar bilim adamı ve politikacılar için de geçerlidir (Stigler, 1975: 31; aktaran Hughes, 2003: 11).

Havuç ve sopa yaklaşımını her alana uygulanabileceğini savunan teorinin en önemli varsayımı: Herkes gibi bürokratların da geleneksel kamu yönetimde iddia edilen; kamu görevlilerinin dürüstçe hareket edeceklerine ve kamu yararını koruyacaklarına ilişkin inancın aksine, kamu yararı doğrultusunda değil, bizzat kendi çıkarları doğrultusunda hareket ettikleridir. Bu yüzden, kamu hizmeti, kamu ruhu gibi kavramların anlamsızdır. Sosyal devlet anlayışının yol açtığı piyasa başarısızlığının kamu hizmetlerinde de başarısızlığa yol açtığını iddia eden teoriye göre: Devlete minimum ve piyasa güçlerine maksimum rol verilmesi, özel sektör yönetim yaklaşımlarının kamu yönetimine uygulanması durumunda en iyi sonuç elde edilebilir (Sobacı, 2009: 55; Özer, 2005: 174-188; Hughes, 2003: 11).

Akademik etkisinin yanında, "Reagan ve Thatcher dönemi politikalarında

kendini gösteren devletin küçültülmesi, özelleştirme, refah devletinden kaçış anlayışlarının nispi olarak kamu tercihi analizlerinin sonucu olduğu söylenebilir” (Çoban, 2003: 76).

2.1.4.7 Asıl-Vekil Teorisi

Asıl – Vekil teorisi özel sektördeki yöneticilerin (vekil) amaçlarıyla şirketin hissedarlarının (asıl) amaçları arasındaki farklılaşmayı açıklamak üzere geliştirilmiş olmasına rağmen kamu sektörünün hesap verilebilirlik bileşeniyle ilişkilendirilerek kamu sektörüne de uygulanmıştır. Teoriye göre yöneticiler uzun dönemli büyüme ve kendileri için daha yüksek ücret ödemesi yapılmasına odaklanmışken, hissedarlar ise daha yüksek kârlara odaklanmıştır. Teori bu noktada, özel sektörde vekilin asılın iradesine uygun davranmasına çözüm olabilecek önerisi zorlayıcı sözleşmelerdir. Teorinin saydamlığı sağlamak amacıyla kamu sektörüne uygulanması özel sektöre kıyasla daha karmaşıktır. Çünkü kamu sektöründe, kamu hizmetinin sahibinin kim olduğu ya da tam olarak ne istediği daha muğlâktır. Kamu hizmetinin sahibinin tüm toplum olduğu ve bunların çıkarlarının oldukça dağınık olduğu göz önüne alınırsa, kamu yöneticilerinin etkili kontrolü etkili olarak uygulanamayacaktır (Hughes, 2003: 12).

“Bu teorinin kamu yönetimine uygulanması ise, Kamu İşletmeciliği'nin temelinde bulunan ‘Kontrat Yöntemi’ ve ‘Yurttaş Şartı’ gibi uygulamalar olarak karşımıza çıkmaktadır” (Sobacı, 2009: 55). Kontrat yönteminin hem çalışanlara hem organizasyonlara pozitif ve negatif teşvikleri içerecek şekilde uygulanabileceğini belirten Hughes’a göre bu uygulama da kendi içinde şu iki sorunu barındırmaktadır (2003: 12):

- “Sözleşmelerle sağlanan kamu hizmetlerinde”, geleneksel yeknesak sunulan kamu hizmetlerine nazaran “uyum sorunu olacaktır”.
- Sözleşme usulüyle yapılan “performans ödemeleri diğer çalışanların kırgınlığını cezpl edecektir” (Hughes, 2003: 12).

2.1.4.8 İşlem Maliyetleri Teorisi

Teori, alıcı ve satıcı arasındaki değişimler demek olan “işlemler” ve bu değişim sürecinden kaynaklanan maliyetlere odaklanmıştır (Özer, 2005:

191). Özel sektörün piyasa testi ya da sözleşmelerle bu maliyetleri azaltmasının mümkün olduğundan hareket eden teorinin kamu sektörüne uygulanmasında da: Öyle işlemler mevcuttur ki, eğer yapılan sözleşmeler yoluyla yönetim maliyetleri düşürebilir ve biraz rekabet katılabilirse maliyetler düşürülebilecektir (Hughes, 2003: 13).

Bu teorinin uzantısı olarak Kamu İşletmeciliği kapsamında yapılan sağlık sektörü reformlarında, sağlık sektörü yetkililerinin yüksek maliyete neden olan “kürek çekmek” (doğrudan kamusal sağlık hizmeti sunmak) yerine “dümenin başına geçmek” (sadece politika tespit etmek) söylemlerinin bu teoriyle yakınlığı önemlidir.

2.1.5 Devletin Değişiminde Kılavuz: Kamu İşletmeciliği Yaklaşımı

Her kamu politikası alanında, özellikle de sosyal politika alanında yaşanan değişim üzerinde bir uzlaşma mevcut olsa da Kamu İşletmeciliği üzerinde çalışmak görüldüğü kadar kolay değildir. Çünkü Kamu İşletmeciliği “gerek isimlendirilmesi, amaçları, boyutları, kuramsal temelleri ve öngörülerini, gerekse uygulandığı ülkelerdeki sonuçları itibariye tartışmalı bir yaklaşımdır”. Kamu İşletmeciliği'nin tanımlanması ile ilgili ilk zorluk kavramı isimlendirilmesi aşamasında ortaya çıkmaktadır. Literatürde, katı, bürokratik, hiyerarşik, kural ve prosedür yoğun geleneksel yönetim anlayışını daha esnek, piyasa temelli ve sonuç odaklı bir anlayışla ikame etmeyi öneren; Geleneksel Kamu Yönetiminden, Kamu İşletmeciliği'ne geçiş olarak somutlaşan değişim, “İşletmecilik”, “Yeni Kamu Yönetimi”, “Yeni Kamu İşletmeciliği”, “Girişimci Devlet”, “Piyasa Temelli Kamu Yönetimi”, “Arz Yönlü Yönetim” gibi farklı kavramlarla isimlendirilmektedir. (Sobacı, 2009: 45).

Burada şu nokta belirtilmelidir: Literatürde yaygın olan terim olan Yeni Kamu İşletmeciliği kavramı bu çalışma da Hughes'ın izinden gidilerek Kamu İşletmeciliği Yaklaşımı olarak kullanılmıştır. Çünkü “Yeni Kamu İşletmeciliği artık ‘yeni’ değildir”; hem literatürde hem uygulama da “oldukça iyi yerleşmiştir” (Hughes, 2003: 8).

2.1.5.1 Tanım

Kamu İşletmeciliği'nin kısa ve özlü bir tanımının olmadığını belirten Lane, tanımını yapabilmek için kavramın retoriğini incelemiş, bu yeni anlayışın dilinin Klasik Kamu Yönetimi'nden ve dolayısıyla geleneksel kamu politikasından ayrıldığını gösteren anahtar kelimeleri aşağıdaki şekilde listelemiştir:

Müşteriye hizmet: Kamu organizasyonlarının tek rasyonalitesinin yurttaşlara etkili hizmet sunumu olduğundan hareketle, bu hedefleri başarmaya odaklanmasını ifade eder.... *Liderlik ve girişimcilik:* Kamu hizmetlerini sağlamaktan sorumlu kamu çalışanları, bu hizmetlerin hedeflerine ulaşmanın en iyi yöntemlerini bulurken esnek davranmalarına ve yenilikçi olmalarına imkân sağlanarak desteklenmelidir.... *Sözleşme:* Kamu organizasyonlarının üst düzey yöneticilerine hem kendi çalışanları ile hem de dışarıdan mal ve hizmet alımı yapmaları için sözleşmeleri kullanmaları için hoşgörülü olunmalıdır.... *Yönetişim:* Kamu organizasyonları, karmaşık ve hareketli bir sivil toplum yapısı içinde olduğunu göz önüne alarak; bu karmaşıklığın farkında olmalı onu amaçlarında başarıya götürecektir diğer kamu ve özel organizasyonlarla iletişime ve işbirliğine odaklanmalıdır.... *Devletin Yeniden Düzenlenmesi:* Kamu organizasyonları, geleneksel kamu yönetimi tarafından önerilen hiyerarşik ve biçimsel organizasyon modeline temellendirilemez. Üst yöneticilerin konumu güçlendirilmelidir. Politika tavsiyesi ile uygulaması birbirinden ayrılmalıdır (Lane, 2005: 5-6).

“Bu anahtar kavramlar, işletme yönetimi deneyimi olanlarca, mevcut deneyimleri ile devlet dairelerinin ve kamu iştiraklerinin idarelerine olan akademik tepkiler dikkate alınarak” devletin değişimi için uygulanmıştır. Lane'e göre Kamu İşletmeciliği'nin iki sürümü vardır. Daha kapsamlı ilkinde göre Kamu İşletmeciliği; sonraları gelişmiş ülkeler tarafından yönlendirilmeye başlanan etkinlik ve desentralizasyonu amaçlayan kamu sektörü reformları anlamına gelmektedir. Her ülkede aynı şekilde uygulanmasa da ilk tanımının referans ilkeleri şunlardır (Lane, 2005: 6-7):

- Çıktı ve sonuç odaklı yönetime vurgu: Geleneksel kamu yönetiminin mevzuat odaklı ve girdilere odaklanan yönetim anlayışı yerini, çıktı ve sonuç odaklı perspektife bırakmalıdır. Bu yeni perspektif bir bütün olarak kamu kurumunun performansına odaklandığı kadar, kurumun her bir üyesinin de performansını dikkate almaktadır.
- Verimlilik ve etkililik: Değer, kamu sektöründe ölçülebilir görünmese de

özel sektörde de sunulan bazı kamu hizmetleri için bunu tespit etmek mümkün olabilmektedir. Sonuçta yurttaşlar için bunların bir değeri vardır. Öyleyse kamusal hizmetlerin verimliliği ve etkililiği ile ilgili sorulara yanıt verebilmenin yolu bunların değerlerinin belirlenebileceği süreçte üretilmeleri ile sağlanabilir.

- Müşteriye hizmet: Kamu programlarının değerinin müşteri ya da yurttaşların takdiri ile belirlenebilecektir. Fakat kamu sektörü bu değeri bilemese de, hareket etmek, kendilerine özgü rasyonalitesi olmamasına rağmen, tespit edilemeyen, toplum için yaratılan değerden türetilen bir rasyonaliteye göre davranmak zorundadır.
- Devletin küçültülmesi ya da tasarruf: Özellikle OECD ülkelerindeki hükümetler vaatlerini azaltmayı denemektedir. Bu yalnızca kamu sektöründe verimliliği artırmak ile ilgili değildir. Hükümetler artık büyük çaplı programlara da girişmemelidir. Böylece, kamu sektörünün her üç parçası da – tahsis, yeniden dağıma ve düzenleme- tasarruf stratejisinin bir parçası olabilecektir.
- Deregülasyon ya da re-regülasyon: Düzenlemeler giriş biçiminde olan geleneksel kamu düzenlemelerinin yapılması sırasında büyük kamu reformları piyasaya girişin arttırılması ve rekabet açısından eksik kalmıştır. Ancak, deregülasyon uygulamaları sıklıkla ürün kalitesini kontrol eden kurumların kurulması gibi, re-regülasyon uygulamaları tarafından takip edilir.
- Desentralizasyon: Merkezi hükümet görev ve yetkilerinin yerel ya da bölgesel birimlere devredilmesini içerir. Devretme hem üniter hem de federal devletler için kamu sektörü reformlarında temel bir stratejidir. Devir merkezi hükümetten yerel hükümetlere gerçekleşirse desentralizasyon, merkezi seviyeden il seviyesine aktarılırsa dekonsantrasyon olarak adlandırılır.
- Özelleştirme ya da kamu-özel ortaklığı: Kamu politikalarının uygulanmasının özel sektör tarafından üstlenilmesi hükümetler tarafından gittikçe daha dikkate alınır bir stratejidir. Tamamen özelleştirmeden, kamu sahipliği ve hükümet aktivitesine kadar uzanan geniş bir düzeye sahiptir.

- Kamu sektörünün olmayacağı alanların belgelenmesi: Kamu sektörünün hizmet vermeyeceği hizmet alanlarının, bu sınırı çizmek çok zor olsa da tespitini içerir.
- Yalın organizasyon yapısı: Özel firmaların yaşadığı organizasyonel değişimin kamu sektöründe de kabulünü içerir. Buna göre orta düzey yöneticiler görevden alınmalı, alt düzey yöneticiler desteklenmelidir. Dev hiyerarşik organizasyonlar ne özel ne de kamu sektörü için uygun değildir (Lane, 2005: 6-7).

Daha dar bir tanımla ise geleneksel kamu yönetiminden tamamen farklı bir yönetim modelini ifade etmektedir. Buna göre Kamu İşletmeciliği, devlet yönetiminin nasıl yapılacağına dair oldukça kusursuz bir kaç fikri bünyesinde barındıran kamu sektörü yönetiminde tamamen yeni bir felsefedir. Temel fikirlerini özellikle kurumsal iktisat, bilgi ekonomisi ile ekonomik gerekçelere ve özel sektörün teşvik edilmesine dayandıran bu tanımın piyasa tabanlı mekanizmaları ise şöyledir (Lane, 2005: 8):

- Politika yapan-Uygulayan Ayrımı ve Hizmeti Sunan- Hizmeti Satın Alan Ayrımı: Hükümetler pek çok işle uğraşmakta olduğundan, kaynak dağıtımı ile ilgili parçanın ayrılması temel gerekliliktir. Aksi halde, dağıtım ile ilgili görevinin düzenleme görevi tarafından engellenmesi durumu ortaya çıkabilecektir.
- İtiraz edebilirlik: Eğer kaynak dağıtım görevi diğer görevlerden ayrılabilirse, hükümet piyasaya girişi sağlayabilecek ve istediği hizmeti rekabete dayalı ihale ya da fiyatlandırma yöntemi ile sağlayabilecektir.
- Sözleşme: Kaynak dağıtımında rekabetçi tekliflerin kullanılması ile devlet kamu alımları birimlerini masif olarak kullanabilecektir. Devlet bir sözleşmeciye dönüşecek ve birçok hizmet sağlayıcı arsından tercih yaparak sözleşmek yapmak kadar, yapmamakta da serbest olacaktır.
- Şirketleşme: Devletlerin ticari sorunlarının üstesinden gelmesinin tek yolu, özel hukuk kurallarını yürütmektir. Buna göre kaynak dağıtımında yer alan bir kamu kurumu eğer kendine ait bir bütçesi ve geliri varsa şirketleştirilmelidir. Lane'in şirketleşmeye en uygun kamu kurumları olarak hastaneleri seçmesi dikkat çekicidir (Lane, 2005: 8).

Sobacı'ya göre, Kamu İşletmeciliği, kamu yönetiminin yapı ve süreçlerinde özel sektör tarzı yönetim modellerinin ve tekniklerinin kullanılması olarak tanımlanabilir (2009: 46).

Bir başka kaynakta Kamu İşletmeciliği, “kamu alanını (yönetimin/ sektörünü/malını vb.) – bu alan özgü değerlerin farkında olarak-genel zemin kabul ettiği piyasa toplumunun kucağında (onun eşitsiz, mücadelecı, rekabetçi, değişken, kuralsız-serbest ortamında) zaman ve mekân açısından evrensel olduğunu düşündüğü işletmecı tekniklerle verimli şekilde yönetmeye çalışmak” olarak tanımlanmaktadır (Zengin, 2009: 5).

Kamu İşletmeciliği, geleneksel kamu yönetimini, sözleşmecilik, desentralizasyon, yöneticilere daha fazla takdir hakkı, vatandaş ya da müşteri tercihleri, deregülasyon, rekabet ortamı oluşturma, çıktı ölçümüne göre etkililiği tanımlama gibi yeni bir ilke ve doktrin seti ile değiştirecek yaklaşım olarak tanımlamaktadır. Buna göre, bu doktrinlerin kamu sektörüne uygulanması ile kamu yöneticisi (public manager) bir lider bir girişimci bir yönetim uygulayıcısı olmak zorundadır. Fakat bu lider, bu girişimci halen bir bürokrattır. Bu durum, bürokrasiye yok edeceğini ilan eden Kamu İşletmeciliği için bir ironidir ve aslında bir şeyleri anımsatan şekilde, kötü bürokrasiyle iyi bürokrasiyi yer değiştirmektedir! (Frederickson ve Smith, 2003: 124).

Box ve diğerlerine göre, plan program bütçeleme sistemi, hedeflerle yönetme, yönetim etkinliği ve etkililiği, performans iyileştirme gibi devamlılık belirten hareketi parçalardan oluşan Kamu İşletmeciliği Yaklaşımı, bir çok açıdan özellikle 20. yy.daki önceki yönetim reformu hareketlerinin karakteristiklerine sahiptir (Box ve diğerleri, 2001: 611).

2.1.5.2 Kamu İşletmeciliği ve Yeni Sağ

Yukarıda bahsedilen teori ve yaklaşımların hepsinden az ya da çok beslenen Kamu İşletmeciliği'nin siyasal-ekonomik arka plandan bağımsız olarak ortaya çıktığını söylemek güçtür. Kamu İşletmeciliği'nin ortaya çıkışında Yeni Sağ politikaların yükselişe geçmiş olması ve ekonomik nedenlerin her ülke için değişen belirli oranlarda varlığı inkâr edilemez.

Yeni Sağ, hantal, hiyerarşik, bürokratik olmakla suçlanan refah

devletine göre konumlandığı için bu düşünceden kaynaklanan politikaların eksenini devleti küçültmek olmuştur.... Yeni Sağ'la birlikte özelleştirme, yerelleş(tir)me, deregülasyon (bürokrasiyi çözme çabası) politikalarının ideolojik kaynağı olarak yeniden klasik liberal ilkelere başvurulmuştur....Devlet, insan tasarımının ürünü olan, özellikle bir grup tarafından oluşturulan uygulanamaz planları uygulamaya çalışmakla kendiliğinden doğan bu düzeni² sekteye uğratan bir faktör olarak algılanmaktadır. Yeni sağın, yer verilen liberal ilkelerle meşrulaştırdığı ve yönetsel olarak "kamu tercihi kuramcılarında" etkilenerek uyguladığı politikalar, devlete yönelttikleri eleştirilerle tutarlı biçimde, devletin küçültülmesi ile verimlilik, rasyonellik, özgürlük arasında doğru orantı kurmaktadır. Devletin küçültülmesi ile devletin faaliyet alanına giren konular piyasanın konusu olacak, piyasa aracılığı ile bireylerin girişim ve tercih serbestlikleri artacaktır (Özalp, 2008: 111-112).

Yeni Sağ'a göre devlet, yaptığı harcamalarla piyasaya yük olmakta aynı zamanda piyasanın işlemesine ket vurmaktadır. Bu nedenle, iktisadi, siyasi ve toplumsal faaliyetler mümkün olduğunca piyasa dâhilinde düşünölmeli ve yapılmalıdır. Yeni Sağ'daki bu tür liberal kabuller muhafazakâr eğilimlerle desteklenmektedir (Zengin, 2009: 6).

Bu noktada Yeni Sağ'ın yerelleştirmeyi savunmasına rağmen ilk uygulayıcılarından olan Thatcher Hükümeti'nin niçin Birleşik Krallıkta iktidara gelir-gelmez neden merkezileşmeye yöneldiği literatürün dikkat çeken sorularından birisidir. Buna göre Thatcher önderliğinde Yeni Sağ üç temel nedenle yerel yönetimlere savaş açtı (Şener, 2003):

- Yerel yönetimlerin refah devleti politikalarının uygulayıcısı olması,
- Yerel yönetimlerin Yeni Sağ politikalarının uygulanmasında yerel direniş sahaları olmaları,
- Yerel yönetimlerin piyasa yönelimli politikaların uygulanmasında önemli bir araç olarak ortaya çıkacak olmasıdır.

Birleşik Krallık'ta kamu sektörü reformları güçlölkle başlamış olsa da Thatcher Hükümeti'nden sonra İşçi Partisi de devam ettirdi. Yeni Zelanda ve Avustralya'da en radikal kamu hizmeti değişikliklerine sol hükümetler tarafından girişildi ve değişimler Yeni Sağ'a yanıt olmaktan ziyade ekonomik krizlere çare olabilecek işletmecilik ile daha fazla ilgiliydi. Kanada ve

² Kendiliğinden doğan düzen kavramından iktisatçılar serbest piyasa düzenini anlarlar.

Fransa'da hem sağ hem de sol hükümetler aynı reformlara giriştiler. Şunu özellikle belirtmek kolaydır ki: Hükümetler Yeni Sağ olmalarına rağmen kendi işletmecilik reformlarını halen uygulamaya girişmektedirler. “Kamu İşletmeciliği yönünde hareket ilerledikçe, yaklaşımın ideolojik elementi daha az görülebilir olmakta ve Kamu İşletmeciliği'nin geleneksel sağ ya da sol politika spektrumunda belirli bir noktada bulunduğuna dair neredeyse hiçbir kanıt bulunmamaktadır” (Hughes, 2003: 270).

Yeni Sağ, 80'li yıllarda hararetle savunulan, 90'lı yıllarda yerini küreselleşme söylemine bırakan 2000'lerde ise küreselleşme ile birlikte sorgulanan bir kavrama dönüşmüştür. Çünkü küreselleşme ile perçinlenen Yeni Sağ politikaların sonucunda refah devletine atfedilen sorunların çözülmesi bir yana sorunlar küreselleşmiştir (Özalp, 2008: 113).

2.1.5.3 Kamu İşletmeciliği'nin Yayılması

1980'li yıllardan sonra, Kamu işletmeciliği dünya genelinde bir fenomen haline gelmiştir. Yeni Zelanda, Avustralya, Birleşik Krallık, Malta, Fransa, Türkiye, Brezilya, Meksika, Malezya, Kenya, Güney Afrika ve birçok lke... Çoğunlukla ekonomi-yoğun gerekçeler nedeniyle bu yaklaşımı uygulama girişiminde bulunmuşlardır.

Bu girişimlerden her biri, maliyetleri azaltmak, geleneksel bürokrasileri ortadan kaldırmak için bağımsız kurullar veya “işletme teşebbüsleri” yaratmak, tedarikçi/satın alan ayırımını yapmak, piyasa mekanizmalarını tanımlamak, yönetim yetkisini desentralize etmek, performans yönetim sistemlerini tanımlamak, müşteri odaklı kalite geliştirme sistemlerinin kullanımını artırmak gibi kombinasyonlarla uygulandı (Box ve diğerleri, 2001: 612).

Borgmann'a göre “yurttaşlar Kamu işletmeciliği kapsamında müşteri olarak yeniden biçimlendirildiğinde kısıtlı bir demokraside yönetilirler: ‘Buna rağmen müşteriyi göklere çıkarmak, yurttaşı inkâr etmektir’. Müşteri harekete geçtiğinde esas kararlar zaten verilmiştir. Demokrasi açısından müşteri politik ve etik olarak güçsüz konumdadır” (Borgmann, 1992; aktaran Box ve diğerleri, 2001: 613).

1993 yılında yeni seçilen Clinton hkmetinde başkan yardımcılığı yapan Al Gore ise, Amerikan vatandaşlarının kendilerini devletin vatandaşı olarak değil

müşterisi olarak görmek istediklerini söylemiştir. Al Gore'a göre vatandaşlık ilişkisi doğasında zayıf bir ilişkidir - bireysel oy verenler bir seçimin sonucunu belirleyemezler- ; oysa müşteriler alışveriş yaptıkları yeri, ne ödedilerse onun karşılığını almak için zorlayabilirler. Şirketler piyasada hayatta kalır. Bürokratlar da benzer şekilde rekabet disiplinine dayanmalıdır (Lynn,1998:109).

Bu sürecin sonunda, geleneksel kamu yönetiminden kamu işletmeciliğine geçiş için devlet yapısını 1980'lerden beri değiştiren/değiştirmeye zorlanan Birleşik Devletler'de ise, Osborne ve Gaebler'in kılavuzluğunda *Devletin Yeniden İcadı* ile "20.yy. boyunca tekrarlanan kamu sektörünün etkin ve verimli çalışmanın nasıl olması gerektiğini öğrenmek için özel sektöre bakması gerektiği şeklindeki yenilikten uzak bu tema" ile paradigma arayışına girmiştir (Williams, 2000: 526).

11 Eylül saldırılarıyla ürpererek Ulus Devlet'in sonunun gelmemesi gerektiğini ilan eden Fukuyama ise küçük ama otoriter ulus devletlerin "yeniden inşası" için çaba sarf etmektedir. Fukuyama'ya göre:

Gelişmekte olan dünyadaki hükümetlerin, yerine getirmeyi hedefledikleri işlevler sahasının halen çok geniş ve şişmiş bir durumda olduğu gerçek. Fakat geliştirmekte olan ülkelerin çoğu için en acil olan şey, sadece hükümetlerin yerine getirebileceği temel işlevleri sunabilecek şekilde devlet kurumlarının gücünü artırmaktır (Fukuyama, 2004/2005: 56-57).

Kamu İşletmeciliği'ne geçiş süreci ideolojik-ekonomik değişkenlerden bağımsız olarak düşünülemez. Yalnızca ülkeden ülkeye bunların değişimde oynadığı rollerin oranları değişebilmektedir. Örneğin, Birleşik Krallık daha çok ekonomik durumdan görece bağımsız ideoloji yoğun (Yeni Sağ'ın etkisi) bir başlangıç yapabilirken, Yeni Zelanda da değişim sol bir partiyle daha çok ekonomik gerekçelerle (Birleşik Krallık'ın AB'ye dâhil olmasıyla iyi bir pazarını kaybetmesi ve buna eklenen 1974 Petrol Krizi, dış borçlarda aşırı artış) gerçekleşmiştir.

Yaklaşım genel olarak demokrasiyi yücelteceği ve kamu sektöründe saydamlığı artıracığı sloganlarıyla sunulmasına rağmen ilk ve istikrarlı uygulayıcılarından olan, Yeni Zelanda ve Avustralya' da "demokratik hesap verilebilirliği ya da yurttaş bağlılığını artırdığına dair bir kanıt bulunamamıştır".

Dahası, “demokrasi ve demokratik değerler için neredeyse hiçbir şey yapmayan yaklaşımın, demokrasi maskesi kaldırıldığında geriye kalan kamu sektöründe ekonomik etkinlik için piyasa yönlendirmesini içeren özüdür” (Box ve diğerleri, 2001: 613).

Bu halde yanıtlanması gereken soru şudur: Avrupa’da Refah devleti deneyimi yaşamış liberal ülkelere, sosyalist deneyime sahip ülkelere, Afrika Kıtası’na, Latin Amerika’ya, Avustralya’ya; kısacası tüm dünyaya (ülkeler arasında kısmi farklı uygulamalar ve başlangıç deneyimleri olsa da) ideolojilerden nispi bağımsız olarak bu değişim “salgını” nasıl yayılmıştır?

Bölümün ikinci ana başlığında 1980’lerden sonra Kamu İşletmeciliği ile küresel ölçekte gerçekleşen politika değişiminin nasıl bu kadar hızlı yayıldığına, nasıl farklı ülkelere aynı amaç, içerik ve araçlarla sunulduğuna dair sorulara küresel bir bakışla yanıt aranacaktır.

Politika transferi kavramı bu değişimi açıklayabilecek bir bağımsız değişken olarak yukarıdaki soruları yanıtlayabilme kapasitesine sahip görünmektedir. Türkçe literatürde politika transferi ile ilgili çalışmaların nispeten az olması, sağlık sektöründe politika transferinin yeri ve önemine dair çalışmanın ise bulunmadığı göz önüne alınarak bölümün devamı bu kavrama ve onun mevcut değişimi açıklayabilme kapasitesine ayrılmıştır.

2.1.6 Politika Transferi ve Sağlık Sektöründe Dönüşüm

1980’li yıllara gelindiğinde tüm dünyada 1979 Petrol Krizi’ne bağlı ekonomik darboğazların etkisi hale devam etmekteydi. Krizin sorumlusu olarak Refah devleti paradigmasının esin kaynağı olan Keynesyen (Müdahaleci) ekonomi politikasının sermaye birikimini göz ardı ederek, devlete kalkınmayı ve sosyal adaleti sağlaması için geniş bir politika belirleme yetkisi ile uygulama için fazla alan bırakılmış olması gösterildi. Devletin, birçok sektörde iktisadi teşekkülleri ile kamusal mal ve hizmet sunması ya da doğrudan-dolaylı kaynak transferlerinde bulunması nedeniyle “görünmez el” çalışmaz duruma gelmekte, sermaye birikimi gerçekleşmemektedir. “Bu bağlamda, devletin ekonomik ve toplumsal yaşamda üstlendiği fonksiyonların azaltılması ile sorunların çözüleceği öngörüldü” (Özalp, 2008: 111). Klasik liberallerden

temel farklarının: Sömürgeciliğin, eskiden olduğu gibi “hegemonik iktidarlar” yerine, küreselleşmenin oluşturduğu “küçük köy”ün, ulus devletlerin sınırlarını müphemleştirmesinden yararlanan ÇUŞ'lara kayması için çabalayan neoliberallerin özellikle az gelişmiş ve dış borç batağında olan ulus devletleri ikna için propagandası ve araçları hazırdır. Akademik çevrelerde hem geleneksel kamu yönetimine hem de refah devletine yöneltile eleştirilere yukarıda değinilmişti. Bu eleştirilerden yola çıkan neoliberal anlayış kamusal mal ve hizmet sunumunda devlet aygıtının geleneksel ve bürokratik yapısıyla verimsiz, pahalı ve etkin olmadığını savunur. Bu sorunun çaresi ise; devletin bu alanlardan çekilerek bu hizmetleri daha etkin, daha verimli ve daha ucuza sunabilecek, rekabet esasına göre çalışan serbest piyasaya bu hizmetleri sunması için fırsat tanımasını sağlayacak bir politika değişimini hayata geçirmesidir. Aynı zamanda devlet hem bu alanlardan çekilmeli hem de kurumsal yapısını, personel rejimini, çalışma mantığını da içerecek şekilde kendini özel sektöre endekslemiş, kamu yönetimi yerine kamu işletmeciliğini benimsemiş bir devlet olarak yeniden inşa etmelidir.

Thatcherizm ile Birleşik Krallık, Reaganizm ile Birleşik Devletler öncelikle kendi yapılarını işletmeci anlayışa uygun olarak düzenlemişlerdir. Sonrasında ise kendi bünyelerine uygun olarak geliştirdikleri bu yaklaşımı tüm diğer ülkelerin ekonomik ve politik hastalıklarına çare olacak bir reçete olarak ihraç etmeye girişmişlerdir. Kamu İşletmeciliği'nin yayılması için asıl görevin Dünya Bankası, OECD, Dünya Ticaret Örgütü gibi uluslar arası kuruluşlara verildiği sürecin asıl çıkarımı; gelişmiş ülkelerin, kendi iç pazarları ile sınırlı kalmaya hiç niyetleri olmayan ÇUŞ'ları için küresel sömürüye elverişli yeni ve kârlı pazarların bulunmasıdır. Ulus devletleri zayıflatan yerelleştirme, özelleştirme /özerkleştirme, deregülasyon ya da re-regülasyon uygulamaları ile diğer ülkeler de ekonomik koşullarına ve politika çevresine bağlı olarak ithal edilen reçeteyle değişimi gerçekleştirmeye zorlanmış ya da özendirilmiştir.

Bu değişimin sağlanması süreci farklı ülkeler için, gerçeği görmek, öğrenmek, ders çıkarmak, politika yapıcılarının kararları, hâkim sınıfların yönlendirmesini içeren farklı faktörlere referansla açıklanabilir. Fakat mevcut politika değişiminin nasıl gerçekleştiği, yukarıdaki faktörleri büyük ölçüde karşılayan

bir üst kavram olan politika transferi ile açıklanabilir.

2.1.6.1 Politika Transferi

Devletin ortaya çıkmasından itibaren kamu politikası transferi ve başka ülkelerin deneyimlerinden yararlanma da söz konusu olmuştur” türünden bir yargı yabana atılmaması gereken bir iddia olarak değerlendirilmelidir (Kutlu, 2008: 125). Rose’a göre, günümüzde Doğu Avrupa ve üçüncü dünya ülkelerinde birçok hükümetin kendi politikalarını geliştirmekte diğer ülkelerin uygulamalarından ders çıkarmak için duydukları arzuyu; Aristo şehirle ilgili iyileştirmeler için diğer şehir devletlerini incelediğinde, Toucqeville’de Amerika’daki demokrasiyi araştırma nedenini Fransız arkadaşına; “içinde faydamıza olabilecek bir düzenleme bulma isteği” olarak açıkladığında duymaktadır (Rose, 1991: 1).

Politika transferi, James ve Lodge (2003: 179) tarafından değişimi açıklayabilecek genişlikte ve açıklıkta olamamakla eleştirilse ve alternatif yaklaşımların çeşitliliğinden yararlanılması araştırmacılara salık verilse de Karşılaştırmalı Kamu Politikaları’nda önemli bir yere sahip olduğu literatürde genel olarak kabul edilmektedir (Dolowitz ve Marsh, 1996, 2000; Rose, 1991, 1993; Stone, 2000; Coleman, 1994).

Özellikle 1970’lerden sonra, “Benzer problemlerin üstesinden gelmede bazı hükümetlerin niçin daha başarılı olduğunu öğrenmede” ve “kamu politikalarının karşılaştırılması yoluyla hükümet kurumlarının ve politik süreçlerin kendisi hakkında daha derin bir anlayış kazanmada” karşılaştırma yapmak küreselleşen bir dünya da gittikçe daha fazla önem kazanmaktadır. Heidenheimer, Hecllo ve Adams’ın tanımıyla, “eylem ya da eylemsizliğin belirli yolunun farklı hükümetler tarafından nasıl, niçin ve hangi etkilerle takip edildiğini çalışan” Karşılaştırmalı Kamu Yönetimi’ne göre “kimin yönettiğini incelemek için devlet kurumlarına kimin seçildiğini ya da seçtiğini ya da kamu bürokrasına kimin atandığını bilmek yeterli değildir. Hükümetin içinde ve etrafında kümelenenlerin gerçekte ne yaptığının bilinmesine ihtiyaç vardır” (Heidenheimer, Hecllo ve Adams, 1983: 2). Bu bağlamda Gourevitch Karşılaştırmalı Kamu Politikası’nın yerel politika çevresi yanında “uluslar

arası âlemden tamamıyla bağımsız olmadığına” işaret etmektedir (Gourevitch, 1996: 8; aktaran Solingen, 2009: 238).

Hulme göre de, “sağlık ve eğitim gibi alanlarda politikaların, yerel ve uluslar arası düzeyde yinelenmesi yaygınlaşan bir fenomendir” (2005: 417). Sosyal politika alanının önemli bir parçasını oluşturan sağlık politikası göz önüne alındığında Hulme’un tespitiyle, politika transferinin “uluslar arası politika sürecine dair anlayışımızı derinleştirebilecek” niteliği bu kavramın önemini artırmakta, karşılaştırmalı kamu politikası ile de bu noktada önemli bir bağ kurmaktadır.

“Genel olarak diğer ülkelerin bilgi ve tecrübelerinden yararlanarak belirli bir probleme ilişkin çözüm bulmayı ifade eden politika transferinin” gündeme gelmesini, politikaların uluslar arası yayılımı ile başlayıp gelişen karşılaştırmalı politika analizi ile olan birlikteliğine bağlanmıştır (Sobacı, 2009: 59).

Literatürde politika transferi ile ilgili çalışmalarda önemli bir yere sahip Dolowitz ve Marsh’ a göre politika transferi “belirli bir zaman ve/veya yerdeki kurumlar, yönetsel düzenlemeler, politikalar hakkındaki bilginin, bir başka yer ve/veya zamanda kurumların, yönetsel düzenlemelerin, politikaların geliştirilmesinde kullanıldığı süreçtir” (Dolowitz ve Marsh, 1996: 344).

2.1.6.2 Politika Transferi ile İlişkili Kavramlar ve Politika Transferi Tipleri

Dolowitz ve Marsh, Rose (1991) tarafından ortaya konulan, ders çıkarma kavramını süreç açısından politika transferinden ayrı görmediklerini belirttikten sonra bu kavramın politika transferinin yerine kullanılabilecek bir kavram olmadığı ya da başka bir şekilde ifade edilirse tam karşılığı olmadığını belirtmektedirler (Dolowitz ve Marsh, 1996: 344). Literatürün diğer önemli isimleri olan Evans ve Davies ise her biri belirli bir süreci ifade eden politika yakınsaması, politika yayılması kavramlarının, politika transferinin farklı bir biçimine karşılık geldiğini belirtmektedir (1999: 361). Literatürde zaman zaman aynı anlamda kullanılsa da farklı oldukları belirtilen kavramlarla ilgili karmaşayı aşmak açısından bu kavramların sırasıyla tanımlanması ve

politika transferinden farklarının ortaya konulması önemlidir.

2.1.6.2.1 Politika yayılması: Bir politika yeniliğini içeren herhangi bir örneğin üst üste benimsenmesi politika yayılması olarak tanımlanabilir (Eyestone, 1977: 441). “Bir başka deyişle, bir uygulama, politika ya da programın ardışık ya da sıralı olarak benimsenmesi eğilimidir (Stone, 2000: 4). Bir politika yeniliğinin bir eyaletten diğerine yayılması sürecine dair modeller oluşturmayı hedefleyen Eyestone’un ortaya attığı kavramın politika transferinden farkı Birleşik Devletler’de federal sistemle sınırlı kalmasıdır (Sobacı, 2009: 64).

2.1.6.2.2 Politika yakınsaması: Coleman, küresel ekonomik bütünleşme ile Birleşik Krallık, Almanya, Fransa, Kanada ve Birleşik Devletler arasındaki bankacılık sektöründe yaşanan politika yakınsamasını analiz ettiği makalesinde bu kavramı; politika amaçlarında, politika içeriğinde, politika araçlarında, politika çıktılarında, politika biçimlerinde benzerlikler oluşması olarak tanımlamıştır (Coleman, 1994: 274).

Politika transferi sonuçlardan çok süreçlere odaklanması ile yakınsama kavramından ayrılmaktadır. Buna göre transfer ile yakınsama arasında arasındaki ilişki politika transferinin neden, politika yakınsamasının ise sonuç olduğu bir neden-sonuç ilişkidir (Sobacı, 2009: 69).

Ayrıca politika yakınsaması, Dolowitz ve Marsh’a (1996) göre, Coleman’ın bankacılık sektörüne ilişkin örneğinde olduğu gibi dolaylı zorlayıcı politika transferine karşılık gelir. Bu bağlamda, dünya ekonomisi, hükümetleri sınırlar, ekonomik baskılar da politika transferine yol açar. Yine hükümetler hızla değişen teknolojinin yarattığı sorunların üstesinden gelmede geçmiş deneyimler ve fikirler için birbirlerine dönerler. Bunun yanında komşu ya da rakip ülkelerden geri kalmışlık hissi ve bir konuda oluşan uluslararası uzlaşma da politika yakınlaşmasına dolayısıyla dolaylı zorlayıcı politika transferine neden olmaktadır (Dolowitz ve Marsh, 1996: 348-349).

2.1.6.2.3 Ders çıkarma: Politika yapıcı acil bir probleme çözüm ararken, başlangıç noktaları olan soru şudur: Ne yapmalı? Birisi için, kendi deneyimi ve bir yerlerde başkaları tarafından yapılan faydalı bir şeylerin olduğunu bilmek, bir cevap bulma umudunu doğurur (Rose, 1993: 19). Böyle bir çözüm

arayışı içindeki politika yapıcılarının durumuna ve teorik bilgiyi pratiğe aktarmak konusunda uzmanlaşmış IMF'e ilişkin örnek dikkat çekicidir (Rose, 2003: 19-20):

Üst düzey bir IMF yetkilisi bir üçüncü dünya ülkesine politika tavsiyesinde bulunurken nasıl uygulanabilir bir sonuca dönüştüğünü şöyle örneklemetedir: "Eğer ben onların enflasyon oranlarının yüzde 150, faiz oranlarının yüzde 100 olduğunu söylersem, er ya da büyük bir sorunla yüz yüze geleceklerini bilirler". IMF çalışanları 150'den fazla ülkenin ekonomik şartlarını sürekli olarak izlemekte, böylece tüm yerküredeki mali problemler hakkında geniş bir tecrübeye sahip olmaktadır. Ekonomik sıkıntılara sahip ülkelere önerilen derslerin sıklıkla kabul edilip uygulanması bu hangi politikaların uygulanabileceği hangilerinin uygulanamayacağı konusunda oluşan IMF'in kurumsal tecrübesinin sonucudur.

Buna göre ithal ve ihraç edilen programlar için ders çıkarma, bir yerde halen yürütülen bir programın hangi uzaklıkta, hangi şartlar altında bir başka yerde de etkili olabileceğinin özenli bir analizinin yapılmasının bu programın geçerliliğini etkileyeceğini belirten bir sürecin karşılığıdır (Rose, 1993: 20).

Bir programın uygulanması sırasında politika yapıcılarının genellikle az maliyetli olan eylemsizlik stratejisini kullanabildiklerini belirten Rose, sıradan işlere karşı bu stratejiyi kullanarak acil işlere zamanlarını adayan yöneticilerin kurallarının basit olduğunu belirtir: Bozulmadıysa, tamir etme! Fakat sonunda programın ömründe öyle bir zaman gelir ki, memnuniyetsizlikler günlük işlerin yerine getirilmesini engellemeye başlar. Bu dönemde programa destek olmak yerine faydalanıcılar ve baskı grupları farklı ve daha fazla hizmet talep edebilirler. Medya memnuniyetsizlikleri halka duyurmaya, muhalefet bu memnuniyetsizliği tahrik etmeye zaten hazırdır. Kamuoyu yoklamaları memnuniyetsizlikleri kayda geçirir. Yetkililer üstlerine programın umdukları gibi çalışmadığını ve bütçenin kontrolden çıktığını raporlarlar. İşte mevcut durumu korumanın artık fayda göstermediği işte bu durum politika yapıcılarını çözüm arayışına itmekte ve programdan beklenenler ile hükümetin yaptıkları arasındaki uçurumu azaltmak için eyleme geçilmektedir (Rose, 1993: 50-51).

Bir hükümet için kaotik sayılabilecek yukarıdaki durumda, politika yapıcılar çözüm için acil eylemde bulunmanın gerekliliği ve kamuoyu baskısının

hafiflemesi adına donör kuruluşların³ etkilerin açık hale gelirler. Rose bu süreçte, belirli programların benimsenmesini gönüllü politika transferine ve politika ihraç eden kurumların kurumsal birikimine (IMF örneğinde olduğu gibi) bağlamaktadır. Buna göre “ders çıkarma ile politika transferi arasındaki ilişki, ders çıkarmanın politika transferinin bir alt tipi (gönüllü politika transferi) olmasından kaynaklanmaktadır” (Sobacı, 2009: 68).

Bu görüşün aksine Peters’e göre, “bu süreçte fakir ülkeler benimsetilen programların neredeyse hiçbiri ilgili hükümetin bağımsız seçimlerinin değil, IMF ve Dünya Bankası’nın basitçe ifade edilebilecek: ‘reform yoksa para da yok!’ duruşlarının sonucudur” (Peters, 1997: 72). “Bir ülkenin bir başka ülkeye bir politikayı zorla benimsetmesi olarak” tanımlanan doğrudan zorlayıcı politika transferi işte bu noktada gündeme gelmektedir.

Zorlayıcı politika transferi genellikle bir ülkeden diğerine gerçekleşmez. Bu tip politika transferinde uluslararası kurumlar anahtar rol oynarlar. Örneğin, bu kurumlar Batı’ya ait para politikalarının az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelere yayılmasında çok önemli rol oynarlar. IMF ve Dünya Bankası bu ülkeler için daha ucuza kredi açarlarken, bazı ekonomi politikalarının yerine getirilmesini şart koymaktadırlar. Yine Avrupa Adalet Divanı’ da aynı şekilde ülkeleri, AB tarafından çıkarılan direktifleri kabul etmeye zorlayabilmektedir. Ayrıca uluslararası şirketlerde yatırımlarını başka yerlere taşımak kozuyla, doğrudan zorlayıcı politika transferinin aktörü haline gelebilmektedir (Dolowitz ve Marsh, 1996: 348).

2.1.7 Kamu İşletmeciliği’ne Bir Alternatif: Yeni Kamu Hizmetleri

Yaklaşımı

Yeni Sağ ideolojisi ile neoliberal ekonomi politikalarının sentezine, işletmecilik kavramlarının kotarılmasından oluşan Kamu İşletmeciliği, 1980’den bu yana küresel ekonomik krizlerin etkisiyle çaresiz kalan ulus devletlere, küreselleşme rüzgârını da arkasına alan uluslararası kurumlar aracılığıyla, fiyat-piyasa mekanizmasıyla etkinlik, verimlilik ve kalkınmayı sağlayacağı

³ Donör kuruluş kavramı burada, hibe ya da borç gibi mali mekanizmaları kullanarak belirli politikaların fakir ülkelerce transferini sağlayan IMF ve Dünya Bankası için kullanılmıştır.

umulan koşullu reçeteleri dağıtmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerdeki bu koşulsallık, borç-hibe almadan, uluslararası bir kuruluşa üyeliğe kabul edilmeye kadar uzanan bir çizgide zorunlu-koşullu politika transferine karşılık gelmektedir. Bu yaklaşımın ekonomik gerekçelerle sağlık sektörüne transfer edilmesi ise birçok az gelişmiş ülkede insanlık-dışı uygulamalara neden olmaktadır.

Bu uygulamalara olan tepkiler yönetim (governance) kavramının birlikte yönetime ve sivil topluma yaptığı vurgu ile hafifletilmeye çalışılsa da bu sorunların yaşandığı ülkelerdeki demokrasi düzeyi ve sivil toplumun oluşma - etkinlik düzeyi bu çözümü geçersiz kılmaktadır. Ayrıca:

..."[G]overnment" sözcüğü ile "satışı" güç olabilecek kimi düşünceler, bunun yerine *governance* sözcüğü koyularak daha kolaylıkla ve meşruiyet sorunu atlanarak dile getirilebilmekte" ... (Güler, 2003: 94)

olduğuna dair tespitler de dikkate değerdir. Öyleyse, Kamu İşletmeciliği'nin sunduğu reçete *yan etkilere* neden olmaktaysa nasıl bir tedavi sunulmalıdır ki hem yan etkilere hem de esas hastalığa çare olunsun?

Bu soruya esaslı bir yanıt Janet V. Denhardt ve Robert B. Denhardt'tan gelmiştir. Denhardt'lar yaklaşımı Yeni Kamu Hizmeti olarak adlandırılmakta ve "kamu yönetiminde demokratik değerleri, yurttaşlığı, kamu çıkarı/yararı odaklı kamu hizmetini savunmaktadır" (Zengin, 2009: 30).

Kamu hizmeti Yaklaşımı'nın temel ilkeleri (Denhardt ve Denhardt, 2003: 42-43):

- Müşteriye değil, yurttaş'a hizmet: Kamu çıkarı, bireysel çıkarların bir toplamından ziyade, paylaşılan değerler hakkındaki diyalogun sonucudur. Bu arada, kamu görevlileri yalnızca "müşterilerin" taleplerini yanıtlanmaya odaklanmamalı, yurttaşlarla sağlam bir ilişki ve işbirliği kurulmasına odaklanmalıdır.
- Kamu yararını aramak: Kamu yöneticileri kolektif, genel kabul görmüş kamu yararı kavramının oluşmasına katkıda bulunmalıdır. Amaç bireysel tercihler tarafından yönlendirilen hızlı çözümler bulmak değildir. Daha ziyade paylaşılmış çıkar ve sorumluluğun yaratılmasıdır.
- Girişimcilikten daha fazla yurttaşlığa değer verme: Kamu çıkarı, kamu

parasını kendi parasıymış gibi davranan girişimci yöneticilerdense topluma anlamlı katkılar yapmaya kendini adanmış kamu görevlileri tarafından daha fazla ilerletilir.

- Stratejik düşün, demokratik davran: Kamu ihtiyaçlarını karşılayan politika ve programlar, kolektif çaba ve işbirliği süreçleri ile daha etkin ve güvenli sunulabilir.
- Hesap verebilirliğin basit olmadığına farkında olmak: Kamu görevlileri piyasadan çok yasalara, anayasaya, toplum değerlerine, politik normlarına, meslek standartlarına ve yurttaş çıkarlarına karşı daha duyarlı olmalıdır.
- Yönlendirmekten ziyade hizmet et: Kamu görevlileri için toplumları yeni istikametlere yönlendirmek ya da kontrol girişimlerinde bulunmaktan ziyade, yurttaşların ortak değerlerini karşılayacak ve yurttaşların bunları açıkça ifade etmesini sağlayacak değer temelli liderlik giderek artan şekilde önem kazanmaktadır.
- Sadece üretkenliğe değil insana değer ver: Yurttaşların katıldığı kamu organizasyonları ve ağlar tüm insanlara saygı üzerine temellendirilmiş paylaşılmış liderlik ve işbirliği süreci çalıştırılırsa bunlar uzun dönemde daha başarılı olacaktır.

“Denhardtlar, bu anlayışla kamu yönetimi alanında kendimizi, sorumluluklarımızı, amaçlarımızı, tavırlarımızı, meşruiyetimizi, yeniden düşünmemizi ve sorgulamamızı sağlamayı sonra da eşitlik, adalet, kamu çıkarı gibi değerlerle hem toplumu hem de kamu yönetimini ilerletmeyi ve geliştirmeyi amaçlamaktadır” (Zengin, 2009: 35).

2.2 İlgili Araştırmalar

2.2.1 Sağlık Sektöründe Politika Transferi

Tüm ülkeler gelecek için politikalar formüle ederler. Bu durum çok açık-seçik görülebilir. Fakat geçmiş yıllar, Avrupa Sağlık Politikası hakkında

müzakerelerin yapıldığı konferanslarda, sağlık sektöründe yüksek düzeyde karar verici konumunda olanların fikirlerinde ileri geri değişiklikler olduğunu göstermektedir. Örneğin 1974'te Bükreş'te Avrupa Ulusal Sağlık Planlaması Konferansı'nda bir araya gelen 25 ülke sağlık sektörünün gelişimi için ulaşılabilir tüm ulusal kaynakların en uygun kullanımını sağlayacak hatta bu kaynakların sağlık sektöründe ya da dışında olduğuna bakılmadan yapılacak bir ulusal sağlık planlamasını tanımlarken oldukça rahat görülmüşlerdir. Fakat daha 10 yıl sonra Lahey'de toplanan konferansta birkaç ülke kendi sağlık sistemlerinin idaresi ve süreçleriyle ilgili olarak planlama ve politika yapma kelimelerinin kullanılmasına daha baştan direnmişlerdir. 10 yıl önce tüm ulusal kaynaklarını daha etkili bir sağlık sistemi ve durumu sağlamaya yardım edecek en uygun sağlık planını yapmak ve uygulamak için kullanacağını deklare eden ülkeler, 10 yıl sonra bu kavramların merkezi plan ekonomileri için uygun olduğunu ve artık kendileri gibi desentralize sağlık sistemleri için bunun kullanılmayacağını söyleyebilmişlerdir (World Health Organization, 2000: 2).

Ülkelerin sağlık politikası yapıcılarında Dünya Sağlık Örgütü'nü şaşırtan bu hızlı değişim nasıl açıklanabilir? Bu soruya verilecek en iyi cevap ilk ana başlıkta ayrıntıları ile değinilen Kamu İşletmeciliği Yaklaşımı'nın yayılması ile devletin değişimi olgusudur. Artık değişen ulus devlet, başlangıçta direnişlere sahne olsa da değiştirilen ya da parçalanan bürokratik zihniyet, kamusal mal ve hizmet sunumu görevini bu işi daha iyi yapacağına ikna edildiği özel sektöre bırakmak konusunda karar vermiş/verdirilmiştir.

Her kamu politikası alanı gibi kamusal sağlık hizmetleri sunumuna yönelik sağlık politikası da bu değişimden kaçınılmaz olarak etkilenmiştir. Balcı ve Kırılmaz'a göre de:

1970'li yıllarla birlikte dünya genelinde yaşanan değişimlerle birlikte, kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması, kamu sektörünün küçültülmesi, özel sektörde kullanılan yöntemlerin yaygınlık kazanması, yetkilerin alt birimlere devredilmesi, rekabet ve tercihin geliştirilmesi, hesap verebilirliğin sağlanması ve performans uygulamalarının yaygınlık kazanması anlayışlarının geliştiği görülmektedir. Aynı dönemde, kamu hizmetlerinin önemli bir parçasını oluşturan sağlık hizmetlerinde de benzer değişimlerin yaşandığını söylemek mümkündür (Balcı ve Kırılmaz, 2007: 5).

Küresel ölçekli olan bu etkilenmenin siyasal boyutu Yeni Sağ'ın, ekonomik boyutu ise neoliberal politikaların yükselişi ile ilgilidir. Sağlık sektöründe refah devleti uygulamalarını içeren paradigmadan, kamusal tarafın hizmet sunumunda yer almadığı, sahip olduğu tesislerin özelleştirildiği/özerkleştirildiği ve böylece piyasa mantığının hakimiyeti ile herkese "ihtiyacı kadar değil ödeyebildiği kadar" hizmetin sunulduğu, daha etkin ve verimli hizmetlerin daha ucuza mal edilmesi gerekçesiyle sisteme entegre edilen rekabetin hizmet sunucularını toplumsal fayda yerine kişisel kâr güdüsüyle hareket etmeye zorladığı, sektör çalışanlarının iş güvencesinden yoksun bırakıldıkları, sistemin açıklarını kapatma görevinin sağlık bütçesini zayıflatan ilaç kartelleri ile mücadele yerine vergisini ve sosyal güvenlik primlerini ödemesine rağmen hizmet almak için hizmet başına da katkı payları ödemek zorunda bırakılan vatandaşların sırtına yüklendiği, ÇUŞ'lar ile IMF, Dünya Bankası, OECD, Dünya Ticaret Örgütü gibi uluslararası kuruluşların sağlık politikası tayininde asli görevi politika belirlemek olan kurumlardan daha etkin oldukları bir döneme geçilmiştir. Sağlık sektöründe yaşanan değişime, mevcut politik ve ekonomik yapısıyla, halen direnebilen Küba gibi ülkeler olsa da; bu değişim sürecini tamamlamış ya da halen yaşayan ülkeler çoğunluktadır.

2.2.2 Sağlık Politikası Transferinin Nesneleri

Öncelikle transfer edilenin ne olduğu üzerinde durulursa, Dolowitz ve Marsh transferin nesnesini yedi başlık altında toplamıştır. Bunlar: "politika amaçları, yapı ve içerik; politika araçları ya da yönetsel teknikler; kurumlar; ideoloji; fikirler, tutumlar ve kavramlar ve negatif derslerdir" (Dolowitz ve Marsh,1996: 349-350).

Sağlık sektörü açısından değerlendirildiğinde ise transfer nesneleri aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Her ülkeye göre değişen özelleştirme, özerkleştirme ya da kamu - özel ortaklığı gibi formüllerle sektörü "devletsizleştirme" politikası,
- Rekabet ve etkinlik sağlayacağı varsayımıyla özel sektörün sağlık piyasasına girişini teşvik politikası,

- Merkezi sağlık örgütlerinde bulunan yetkilerin yerel ya da bölgesel sağlık otoritelerine devredilmesini içeren desentralizasyon politikası,
- Sağlık piyasasına yerli ya da yabancı yatırımcıların girişinin önünde engel olabilecek düzenlemeleri kaldırmayı ifade eden deregülasyon politikası,
- Bağımsız düzenleyici üst kurullar ya da özerk hastane yönetim kurulları gibi serbest piyasaya uygun yeni düzenlemeler oluşturmayı ifade eden re-regülasyon politikası,
- Rekabet ile en düşük fiyatlardan mal ve hizmet alımını sağlayacak olan sözleşmecilik politikası,
- Sağlık kurumlarının (özel ya da tüzel), bir sigorta kurumu/şirketi ile muhatap kılınmasını içeren hizmeti sunan-finansman sağlayanın ayrımı politikası,
- Etkinlik ve verimlilik için hem çalışanlar arasında hem de işletmeler arasında olması teşvik edilen rekabet politikası,
- Sağlık kurumları için bütçe sınırlaması ve verilen hizmet için kullanıcı ödentileri/katkı payı alınması politikasıdır.

2.2.3 Sağlık Politikası Transferinin Aktörleri

Politika transferinin aktörleri: Seçilmiş kişiler, siyasi partiler, bürokratlar, çıkar grupları, politika girişimcisi/uzmanlar, uluslararası kurumlardır (Dolowitz ve Marsh, 1996: 345).

Hemen hemen bütün kamu politikası alanlarında, politika transferi sürecine müdahil olan başat aktör “seçilmiş kişiler”dir. Seçilmiş kişiler, benimsenecek ve uygulanacak politika ve programların sınırlarını belirlemekte ve meşruiyet zeminini tesis etmektedir. Siyasal partiler de iktidarı elde etmeyi en azından ortak olmayı sağlayan demokratik yarışta farklı politika arayışına girebilmektedirler (Sobacı, 2009: 77-78).

Sağlık politikası transferinde seçilmiş kişilerin ve siyasal partinin rolü ve önemi Birleşik Krallık'ta Muhafazakâr Parti'nin, Margaret Thatcher liderliğinde iktidara gelmesiyle birlikte başlayan sağlık reformu dalgasına olan ilgisi ve desteğinde somutlaştırılabilir.

Politikacıların ihtiyaç duyduğu bilgi ile onların yorumlanması ve anlaşılması

için gerekli uzmanlığı elinde bulunduran bürokrasi de politika transferi sürecine dahil olan aktörlerdendir (Sobacı, 2009: 77). Lynn'e göre "modern yönetsel devletin yapısal bir formu" olarak nitelenen ve devletin devamını sağlayan bürokrasi; yolsuzluğun ve siyasi kayırmacılığın da merkezi olarak, modern çağda hem sorun hem çözümü bünyesinde barındırmaktadır (Lynn, 1998: 114).

"Endüstriler tarafından fonlanan düşünce kuruluşları, danışmanlık kuruluşları hatta endüstriler için çalışan halkla ilişkiler kuruluşları" (Buse, Mays ve Walt, 2005: 55), "belirli politika amacına ulaşmak için politika sürecini etkilemeyi deneyen sivil toplum tipi olarak tanımlanabilecek çıkar grupları" (Buse ve diğerleri, 2005: 100) ile "müşterilerinin ticari çıkarlarını temsil etmek ve bunun için politika yapıcıları etkilemek" olarak tanımlanabilecek lobicilik yine politika transferi sürecinin aktörlerinden birisi olabilir. Örneğin, Birleşik Devletler'de, sağlık sektörü lobicileri 2000 yılında senatörleri ve temsilcileri etkilemek için, diğer endüstrilerden fazla olarak 237 milyon dolar harcamışlardır (Buse ve diğerleri, 2005: 29).

1991 yılında gerçekleştirilen sağlık reformlarına odaklanan çalışma Yeni Zelanda'nın hizmet sağlayıcı-hizmet satın alıcı ayrımı ve sağlık fonları ile ilgili düzenlemeyi Birleşik Krallık'tan, sağlık bakım hizmetleri organizasyonuna ilişkin düzenlemeyi ise Birleşik Devletler'den transfer ettiğini ortaya koymaktadır (Jacobs ve Barnett, 2000: 210). Bu süreçte her bir aktörün belirli oranlarda yer alabileceğini göstermesi açısından Yeni Zelanda sağlık politikası transferi süreci önemlidir. Jacobs ve Barnett'e göre Yeni Zelanda' da 1991 yılında gerçekleşen neoliberal sağlık politikası transferinin sorumluları: seçilmiş kişilerin oluşturduğu bir elit ağı, sağ görüşlü bir baskı grubu (Business Roundtable) ve bir devlet kurumu olarak Hazine bürokrasisidir (Jacobs ve Barnett, 2000: 188).

Uluslararası kuruluşlarda bazen koşulsallık içeren borç ya da hibeler ile bazen üye olma gerekliliklerini öne sürerek politika transferi sürecine dâhil olmaktadır. Çalışmanın devamında uluslararası kuruluşların transferinde rol aldıkları belli başlı politikalar, ülke örnekleri ile desteklenerek açıklanacaktır.

Sağlık sektöründe, sağlık kurumlarının (özel ya da tüzel), bir sigorta

kurumu/şirketi ile muhatap kılınmasını içeren hizmeti sunan-finansman sağlayanın ayrımı politikası ile özellikle yabancı yatırımcıların piyasaya girişi önündeki ticari sınırlamaları kaldırmada deregülasyon politikasının transferinde, en önemli aktör Dünya Ticaret Örgütü'dür. Dünya Ticaret Örgütü sisteminin altında yatan temel varsayım, insanlık refahının, saydamlığa sahip ve ayrımcı olmayan kurallar içeren ticari liberalizasyona temellenmiş ekonomik büyüme yoluyla arttırılabileceğidir. Bu amaçla Dünya Ticaret Örgütü tarafından ihtilaf halinde bağlayıcı çözüm mekanizmalarını bünyesinde barındıran çok taraflı ticaret anlaşmaları imzalatılmaktadır (Ranson ve diğerleri, 2002: 18).

Dünya Ticaret Örgütü tarafından sağlık politikaları ihracında kullanılan, ulusal mevzuatların kendilerine göre düzenlenmesini zorunlu kılan iki temel araç mevcuttur. Bunlardan ilki Hizmet Ticareti Üzerine Genel Anlaşmalar (General Agreements on Trade in Services- [GATS]), ikincisi ise Entelektüel Mülkiyet Haklarının Ticaret ile İlgili Yönleri'ni (Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights-[TRIPS]) içeren protokoldür. GATS kapsamında üye ülkelerde yabancı sermayenin hiçbir kısıtlamaya ve ayrıma tabi olmaksızın sağlık sektörünün en kârlı alanı olan hastane hizmetleri sunumuna yatırım yapması sağlanırken TRIPS ile ilaç kartellerinin ilaç, aşı vb. mamullerinin patent haklarının 'insan hayatı pahasına' korunması sağlanmaktadır.

TRIPS'i, "Neoliberal küreselleşmenin cephaneliğindeki silahlardan birisi" ve "Dünya Ticaret Örgütü'nün tüm dünyayı sermaye için küresel ölçekte özelleştirme ve tekelleştirme amacının gerçek tutkulu bir aracı" olarak tanımlayan Shahmanesh'in tespiti çarpıcıdır:

Amerika Birleşik Devletleri, TRIPS protokolünü kendi yurtiçi HIV salgınını çözmek için eşişlevli (jenerik) patentsiz anti-HIV ilaçlarını üretmek girişiminde bulunan Brezilya'ya karşı Dünya Ticaret Örgütü'nü devreye soktu.... Orta seviyede endüstrileşmiş bir ülkenin bu çabası sonucunda ölümlerde %70 oranında çarpıcı bir düşüş gerçekleşti.... Bugüne kadar Dünya Ticaret Örgütü baskısı, Brezilya'yı Dünya Ticaret Örgütü kurallarının talep ettiğiinden 8 yıl daha önce, ilaçlara patent koruması getirmeyi kabul etmeye zorladı (Shanmanesh, 2009: 51).

Lister de ilaç kartellerinin Dünya Ticaret Örgütü vasıtasıyla üye ülkelere yaptıkları baskıya Kenya'dan bir örnek vermektedir:

Modern anti-retroviral ilaçları⁴ satın alamayan bir ülke olarak Kenya, daha ucuz markasız ilaçları ithal etmeye çalışan Afrika Ülkeleri arasındadır. Markalı ilaçların maliyeti yılda 15.000 doları bulmaktadır. Ortalama bir Kenyalı'nın gelirin 270 dolar olduğu göz önünde bulundurulduğunda bu oldukça yüksek bir ücrettir.... Kenya'da AIDS salgını ile mücadele edenler 2005'te ağır bir darbe daha almıştır. Hindistan Hükümeti Dünya Ticaret Örgütü'nün baskılarına boyun eğerek daha yoksul Afrika ülkelerinde tedavinin sistematikleşmesini sağlayan ucuz ve markasız anti-retroviral ilaç üretmeyi durdurduğunu açıklamıştır. Hindistan'ta üretilen markasız retroviral ilaçların maliyeti 12 sterlinden az iken, patentli ilaçların aylık maliyeti 230 sterlidir (Lister, 2005/2008: 248).

GATS'ı kabul eden ülkeler aşağıdaki şartları da tüm düzenlemelerinde yerine getirmeyi kabul etmiş sayılırlar (Ranson ve diğerleri,2002:19):

- Çok taraflı ticaret sisteminin temel hedefi Dünya Ticaret Örgütü üyeleri arasında düzenli ticareti destekleyen bir dizi kural aracılığıyla ticaret akışını artırmaktır.
- Her üye ülke diğer herhangi bir üye ülkeye en iyi ticari partneri gibi muamele etmek zorundadır.
- TRIPS korumasını da içerecek şekilde ulusal ya da yabancı mal ve hizmetler arasında ayrımcılık yapılamaz.
- Üye ülke ticaret politikalarında diğer ülkelere açıklığı garanti etmek için saydam olacaktır.
- Ticari uyuşmazlıkların çözümü için öngörülen tahkim vb. araçlar için yasal altyapı düzenlenmelidir.

GATS'ın sağlık sektörüne etkilerinin ne olduğu, Dünya Ticaret Örgütü'nün hangi politikaların transferinde rol oynadığı Kenya'dan bir başka tespit ile daha kolay anlaşılabilir:

GATS müzakerelerinde Kenya Hükümeti Finansal Hizmetleri liberalize etme taahhüdünde bulunmuş fakat bunu yaparken sigorta işlemlerinin de Finansal Hizmetlere dâhil olduğunu ve sağlık sigortası da sigorta hizmetlerinin parçası olduğu için piyasalaştırılmak zorunda olduğunu fark etmemiştir (?) GATS anlaşmasındaki madde XVI'ya göre, hükümetler bir hizmet dalını liberalize etmeyi taahhüt ettikten sonra, aynı hizmet sektöründe faaliyet gösteren bazı hizmet sağlayıcılarını engelleyebilecek önlemler almaktan men edilmiştir. Kenya hükümeti şu anda da yabancı sağlık şirketlerinden yoksul ve sağlık güvencesinden mahrum olan Kenya'lıları da hastanelere kabul etmeleri şartını koşabilir,

⁴ Bu ilaçlar AIDS'in etkeni olan HIV gibi retroviral virüslere karşı kullanılmaktadır.

fakat böylesi bir şart koşması, ancak Kenya'lı özel sağlık şirketlerine de aynı şartı uygulaması halinde söz konusu olabilecektir. (GATS madde XVII- ayrımcılık yapılmaması ve ulusal muamele hükümleri). Eğer Kenya hükümeti, bu GATS maddesini ihlal edecek olursa diğer Dünya Ticaret Örgütü ülkeleri uluslar arası tahkime başvurarak Kenya Hükümetini dava etme hakkı kazanacaklardır. Eğer Kenya hükümeti, özel sağlık şirketleri için lisans alma ya da belli kalite standartlarını sağlama gibi düzenlemelere başvuracak olursa GATS madde VI.4-5'e göre, bu düzenlemeler ticareti gereğinden daha fazla engellemeyecek türde olmak zorundadır. Bugün tüm halkların taşıdığı en büyük kaygı, insan haklarının da GATS anlaşmasınınca ticareti gereğinden fazla engelleyici bir düzenleme olarak addedilmesidir. Bir diğer GATS hükmüne göre hükümetler liberalize etmeyi taahhüt ettikleri hizmet sektörlerinde tam olarak şeffaf olmak zorundadır. Fakat şirketler için benzer bir zorlayıcı hüküm GATS maddeleri içinde yer almamaktadır. Bu sayede şirketler, yatırım yaptıkları ülkelerde büyük bir gizlilik içinde faaliyet gösterebilmekte, hükümetler dâhil hiçbir mercii bu şirketlerle ilgili bilgilere ulaşmamakta daha da önemlisi bu haktan mahrum bulunmaktadır (Stoffers, 2003).

Kamu sağlığı hizmetleri için kullanıcı ödentileri alınmasını politikasına uluslar arası ilgi ilk olarak 1987 yılında Dünya Bankası'nca yayınlanan "*Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı: Reform İçin Bir Ajanda*" adlı çalışmanın yayınlanması ile başlamıştır. Kullanıcı ödentilerinin hizmeti kullananlardan alınmasına başlanmasıyla etkinlik ve eşitlik sağlanmaya başlanacaktır. Buna göre etkinlik kullanıcı ödentilerinin alınmaya başlamasının hizmetin gereksiz kullanımını engellemesiyle; eşitlikte etkinlik nedeniyle artan kaynakların hizmetin genişletilmesi için kullanılmasıyla sağlanmış olacaktır (Mcpake, 2002: 123).

Griffin'e göre Dünya Bankası tarafından başlatılan bu süreç, artık sektörün – kullanıcı ödentisini vurgulayan, sigortaya ve özel sektörü sağlık sisteminin gelişmesinde araç olarak gören bakışıyla- talep tarafını vurgulamakta ve uluslar arası sağlık finansmanı ajandasında yıllardan beri baskın olan –kamu harcamaları, maliyetleri, yönetim ve etkinlikten oluşan arz yanlı odaktan büyük bir uzaklaşmayı beraberinde getirmektedir (Griffin, 1992: 177).

Ener ve Demircan' a göre IMF programları pek çok ülkeyi, sağlık alanındaki kamu harcamalarını azaltmak için zorlamaktadır. Bu programlara göre sağlık, ekonomik büyüme için verimli bir alan olarak kabul edilmediğinden bu finansal yükten ve harcamalardan hükümetler sakınmalıdırlar (Ener ve

Demircan, 2008: 74).

Bu konuda IMF Bağımsız Değerlendirme Grubu⁵ [BDG] tarafından yayınlanan bir rapora göre IMF hükümetleri sağlık ve eğitim harcamalarını azaltmaya değil hatta artırma yönünde etkilemeye çalışmaktadır. 2003 yılında BDG ekonomisti Marcelo Selowsky tarafından yönetilen ve *rastgele seçilmeyen* 146 ülkeyi içeren analiz sonucuna göre: Bu ülkelerde 1985-2000 yılları arasında sağlık ve eğitim gibi alanlara yapılan kısıtlı harcamalar, kötü ekonomik koşullara sahip oldukları IMF öncesi döneme göre IMF ile işbirliği sonrası dönemde bu işbirliğinin oluşturduğu olumlu ekonomik etkiyle artmıştır (Vreeland, 2007: 93).

Politika bilimcisi Irfan Nooruddin⁶ ve Joel W. Simmons'a⁷ göre BDG'nin raporu bazı yerel politikaları açıklamak için yetersizdir. İlk olarak, IMF programlarının sağlık ve eğitim harcamaları üzerine olan genel etkisi olumlu iken bu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir. İkinci olarak tersinden bakıldığında olumlu toplam etki her rejim için geçerli değildir. Diktatörlüklerde zaten sağlık ve eğitime yapılan harcama küçüktür, yine de IMF'in etkisi olumludur ama yapılan harcama demokrasilerin yaptığı harcama düzeyinin altındadır. Ancak demokrasiler için tam tersidir. IMF programlarının sağlık ve eğitim harcamalarına etkisi olumsuzdur ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Birlikte ele alındığında IMF programları bu iki rejimi birbirine yakınlaştırmaktadır. IMF programları sağlık ve eğitime geldiğinde demokrasileri daha çok diktatörlüklere benzetmektedir. Dolayısıyla IMF'in yoksullara yardım ettiğine dair iyimserlik “yersizdir” (Vreeland, 2007: 93-94).

Dünya Bankası ve “ikiz kardeşi” sürekli olarak özel sektörün daha verimli olduğu mitini yayarak hem özel sağlık kuruluşlarını hem de özel sigortacılığı desteklese de yapılan yetkin çalışmalar bunun her zaman böyle olmadığını ortaya koymaktadır. Aşağıdaki iki çalışma Dünya Bankası ve IMF'in özel sektör verimliliği “mit” ine gönderme yapılmaktadır:

Şili, Filipinler ve Birleşik Devletler'de sağlık hizmetlerinin finansmanı için

⁵ IMF'in politika ve eylemlerinin bağımsız ve objektif değerlendirmesini yapmak amacıyla 2001 yılında IMF yönetiminden bağımsız bir birim olarak kuruldu.

⁶ Ohio State Üniversitesi

⁷ Michigan Üniversitesi

kurulan özel sağlık sigortalarının hem verimsiz hem de tehlikelidir. Kâr amaçlı özel kuruluşlar, ödeme gücü olan düşük-risk grubundaki müşterileri tercih etmekte, hizmete daha çok ihtiyaç duyan geniş kesimleri ise dışlamaktadır (Hsiao,1995: 137).

Makroekonimistler sıklıkla hatalı olarak özel sektörün sağlık hizmeti ve sağlık sigortacılığı üretiminin kamu sektöründen daha verimli olduğunu varsayarlar. Bu öyle değildir. Çalışmalar tutarlı olarak, piyasa maliyetlerinin farklılığı nedeniyle özel sigortacılığın maliyetinin kamu sigortacılığından fazla olduğunu tespit etmektedir. Sağlık hizmetleri sunumuna dair Birleşik Devletlerde yapılan çalışmalara göre özel sektör üretimi ancak yeterli rekabet oluşmuşsa daha verimli olabilmektedir. Diğer taraftan Singapur, özel hastanelerin kamu hastanelerinde sunulan *aynı kalitedeki* hastane hizmetlerini daha yüksek ücretlerle faturalandırdığını tespit etmiştir (Hsiao, Heller, 2007: 23).

Yukarıdaki tespitler ortadayken, Latin Amerika'da 1982-1983 yıllarındaki borç krizini takip eden dönemde, gerçekleşen Dünya Bankası ve IMF destekli sağlık reformlarını inceleyen Homedes ve Ugalde; bu kuruluşların krizi fırsat olarak değerlendirip, özelleştirme ve desentralizasyon gibi başlıca iki önemli bileşene sahip sağlık reformlarını uygulamayı, borç vermenin şartı olarak sunduklarını ortaya koymaktadır (2005: 83). Latin Amerika'da bu politikalar, sağlık harcamalarını da içeren sosyal harcamalarda Sağlık Bakanlığı ve sosyal güvenlik hizmetlerine ciddi sınırlamalar getiren önemli kesintilerin yapılmasına neden olmuştur. Bir yandan, sağlık çalışanlarının ücret ve çalışma şartları şiddetli biçimde etkilenirken diğer yandan düzenlemeler kamu sağlığı hizmetlerinde hızlı bir bozulmaya sebep olmuştur. Bu durum krizin ve krizi azaltmaya yönelik önlemlerin "dolaylı zarar"ı olarak gösterilmiştir. Ancak bir diğer açıklama sağlık hizmetlerinin kötüye gitmesi ve kamuoyunun itibarının azalmasının sağlık reformlarını kabul edilebilir hale getireceğidir (Laurell, 2008: 135).

Dünya Bankası'nın sağlık sistemlerini desentralize hale getiren altı Latin Amerika ülkesinde⁸ yaptığı inceleme şu sonuca ulaşmıştır:

Niteliği artan sağlık hizmetleri çalışanların ya da varlıkların yerel idareye devrinin ötesinde bir şey olmalıdır. Bu, hükümetin sağlık hizmetlerinin finansmanına bakışında girdilere değil çıktılar odaklandığı bir değişmeyi, sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektörün daha fazla rol almasını da içeren daha radikal bir kamu sektöründe reformu gerektirebilir (Burki,Perry ve Dillinger,1999: 85).

⁸ Şili,Bolivya,Brezilya,Arjantin,Kolombiya,Meksika

“...[D]ünya Bankası tarafından önerilen desentralizasyon uygulamalarının özelleştirme süreçleriyle önemli oranda iç içe geçmiş olduğu ve hatta aynı sürecin yapısal bileşenlerinden birini oluşturduğu kabul edilmektedir” (Belek ve Belek, 1997: 52). Dünya Bankası desentralizayona olan desteğini devam ettirse de Avrupa’da durum son yıllarda oldukça değişmiştir:

Danimarka’da ulusal hükümet 2006 yılı Ocak ayında büyük bir yeniden yapılandırmaya girdi. Bu yeniden yapılanma ile bölgesel hükümet sayısı 14’ten 5’e düşerken, Belediye sayısı 271’den 98’e düşmüştür. Tüm bu değişimlerin ardından oluşan yeni bölgelerin sağlık hizmetleri sunumu ve hastane yönetimi konusundaki sorumlulukları yok denecek kadar azaltılmıştır. Merkezileştirme reformlarında bu ülkeyi İsveç ve Finlandiya’da izlemektedir. İrlanda da benzer şekilde bölgesel sağlık hizmeti sunumundan sorumlu yönetim kurullarını lağvederek, tüm yetkilerini merkezi sağlık yönetimine aktarmıştır. Aynı şekilde Polonya ‘da 17 bölgesel fonun kontrolünde olan sosyal sağlık sigortasını tekrar Sağlık Bakanlığı’na bağlamıştır. Finlandiya, Norveç ve Danimarka’da sağlık sektörü üzerinde karar almanın yerel otoritelere aktarılmasının hizmet sunumunda farklılıklara neden olduğu ispatlanmıştır. Ekonomik olarak yerel otoritelerin düzenlemeleri hem verimsizdir hem de duplikasyona neden olmaktadır. Kuzey Avrupa’nın genel vergilerle finanse edilen sağlık sistemlerinin desentralize olduklarında yurttaşların beklentilerini karşılamakta yetersiz oldukları tespit edilmiştir (Saltman, 2008: 104-105).

Yukarıdaki tespitleri yapan Saltman, Avrupa Sağlık Politikası’nda giderek artan devlet etkisinin, kamu ile özel sektörün sınırlarının iyice eridiği göz önüne alındığında, gelecekte kamu ve özel sektör ortak girişimlerine dönüşeceğini belirtmektedir (Saltman, 2008: 106).

Dünya Bankası’nın öngörülerini destekler şekilde Norveç’te gerçekleşen sağlık hizmetlerini merkezileştirme reformu sonuçsuz kalmıştır:

1970’li yıllarda hem finansal hem de yetki bakımından sağlık sistemini desentralize eden Norveç, maliyet verimliliği ve teknik verimlilik nedenlerini öne sürerek hastanelerini 2002 yılında tekrar merkezileştirmiştir. Fakat bu ülkede yapılan merkezileşme, ne maliyet sınırlamasına ne de bütçe açıklarına çözüm getirmemiştir (Magnusse, Hagen ve Kaarboe, 2007: 2129).

Birçok gelişmekte olan ülkede “Ekonomik büyüme için verimli sayılmayan sağlık sektörünün piyasaya açılması için şartlı kredilerin kullanılması gerçekten devletin iyiliği mi yoksa rekabetçi ÇUŞ’lere yeni ve kârlı pazarları garantilemek için midir?” sorusu daha fazla sorulmaya başlanmaktadır. Dünya Bankası bu sektöre ve bu sektörlerdeki reformlara karşı artan ilgisinin

nedenini, “ekonomik büyüme ve istikrarın, gelişen özel sektörün, güçlü kurumlar ve politikaların oluşmasının insanların koşullarını iyileştirmekten geçtiğini ve bunu 50 yıllık kalkınma tecrübesinden çıkardığı açıklamaktadır” (Ruger, 2005: 69). Yani, bu alanlardan çekilmek özelleştirme ve desentralizasyon uygulamalarını takip etmek uygulama sonuçları birçok ülkede doğrulamasa da insanların koşullarını iyileştirecek ve devletlerin kalkınmalarına yardımcı olacaktır.

Bu noktada Campbell ve Burden’in (1985) liberalizmin doğum yeri olan Birleşik Krallık için yaptığı devletin doğal yapısını ve kamu politikasını, sınıf ilişkilerine ve sermayenin birikim sürecine bağlayarak yaptığı analiz ufuk açıcı görünmektedir:

Rekabet süreci, şirketler ya rakipleri tarafından devralındığı ya da yok edildiği için endüstrinin birkaç şirketin hâkimiyetine girmesine böylelikle de sermayenin yoğunlaşması ve merkezileşmesine yol açar. Verimliliği artırmak için üretimi sürekli olarak yeniden düzenleme ve böylece artık-değer elde etme, çalıştırılan işçi sayısını azaltmaya ve pazarlar bu duruma uyamadan endüstriyel rezerv ordusunu arttırmaya eğilimlidir. Paradoksal olarak, karlılığı artırmak için yapılanlar, *kar oranlarının düşmesi eğilimini* üretir.... Kar marjının düşme eğilimi, kapitalist sınıfa diğer sektörlerde veya ülkelerde daha yüksek kâr marjı arama yönünde baskı yapar.... Kapitalist üretim biçiminin temel modeli, sermayenin ihtiyaçlarının kamu politikası tarafından karşılanmasını garanti etmek için devlet gücü ile ekonomik ve ideolojik hâkimiyeti arttırılan, devletin hâkim sınıfların aracı gibi görüldüğü devlet kavramsallaştırmasını kullanır (Campbell ve Burden, 1985: 5-6).

Campbell ve Burden’in sermaye birikimi ile devlet ilişkisine odaklanan analizi, sağlık sektörünün 1980’li yıllardan sonra ilgi odağı haline gelmesinde ÇUŞ’ların yüksek kar marjı arama güdülerine Uluslararası Kuruluşların devleti yeniden düzenleme yoluyla katkıda bulunma misyonunu yükledikleri konusundaki algıyı destekler görünmektedir.

Yatırım ortamını geliştirmek ve özel sektör öncülüğünde krizden çıkmak adına devleti yeniden düzenleme de, OECD üyeleri oldukça yoğun bir faaliyete girişmiş durumdadırlar. Öyle ki birçok OECD ülkesinde, idari sadeleştirme ilgili ülkelerin genel düzenleyici kalite sistemlerinin giderek daha fazla parçası haline gelmektedir. Geçmişte, idari sadeleştirme genellikle geçici veya sektörel bir bazda yapılmaktaydı. Çoğu ülkede bugün artık idari zorlukların azaltılması için “tüm devlet” yaklaşımı daha fazla takip

edilmektedir (Dünya Bankası, 2010: 146).

Son yıllarda, Dünya Sağlık Örgütü’de kamu-özel sektör işbirliğini tavsiye ederek özelleştirme eğilimine girmiştir. Dünya Sağlık Örgütü’ne yapılan ulusal hükümet katkılarındaki kesintiler bu kuruluşu özel sektör ile işbirliğine zorlamıştır (Ener ve Demircan, 2008: 74). Sağlık sektöründe politika transferinde özel sektörün ne kadar önemli olabileceğine dair aşağıdaki örnek dikkat çekicidir:

En büyük 50 ilaç firmasının geliri 2003 yılında 466 milyar dolardı ve bu gelir daha iki yıl önce 296 milyar dolar iken bu seviyeye yükselmişti. Ticari şirketlerin satışlarının artışı ile Dünya Sağlık Örgütü’nün bütçe büyüklüğü arasında tezat da burada ortaya çıkmaktadır: Dünya Sağlık Örgütü’nün bütçesi sadece bir milyar dolardı ve neredeyse on yıldan bu yana sabitti (Buse ve diğerleri, 2005: 57).

Uluslararası örgütlerin tek aracı zorlama değildir. Bu örgütler, söz konusu amaçlar doğrultusunda, araştırma merkezleri ve programlar oluşturmakta, konferanslar düzenlemekte, Haas (1992:3) tarafından, “belirli bir ilgi ya da sorun alanına ilişkin politika ile ilgili bilgisine güvenilen, uzmanlığa ve yetkinliğe sahip olan profesyonel ağı” olarak tanımlanan epistemik topluluklar için böylece bir kavşak haline gelmektedir. OECD’nin “Kamu Yönetimi Programı (PUMA)” ve Avrupa Birliği ve OECD’nin ortak girişimi “Yönetişim ve Yönetimin Gelişimi İçin Destek (SIGMA)” bunlara örnek gösterilebilir (Sobacı, 2009: 82).

Sağlık sektöründe bu duruma en iyi örnek, Dünya Bankası himayesinde, Harvard Halk Sağlığı Okulu’nun akademik katkısıyla 1997 yılından bu yana düzenlenmekte olan “Flagship Program” larıdır. Bu eğitim programının sağlık sektörü için hazırlananına⁹ katılanlara sağlayacakları faydalar:

- Sağlık sektörünün boyutları hakkında “ortak bir dil” ile konuşmak,
- Kendi sağlık sistemlerini, yapısal, finansal, fonksiyonel olarak sağlık sistemlerine göre belli bir sınıflandırmaya tabi tutabilmek,
- Oluşturulmuş kıstaslara göre ulusal sağlık sistemlerinin performanslarını değerlendirme,
- Ulusal sağlık sistemleri için alternatif yollar tanımlama, neden bazı yolların

⁹ Course on Health Sector Reform and Sustainable Financing

diğerlerine göre daha arzu edilir olduğunu anlama,

- Sağlık sistemlerinin mevcut durumlarından gelecekteki arzu edilir duruma hareketlerinin nasıl sağlanacağını anlama,
- Değişimi gerçekleştirecek araçları seçme, uygulama ve onların etkilerini değerlendirme,

olarak belirtilmiştir (Harvard School of Public Health, 2010).

17 Kasım – 4 Aralık 2005 tarihleri arasında gerçekleşen ve birçok ülkeden sağlık yönetimi uzmanları, akademisyenler ve ulusal sağlık yetkililerinin katıldığı, Sağlık Sektörü Reformu Flagship Programı'nda ülke örnekleri ile sağlık sektörü reformları ve sürdürülebilir finansman konularında “arzu edilen” politikaların nasıl transfer edilebileceği ortaya konulmuştur. Politika analizine giriş eğitiminin ilk oturumunda konuşmacı Thomas Bossert'in katılımcılara sağlık reformlarının uygulanabilir olması için yaptığı sunumdaki telkin dikkat çekicidir:

Birçok kamu sağlığı uzmanının politikayı ve politikacıları teknik olarak “doğru” sağlık reformuna ulaşılmasında engel olarak görmesine rağmen reformların başlangıcından bitişine kadar politik olduğunun ayırdına varmak çok yerindedir. Bu oturumda reformları politika bağlamında düşünmenin ve *politikacıları, uygulanan ve benimsenen reformların aslında kendi politikaları olduğuna inandırmanın* birçok yolu gözden geçirilecektir (Bossert, 20 Ekim 2005).

2.2.4 Sağlık Politikası Transferinin Kaynağı

Politika transferinin ilk kaynağı Dolowitz ve Marsh'a göre; politika yapıcıların kendi ülkelerinin geçmiş deneyimleri olmaktadır. Bu süreçte geçmiş araştırmak neyin işe yarayacağı yanında neyin tekrar edilmemesi gerektiğini de öğretebilir. Politika transferi için bir politik sistemin geçmişine dönme zaman ve kaynak tasarrufu sağlamasının yanında yapılan değerlendirmenin öznel olması ve mevcut durumların tam olarak geçmiştekilere benzememesi nedeniyle günümüzle tam olarak ilişki kurulamaması gibi dezavantajlara da sahiptir (Dolowitz ve Marsh, 1996: 351-352).

Gelişmiş ülkelerin 1970'lerin sonlarına doğru yaşanan ekonomik krizi takiben birçok sosyal politika alanında ve özellikle sağlık politikası alanında yeni

politikalar aramaya giriştiklerinde ilk baktıkları yer, Keynesyen politikalar öncesi liberal devletin ekonomik ve sosyal politikalarıdır. Bu ülkelerde 1980'li yıllara gelindiğinde sosyal politika alanına yapılan harcamaların aşırılaşması, eskiye dönüş mitini canlandırmış ve halen canlı tutmaktadır.

Evans ve Davies tarafından politika transferinin mekânsal kaynağı olarak “uluslar-üstü, uluslararası, ulusal, bölgesel ve yerel” olmak üzere beş seviyeden bahsedilmekte ve “en azından teorik olarak yirmi beş transfer yolunun tasavvur edilebileceği” belirtilmektedir (Evans ve Davies, 1999: 368).

Politika transferi uluslararası veya uluslar-üstü örgüt ile bir devlet arasında gerçekleşerek dikey bir nitelik de arz edebilmektedir. Ayrıca, uluslararası örgütler kendi aralarında da politika transferi yaşayabilmektedirler. Bu aktarılanların tümü, politika transferinin uluslararası düzeyine, dolayısıyla ulus devletlerin isteyerek veya zorla dersler çıkarmak veya “en iyi” olarak nitelenen modeli ödünç almak için uluslararası örgütlere yönelebileceğine işaret etmektedir (Sobacı, 2009: 88-89).

2.2.5 Sağlık Politikası Transferi ve Politika Başarısızlığı

“Politika transferi, bir devlette başarılı bir şekilde uygulanan politikaların diğer devletlerde de başarılı bir şekilde uygulanabileceği varsayımı üzerine gerçekleştirilmektedir. Ancak bu varsayım her zaman ve her politika transferi örneği için geçerli olmamaktadır” (Sobacı, 2009: 93).

Dolowitz ve Marsh'a göre politika başarısızlığına anlamlı etki eden en az üç faktör vardır (Dolowitz ve Marsh, 2000: 17):

- İlki, politikayı transfer eden ülkenin, transfer edilen politika/kurum hakkında ve onun transfer edildiği ülkede nasıl işlediği hakkında yetersiz bilgi sahibi olması,
- “Tamamlanmamış transfer” olarak adlandırılan, politika transferi gerçekleşmesine rağmen onu ortaya çıktığı ülkede başarıya taşıyan esaslı unsurlarının transfer edilmemesi,
- “Uygunsuz transfer” olarak adlandırılan, transfer eden ülke ile kaynaklık eden ülke arasındaki ekonomik, sosyal, politik ve ideolojik bağlamdaki

farklılıkların yeterince dikkate alınmamasıdır (Dolowitz ve Marsh, 2000: 17).

Sağlık sektöründe gerçekleşen serbest piyasa yönelimli politika transferinin nasıl politika başarısızlığına yol açabildiğine yukarıda ülke örneklerinde kısmen değinilmiştir. Bu politika başarısızlığını nasıl ortaya çıktığı ancak sağlık sektörü ile ilgili bazı gerçeklerin ortaya konulmasıyla mümkündür. Sağlık sektöründe piyasa yönelimli reformları uygulamayı içeren politika transferini, “asimetrik bilgi”, “tamamlanmamış/eksik kurum ilişkileri”, “ahlaki tehlike”, ve “talepteki belirsizlik”, “salt kamusal mal-hizmet olma” gibi politika başarısızlığına dönüştürebilecek ve daha ayrıntılı açıklanacak nedenleri vardır (Hsiao, 2007: 23-24; Belek, 2009: 150-151; Yıldırım, 1999: 130-131):

- Sigorta sisteminde müşteri ile hizmet sunucu/sağlayıcı arasında asimetrik bilgi, riskini azaltmak isteyen kurumlarca kullanılmakta, ters seçim olarak nüfusun genellikle hizmete en az ihtiyaç duyan küçük bir bölümü kapsama alınmakta ve bunların gelecekteki hastalıklarının sigorta kapsamında olup olmayacağı belirsizliği ahlaki tehlikeye neden olmaktadır.
- İkinci olarak, sağlık hizmetleri sunumunda, acil ve hayati tehlikesi olan hastaları olan birinden rekabet şartlarına göre çalışması beklenemez. Böyle bir durumda hastaların yetersiz bilgi ile “piyasa araştırması” yapması, böylece hizmet sunucuları birbirinden ayırt etmesi mümkün değildir. Ayrıca da asimetrik bilgi hizmet sunuculara hem fiyatı hem de talebi belirlemek gibi bir tekel niteliği kazandırmaktadır.
- İlaç ve medikal cihaz piyasalarında patent kanunlarının arkasında tekel niteliği kazanan firmalar, piyasanın etkinlik ve rekabet içinde çalışmasını engellemektedir.
- Sağlık hizmetlerinde talebin beklenmedik zamanlarda ortaya çıkışıyla karakterize olan temel özelliklerinden birisi talep belirsizliğidir. Belirsizlik, hizmetin üretim koşullarını diğer metalar için geçerli olandan oldukça farklı bir konuma sokarak, arz/talep dengelerini ve rekabet koşullarını geçersizleştirir.

- Salt kamusal mal ve hizmetlerin ekonomik özellikleri açısından başlıca iki genel özelliği ise rakipsizlik ve dışlanamazlıktır. Tüm topluma yönelik olarak sunulan sağlık hizmetleri (özellikle koruyucu sağlık hizmetleri) bölünemez özellik gösterirler. Bu bağlamda bakıldığında bu tür hizmetlerin pazarlama olanağı olmadığı gibi tamamen piyasaya bırakılmaları halinde eksik üretimle karşılaşılacağından toplumsal maliyeti yüksek olacaktır.

Tüm bu nedenler aslında sağlık hizmetinin neden yalnızca “piyasa”ya bırakılamayacağı sorusunun da cevabı niteliğindedir. Çünkü “piyasa koşulları içinde, gelir düzeyleri farklı olan toplumsal sınıfların sağlık hizmetinden eşit olarak yararlanabilmeleri olanaksızdır. Hatta piyasa koşulları var olan eşitsizlikleri artırıcı bir işlev de görür” (Belek, 2009: 153). Bunun en iyi örneği sağlık sektöründe her tür serbest piyasa uygulamasının mubah görüldüğü Birleşik Devletler’dir. Tıp Enstitüsü’nün metodolojisi ve Nüfus Dairesi’nin sosyal sigortanın kapsayıcılığına dair verilerinin birleştirilmesine temellenen Dorn’un çalışmasında, sağlık sektöründe sürekli olarak transfer edilmeye çalışılan özel sektör ve özel sigortacılık politikasının “ Birleşik Devletler’de 22.000’i 2006 yılında olmak üzere 2000-2006 yılları arasında toplam 137.000 kişinin ölüm nedeni” olduğu tespit edilmiştir. Bu kişilerin ölüm nedeni “sağlık sigortasından mahrum olmalarıdır” (Dorn, 2008: 2). İktidara gelmesiyle birlikte sağlık reformuna girişen ve piyasa yanlıları ve muhalefetten tepki alan Başkan Obama’nın herkese sağlık sigortası sunma yönündeki çabalarının ne kadar anlamlı olduğu ortadadır.

Bölüm Değerlendirmesi

Bu bölümde genel olarak, Kamu İşletmeciliği Yaklaşımı’nın yükselişiyle devletin değişen rolünün sağlık politikalarına yansımaları, yapı-aktör temelli bir analizle, değişimin bağımlı, politika transferinin ise bağımsız değişken olduğu bir perspektiften incelenmiştir. Bu bölüm konuya giriş mahiyetinde olup sonraki bölümlerde kullanılacak teorik bir çerçeve oluşturmaktadır.

3. YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Modeli

Araştırmada, betimsel araştırma yöntemi kullanılmaktadır.

İlk bölümde çalışmanın problemi, amacı, önemi, varsayımları, sınırlılıkları, tanımları ele alınmıştır.

İkinci bölümde kuramsal bir çerçeve çizilerek küresel ölçekte yaşanan politika değişimi tanımlanmış, politika değişiminin ortaya çıkış nedenleri genel olarak kamu politikalarında özelde ise sağlık politikaları bağlamında irdelenmiş; yaşanan değişimin alternatifi olup olmadığı sorusu irdelendikten sonra; bu değişimin küresel ölçekte yayılmasının araçları tanımlanarak, bu araçlarla mevcut değişime Türkiye'nin intibakının nasıl sağlandığı ilgili araştırmalarla desteklenerek teorik temelde tartışılmıştır.

Üçüncü bölümde araştırmanın yöntemi üzerinde durulmuştur.

Alana katkı yapılmasına çalışılan dördüncü bölümde, çalışmanın odağı olan yılların biraz gerisinde olsa da Cumhuriyet'ten günümüze Türk Sağlık Politikası'ndaki değişimlere değinilecektir. Bu bölüme, salt bir kronolojik sıralama kaygısından ziyade politika değişimlerinin üzerine inşa edildiği mevcut yapının tarihsel arka planını görerek, karşılaştırma yapma yoluyla daha derinlemesine bir analize yardımcı olacağı algısıyla yer verilmiştir. Bölümün ikinci ana başlığında, SDP tüm yönleriyle ayrıntılı olarak tanıtılacak ve dönüşüme dair tüm esasları içeren ilk resmi kaynak içerik analizine tabi tutularak içerdiği kavramların, piyasa temelli politikaları pazarlama görevini üstlenen Uluslararası Kuruluşların (Dünya Bankası, IMF, OECD) jargonu ile olan bağı ortaya konmaya çalışılmıştır.

Çalışmanın temel problemini yanışlamak ya da doğrulamak zorunluluğundan ziyade mevcut durumu en iyi şekilde resmetmenin amaçlandığı sonuç ve öneriler bölümünde, analitik bakış açısı ile çerçeve içinde oluşan girift resim değerlendirilecek ve görülenler alternatif bir politika önerisinde bulunmak için kullanılacaktır.

3.1.1 Bilgi Toplama Kaynakları

Konu ile ilgili yayımlanmış her türlü kitap, makale, inceleme, eviri, istatistikî bilgi, rapor vb. ile internet ortamından erişilebilen her türlü doküman incelenmiştir.

3.1.2 Bilgilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Bilgi toplama yöntemleri sonucunda elde edilen bilgiler, niteliksel çözümleme tekniği ile incelenerek; sınıflandırma, metin ve içerik analizi, karşılaştırma ve yorumlama araçları ile de değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR VE YORUM

Bu bölüm üç ana başlıktan oluşmaktadır. İlk ana başlıkta, SDP'nin geçmiş sağlık politikalarını tanımadan tam olarak anlayamayabileceği algısı ile Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları'ndaki değişime değinilmiştir. İkinci ana başlıkta Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın tüm yönleriyle incelenecektir. Üçüncü ana başlıkta ise, benzer reform deneyimine sahip seçilmiş ülke örnekleri ile Türkiye karşılaştırmalı bir perspektifte incelenecektir.

4.1 Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları ve Değişim

Bu ana başlık dört alt başlıktan oluşmaktadır. İlk alt başlıkta 1920 – 1938 yıllarını kapsayan ve Dr. Refik Saydam ile anılan döneme değinilecektir. İkinci alt başlıkta, 1938 – 1960 yıllarını kapsayan Dr. Behçet Uz ve Demokrat Parti'nin liberal politikaları ile anılan döneme değinilecektir. Üçüncü alt başlıkta, Sağlıkta Sosyalleştirme Dönemi olarak anılan 1960 – 1983 dönemi ve son alt başlıkta Anavatan Partisi (ANAP) iktidarı ile başlayan konjonktürel neoliberal politikaların etkilerinin yaşandığı 1983 – 2002 dönemine değinilerek sonlandırılacaktır.

4.1.1 1920-1938 Dönemi Sağlık Politikaları

“23 Nisan 1920'de çalışmaya başlayan TBMM, çıkardığı yasalarla, daha Cumhuriyet ilan edilmeden Cumhuriyetin kuruluş ilkelerini yaşama geçiriyor, başka bir söylemle adım adım Cumhuriyeti kuruyordu. TBMM'nce çıkarılan... [Ü]ç numaralı kanun Sıhhiye ve Muavenatı İçtimaiye Vekâleti'nin¹⁰ kuruluş kanunu; *'ulusun sağlığını sağlamadan ulus da olunmaz, devlet de olunmaz*

¹⁰ Günümüz Türkçesine göre: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı

ilkesi'nin yaşama geçirilmesinden başka bir şey değildir" (Akdur: 2008, 2). İlk Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar'dır. Bu dönem sağlıkla ilgili düzenli bir kayıt fırsatı olmamış, daha çok savaş yaralarının sarılmasına ve mevzuat geliştirmeye odaklanılmıştır (Akdağ, 2008a: 14).

Cumhuriyetin ilanından sonra sağlık hizmetleri de kurumsallaştırılmaya başlanmıştır. Cumhuriyet döneminin ilk Sağlık Bakanı olan ve bu görevini (Kasım 1924 - Mart 1925 arası hariç) yaklaşık 14 yıl sürdüren Dr. Refik Saydam Türk Sağlık Sistemi'nin kurulmasına öncülük etmiş ve sık rastlanan bulaşıcı hastalıklarla mücadele için koruyucu hekimlik uygulamalarını yaygınlaştırma politikasını uygulamıştır. (Savaş, Karahan ve Saka, 2002: 13).

"1928 yılında çıkarılan... '1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun'¹¹Cumhuriyetin bu alandaki en büyük eserlerinden biri olarak kabul edilebilir. 1930 yılında çıkarılan '1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu' o dönemin en ileri sağlık yasalarından biridir. Uluslararası alanda da, Sovyetler Birliği hariç, ... [B]enzer genel bir sağlık yasası yoktu. Yasa o denli toplumsal bir içerik taşıyordu ki, yasanın bakanlığın görevlerini belirleyen 18 maddesinden 15'i 'koruyucu sağlık hizmetleri' ile ilgiliydi"(Akdur, 2008: 2).

Bu dönem sağlık politikasının belirleyicisi olan Refik Saydam' a göre; merkezi yönetim bulaşıcı hastalıklara gerekli özeni gösterebilecek şekilde dikey olarak yapılanmalıdır. Yerel yönetimler (belediyeler) ise tedavi edici (hastane vb.) sağlık hizmetlerini yerine getirmeli, hükümetin sorumluluğu yalnızca bu hizmetlerin yönlendirilmesi ve koordinesi noktasında olmalıydı (Savaş ve diğerleri, 2002: 14).

4.1.2 1938-1960 Dönemi Sağlık Politikaları

Bu dönemin, ilk yılları resmi olarak tüm dünyada 1 Eylül 1939'da başladığı kabul edilen II. Dünya Savaşı'nın neden olduğu; ekonomik ve sosyal sıkıntılarla geçmiştir. Savaşa katılmadan toprak bütünlüğünü korumayı amaç edinen Türkiye, kaçınılmaz olarak savaşın olumsuz sonuçlarından

¹¹ Sağlık mesleklerine giriş şartlarını ve yürütümüne dair usul ve esasları belirleyen ve halen yürürlükte olan kanundur.

etkilenmiştir.

Bu dönemdeki önemli olaylardan biri 1945 yılında İşçi Sigortaları Kurumu'nun kurulması ve bu kurumun 1952 yılında kendi kurduğu sağlık birimleri ve hastanelerinde hizmet vermeye başlamasıdır. Böylece, *ülkedeki sağlık hizmeti ve sağlık personeli istihdamının sağlıkla ilgili bakanlıkça yerine getirilmesi anlayışının dışına çıkmış oldu* (Sargutan, 2006: 213).“Bu arada hemen her kamu kuruluşu ve tüzel kişilik ... [K]endi hizmetini kendi verme yolunu tutmuşÖyle ki, 1960 yılı başlarında, değişik gruplara sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluş sayısı 40'ı aşmıştı” (Özkan, 2001: 50). Böylece sağlık hizmetleri sunumunda oluşmaya başlayan parçalı yapı sonraki yıllarda sürekli tartışılan “...[H]izmet sunumunda verimsizlik tartışmalarının kaynağını oluşturmuştur” (Tatar, 2003: 251).

Bu dönemde iki kez Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı olan Dr. Behçet Uz, ilk dönemi olan 1946-1948 yılları arasında *Milli Sağlık Planı* adı verilen bir programı uygulamaya geçirmiştir. Plan; koruyucu hekimlik örgütü ile köylerde sağlık örgütü kurulması, sağlık personelinin ihtiyaca uygun yetiştirilmesi, yeni sağlık kurumları inşası ile mevcutların çağdaş hale getirilmesi gibi dönemin ekonomik şartlarına göre temenni sayılabilecek hedefleri içerir. Planın yenilikçi yanı ise sağlık hizmetlerinin finansmanında tek kaynağı devlet bütçesi olarak görmeyip Sağlık Sandıkları biçiminde örgütlenecek bir milli sağlık sigortası birliği ile sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılmak üzere bir Sağlık Bankası oluşturulması hedefiydi. Plan kırsal alan sağlık örgütlenmesini de yeniden düzenliyor her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezi, her 10 köye de bir sağlık memuru ve ebe görevlendirilecekti. Fakat plan hazırlıkları bitmek üzereyken Dr. Behçet Uz' un görevden ayrılması ile plan gerekli ilgiyi görmemiştir (Sargutan, 2006: 213-214).

“1950' li yıllara damgasını vuran Demokrat Parti döneminde sağlık merkezleri üzerinde odaklanılmıştır. Dr. Uz'un ikinci döneminde de 'Milli Sağlık Programı' adlı yeni bir program gündeme gelmiş ancak program yasal bir hüviyet kazanamamıştır” (Tatar, 2003: 252). Milli Sağlık Planı'nın (1946) maliyet ve süre açısından *budanmış bir versiyonu* olan 1954 tarihli Milli Sağlık Programı'na göre Sağlık Merkezlerinin ülke çapında yaygınlaştırılması

için çok kaynağa ihtiyaç vardır. Bütçeden ayrılan kaynakla bunu yapmak imkânsızdır. Bu nedenle “programda tüm sağlık hizmetlerinin reformu yerine Sağlık Merkezleri aracılığıyla taşra-kırsal sağlık hizmetlerini teşkilatlandırma amaç edinmiştir “ (Metin, 2002).

Bu dönem genel olarak değerlendirildiğinde; 1946–1948 ile 1954-1955 yılları arasında iki kez görev yapan idealist ve reformist bir bakana karşın programları sahiplenme konusunda özellikle diğer siyasi irade sahiplerinin ve bürokratların isteksizliği görülmektedir. Bu döneme dair aşağıya alıntılanan tespit ilginçtir:

Her iki programında yasalaştırılması ve uygulamaya konulmasında hükümetlerin yeterince çaba harcamadıkları söylenebilir. Gerçekte, her iki programında gerçekçi olmadıkları şeklinde eleştiriler yanında, yasalaşmasını engelleyen başka nedenler de bulunmaktaydı. Çünkü planın ele alacağı konular arasında ilaç sanayinin denetlenmesi ve özellikle koruyucu hekimlik için gerekli ilaçların Bakanlık olanaklarıyla üretilmesi; süt ve mama gibi çocuk beslenmesi için gerekli tesislerin kurulması ve işletilmesi de bulunuyordu. Bunlar sermayedarların çıkarlarını zedeleyecek nitelikteydi. Nitekim Demokrat Parti iktidarları döneminde Sağlık Bakanı olan Dr. Hayri Ekrem Üstündağ söz konusu sağlık planını ele almış ve daha da genişleterek Bakanlar Kurulu'na sunmak üzere iken kabine dışı bırakılmıştı (Özdemir, 2001a: 263).

4.1.3 1960-1983 Dönemi Sağlık Politikaları

Bu dönem 27 Mayıs 1960' ta gerçekleşen Türkiye Cumhuriyeti'nin ilk askeri darbe deneyimi ile başlamaktadır. Bu dönem, Sağlık Politikası literatürüne *Sağlık Hizmetlerinde Sosyalleştirme Dönemi* olarak geçmiştir. Ülke idaresinin Milli Birlik Komitesi'nin elinde bulunduğu dönemde kabul edilen 1961 tarihli 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa¹² amacını açıkladığı ilk maddesinde: "İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak maksadıyla tababet¹³ ve tababetle ilgili hizmetler bu

¹² Bu kanunun tam metnine Başbakanlık Mevzuat Bilgi Sistemi [MBS] üzerindeki şu adresten ulaşılabilir:

<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=1.4.224&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=>

(Erişim: 07.01.2010)

¹³ Tababet: Hekimlik, Tıp.

kanun çerçevesinde hazırlanacak bir program dâhilinde sosyalleştirilecektir.” demektedir. Askeri yönetim tarafından atanan ve 1960-1966 yılları arasında Sağlık Bakanlığı Müsteşarı olan Dr. Nusret Fişek’ e göre bu sağlık hizmetleri açısından “devrim niteliğinde bir kanundu” (Fişek, 1963: 264).

4.1.3.1 Sağlık Hizmetlerinin “Sosyalleştirilmesi”nden Ne Anlaşılmalıdır?

Kanunun daha hazırlık çalışmalarının yapıldığı günlerden başlamak üzere sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ya da sosyalizasyonu gibi kavramların kullanılması sosyalizm’i çağrıştırması sebebiyle bürokratlara ve siyasilere rahatsızlık vermiştir (Sargutan, 2006: 222). Aslında 224 sayılı yasanın terimler bölümünde açıkça belirtildiği üzere:

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile amme sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına iştirak suretiyle eşit şekilde faydalanmalarıdır (Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa: 1961).

Görüldüğü üzere yasada bu kavram, yalnızca bir *finansman modelini* belirtmek için kullanılmış olsa da; *sosyalleştirme*, *ücretsiz* ve *eşit* kelimelerinin birlikteliği nedeniyle önyargıları aşamamış ve yasanın tam olarak uygulanmasında -görünürde olmasa da- psikolojik engellerden biri olmuştur.

4.1.3.2 Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963–1967)

Sağlık alanında ana ilkesini “halkın sağlık seviyesini yükseltmek” olarak belirleyen 1963–1967 yıllarını kapsayan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Türkiye’de planlı kalkınma döneminin başlangıcı olarak kabul edilir (DPT, 1963: 406). Bu tarihten sonra sağlık politikalarının ana hatları bu planlar takip edilerek izlenebilir.

Sağlık sektörüne yönelik ilk beş yıllık kalkınma planının hedefleri şunlardı (OECD ve Dünya Bankası, 2009: 32-33):

- Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi

- Sağlık Bakanlığı aracılığıyla halk sağlığı hizmetleri sunulması
- Sağlık personelinin ülke genelinde eşit şekilde dağıtılması
- Toplum sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi,
- Ulusal ilaç sanayinin teşvik edilmesi
- Özel hastanelerin kurulmasının desteklenmesi
- Genel sağlık sigortası sisteminin kurulması
- Devlet hastanelerinde döner sermaye sisteminin kurulması.

Bu dönemde sağlık hizmetlerinin finansmanı için halktan prim toplanması uygulamasına geçilememesi sonucu oluşan boşluğu doldurmak için; sağlık harcamalarının finansmanına yönelik çalışmalar başlatılmıştır.

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı kapsamında “Genel Sağlık Sigortası Kanun Taslağı ilk olarak 1967’de hazırlanmış fakat Bakanlar Kuruluna sunulamamıştır” (Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2007: 100).

4.1.3.3 İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968–1972)

1968-1972 yıllarını kapsayan İkinci Beş yıllık Kalkınma Planı yukarıda belirtilen sağlık hedeflerini tekrar ettikten sonra uygulanacak politikalar kısmında: “Tek bir sağlık sigortası tatbikatına geçişi kolaylaştırmak amacıyla ve bu tatbikata geçinceye kadar kamu sektörüne ait sağlık tesislerinde (Milli Savunma Bakanlığı özel tesisleri hariç) iyi bir koordinasyon sağlanacağını” belirtirken kademeli olarak genel sağlık sigortasına geçişi de öngörmüştür (DPT, 1968: 273-275). Ancak, 1971’de TBMM’ ne sunulan tasarı kabul görmemiştir.

4.1.3.4 Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973–1978)

1973–1978 yıllarını kapsayan Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı sağlık politikaları açısından öncekilerin bir tekrarı niteliğindedir. Bu planın da sağlık politikasını belirleyen ilkeler ve tedbirler kısmının birinci maddesi sağlık hizmetlerinin tek elden yönetimine ayrılmış, sekizinci maddesinde ise genel sağlık sigortasına değinilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin tek elden yönetilmesi temel ilkedir. Yataklı tedavi kurumlarında tek elden yönetime ulaşmak için yataklı tedavi tesisleri

Üçüncü Planın ilk iki yılı içinde tek bir kurum haline getirilecek Milli Savunma Bakanlığının özel nitelikteki ve üniversitelerin eğitim amaçları dışındaki bütün diğer kamu kuruluşlarına bağlı hastaneler bu kuruma devredilecektir (DPT, 1973: 824).

Kademeli bir şekilde uygulanmak üzere bir genel sağlık sigortası için gerekli mevzuat hazırlanacaktır. Mevzuatın hazırlanmasında, sigortanın sağlık hizmetinin geliştiği illerde yataklı tedavi kurumlarına talebi artırmaması göz önünde tutulacak ve sigortanın yaratacağı ek talebin gerektireceği finansmanın yalnız sigorta primlerinden karşılanması esas olacaktır (DPT, 1973: 825).

Bir önceki plandan iki yıllık bir süre öngörmekten başka farkı olmayan bu plana göre hazırlanan yasa tasarıları da 1976 yılında TBMM' ne sunulmuş fakat kabul edilmemiştir.

Bu planın uygulandığı dönemde iki sorun vardır. Bunlardan ilki petrol fiyatlarında -tüm dünyada petrol fiyatlarının artmasına paralel- dört kata varan artışların meydana gelmesidir. İkincisi ise, hükümetin; büyük kamu sektörü açıkları ve yüksek değerli kur uygulamasını içeren fiyat çarpıklıklarından oluşan *sıradan politika tuzaklarının* hiçbirine karşı koyamayışıdır. Sonuçta, 1973'te 534 milyon dolar olan bütçe açığı, 1977'ye gelindiğinde 3,431 milyon dolara yükselmiş ve bu açık kısa vadeli dış borçlanmaya kapatılmaya çalışıldığından 1977 yılı başlarında dış borç kaynaklarında tedirginlik ve sermayenin ülke dışına kaçışında artışla karakterize bir borç krizi yaşanmıştır (Celasun ve Rodrik, 1989: 630).

4.1.3.5 Alma Ata Deklarasyonu

Sosyalizasyon politikalarıyla şekillenen ve kalkınma planları ile somutlaştırılan bu dönemin politikalarına etki eden *Alma Ata Deklarasyonu*'da bu noktada anılmalıdır.

Alma Ata Deklarasyonu, 1978'de Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF tarafından organize edilen uluslar arası bir konferansta, Türkiye'nin de dahil olduğu 134 ülkenin sağlık bakanları tarafından imzalanmıştır.¹⁴ *Herkes için Sağlık* hedefine ulaşmak için Temel Sağlık Hizmetleri Stratejisi oluşturulmuş ve bu

¹⁴ Çin dünyanın en yoğun nüfusuna sahip ülke olmasına rağmen deklarasyonun hazırlık aşamasına ve imzalanmasına katılmamıştır. Ayrıca, Birleşik Krallık'ta deklarasyona imzalamamıştır.

gelişmekte olan ülkelerin sağlık sektörlerindeki politika gündemini belirlemede güçlü bir etkiye sahip olmuştur. Deklarasyonun ilkeleri:

- Hem sürdürülebilirlik açısından hem de ilkesel olarak hakkaniyete dikkat etmek sağlık stratejilerinin kalbi olmalıdır,
- Sağlık hizmetleri hakkında kararlar hem kabul edilebilir hem de uygun olduğundan emin olmak için toplumun katılımıyla verilmelidir,
- Sağlık stratejileri tüzel bir koruyucu yaklaşıma sahip olmalıdır,
- Dar bir tıbbi odaklanma yerine sağlığın geniş alana yayılmış belirleyici faktörlerini dikkate alan sektörler arası bir bakış açısına sahip olunmalıdır,
- Toplumun sağlık ihtiyaçları ile kaynaklar arasında oluşacak kaçınılmaz açıkları önlemek için sağlık stratejilerinde uygun teknolojinin benimsenmesi ihtiyacı desteklenmelidir (Green, Ross ve Mirzoev, 2007: 12).

Türkiye’de 1978’de orijinal dokümanı imzalamasıyla Temel Sağlık Hizmetleri’ne ilişkin kesin taahhütlerde bulunmuştur. Ancak, 1990’li yıllara kadar bu konuda ciddi bir ilerleme gerçekleşmemiştir (Tatar ve Tatar, 1997: 228).

4.1.3.6 Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979–1983)

1979–1983 yıllarını kapsayan Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı sağlık politikaları alanındaki önceki dönem gelişmelerinin genel bir değerlendirilmesi ve dahi bir eleştirisi niteliğindeki şu ön kabulde başlamıştır:

...[S]ağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine 1963 yılında başlanmış ve kapsanan il sayısı, 1978 yılında, 46’ya yükselmiştir. Ancak, sağlık hizmetlerinin tek elden yönetimi, etkin bir istihdam ve ücret politikası, sağlık eğitimi, v.b. sorunların giderilmesi gibi ön koşulların yerine getirilemeyişi, bu birimlerin işlerliğini engellemekte, hizmetin sınırlı bir biçimde gelişmesine neden olmaktadır (DPT, 1979: 460).

Bu dönemde, “sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi programı, bütün yurtda uygulamaya konulacak şekilde ele alınacaktır” (DPT, 1979. 465). Bu planı kendinden öncekilerden ayıran en dikkat çekici özelliği ise ilke ve politikalar

başlığı altındaki: “[S]ağlık sigortaları kapsamı dışında kalan kişilerin sağlık gereksinimleri Devlet tarafından karşılanacaktır.” maddesidir. Bu gerçekçi bir finansman modeliyle desteklenebilse idi Sosyalleştirme Dönemi'nin ulaşacağı son noktayı ifade ediyordu. Fakat ne mevcut sigorta prim tabanı ne de genel bütçeden o dönem için sağlığa ayrılan pay (1980 için % 4,21) genel sağlık sigortası primleriyle desteklenmeksizin böyle bir politika hedefini temenniden öteye götürmeye yetecektir.

Ayrıca planda, ortalama % 8 gibi bir büyüme oranı hedeflenmiş iken 1979–1980 yılı için GSYİH’ da büyüme oranları sırasıyla : -0,4 ve -1,1 olarak gerçekleşmişti (Parasız, 2001: 307-308). İşte bu nedenle; “4. Beş Yıllık Plan ekonomi yönetiminin aymazlığı açısından tarihi bir belge niteliği taşımaktadır” (Gürsel, 2000: 55; aktaran Parasız, 2001: 308).

4.1.3.7 24 Ocak 1980 Kararları ve Sonrası

Sonraki dönemlerde, sosyal politika alanındaki değişmelerin gerçekleşmesinde başlangıç noktası olarak gösterilen ve çalışmanın ilerleyen bölümlerinde sıklıkla atıf yapılacak “24 Ocak Kararları” bu dönemde alınmıştır. Bu dönemin doğru analiz edilebilmesi için siyasal istikrarsızlıkların ve toplumsal şiddetin giderek arttığı; 1980 yılı başlarında ekonomik olarak tükenmiş bir Türkiye resmi ile yüzleşmek gereklidir. Ülkenin içinde bulunduğu makroekonomik dengesizliklerin günlük yaşam tasviri içine harikulade şekilde yerleştirilmiş olduğu; ünlü bir ekonomistin bu döneme ait tespiti şöyledir:

Vatandaş günlük yaşam derdinde. Elektrik günde 8 saat kesiliyor. Çünkü santral çalıştıracak petrolü alacak döviz yok. Evdeki kalorifer de çalışmıyor. Mazot olsa da çalışmıyor çünkü pompası elektrikli. Aygaz bulmakta zorlanıyoruz. Arada sırada benzin de ortadan kayboluyor. Margarin de yok. Türkiye yoklar ülkesi. Ekonomi ayrı bir alem. Her şey karaborsada. Her şey çift fiyat, çift ödeme. Döviz olmadığı için sanayi ara mal ve girdi ithal edemiyor. Üretim neredeyse durmuş. Ama talep çok yüksek. Fiyatlar ve karlar habire yükseliyor. Yaşayanlara anlatmak gereksiz. Yaşamamış olanlara anlatmak ise çok zor (Akat, 2004: 15).

Yapılan tespitin oluşmasına en büyük katkı tabii ki ekonomi politikasının doğru yönetilememesidir. Bunun yanında Akat'ın tasvirini oluşturan diğer öğelerin daha ekonomik terimlerle anlatılması gerekirse; Türk Ekonomisi'ni 24 Ocak Kararlarına götüren süreçte:

- Enflasyon sorunu,
- Kapasite kullanım oranının düşüklüğü,
- İhracat durgunlaşması,
- Yurtiçi tasarrufların azalması,
- Kısa vadeli dış borç yükünün ağırlaşması,
- Yaşanan döviz darboğazları en önemli sorunlar olarak sıralanabilir (Parasız, 2001: 311).

24 Ocak 1980 kararlarına kadar, izlenen politikalarla devletin dayanıklı ve dayanıksız tüketim malları ile ara ve yatırım malları üretimini gerçekleştirerek ekonomiyi hem geliştirme hem de kısmi bir otonomiye kavuşturma hedeflenmiştir. Ancak dış rekabette koruyan, iç pazarı hedefleyen üretim felsefesi ve kalite ve maliyet etkinliğinde bir referans değerler sisteminden fiilen yararlanılamaması nedeniyle, ithal ikameci olarak nitelenebilecek iktisadi devletçilik modeli iflas etmiştir (Toprak, 2001: 1).

Bu iflasın ekonomik bir yeniden yapılanma ile düzeltilebileceği öngörüsünü içeren 24 Ocak 1980 Kararları kaçınılmaz olarak birçok sosyal politika alanı gibi sağlık politikasını da derinden etkilemiştir. Bu politika değişiminin ilk işareti askeri yönetim tarafından hazırlatılan yeni anayasada görülebilir.

12 Eylül 1980' de gerçekleşen askeri darbe ile Cumhuriyet tarihinde ikinci kez sivil iktidar yönetimi askeri makamlara bırakmak zorunda kalmıştır. 27 Mayıs askeri darbesinin ürünü olan mülga 1961 Anayasası'nın 48. maddesinde Sağlık Hakkı: "Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevlidir." (T.C. Anayasası, 1961) şeklinde iken; 12 Eylül darbesi ile yönetimi ele alan askeri yönetim tarafından hazırlatılan Anayasa'nın 56. Maddesinde ise:

"Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir." (T.C. Anayasası, 1982)

şeklinde düzenlenmiştir.

Bu noktada iki anayasa maddesi, literatürde genel kabul görmüş tanımı ile anayasanın: "...[D]evletin temel kuruluşunu ve işleyişini belirleyen kuralların

bütünü”¹⁵ ya da “[N]ormlar hiyerarşisinde en üst sırayı işgal eden ve kanunlardan farklı ve daha zor bir usulle konulan ve değiştirilebilen hukuk kurallarının bütünü”¹⁶ olduğu akılda tutularak karşılaştırıldığında sağlık politikasındaki dönüşüm açıkça görülmektedir (Gözler, 1999: 17). Artık sağlık politikasında :” ... [D]evlete ödevler yükleyen *sosyal devlet anlayışı* bu ödevlerden yoksun *düzenleyici devlet anlayışıyla* yer değiştirmiştir.” (Yaşar, 2008: 159).

Buna ek olarak, bu döneme ait Kalkınma Planı'nın ruhuna uygun bir şekilde “1982’de Anayasa hazırlanırken Danışma Meclisi’nce Anayasa taslağına ‘genel sağlık sigortası kurulur’ hükmü konmuş; ancak Milli Güvenlik Kurulu bunu ‘genel sağlık sigortası kurulabilir’ şeklinde değiştirmiş ve Anayasa bu haliyle kabul edilmiştir” (Özdemir, 2001a: 273).

Bu döneme ilişkin genel bir değerlendirme yapmak gerekirse:

- Sosyalleştirme politikaları üzerine kurgulanan, Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’na göre:“sağlık personelinin sayıca yetersiz oluşu, sağlık hedeflerine ancak uzun sürede ulaşılmasına imkân vermektedir. Bu sebeple sağlık plânı bugün mevcut ve ilerde yetiştirilecek olan personeli çeşitli hizmetlerde en verimli şekilde kullanan ve hedeflere 15 yılda ulaşan programlar halinde düzenlenmiştir” (DPT, 1963: 406). “Ancak bu sürenin 1979 yılında, 1983’e kadar uzatılması gerekmiş ve ancak 1983 yılında tüm ülke sosyalleştirme kapsamına alınabilmiştir” (Özdemir, 2001a: 270). Bu süreçte de birçok il yasanın 17. maddesine¹⁷ aykırı bir şekilde gerekli altyapı sağlanmadan sosyalleştirme kapsamına alınmıştır.
- Sağlık hizmetlerinin tek elde toplanması tam anlamıyla bir türlü gerçekleşmemiştir (Özdemir, 2001a: 271; Sargutan, 2006: 221).

¹⁵ “Maddi anlamda anayasa” tanımıdır. Gözler tarafından bu tanımın alıntılıandığı yazarlar ve eserleri hakkında ayrıntılı bilgiye şu adresten erişilebilir:

http://www.anayasa.gen.tr/turkanayasalari.htm#_ftn5

(Erişim: 23.10.2010)

¹⁶ “Şekli anlamda anayasa” tanımıdır. Gözler tarafından bu tanımın alıntılıandığı yazarlar ve eserleri hakkında ayrıntılı bilgiye şu adresten erişilebilir:

http://www.anayasa.gen.tr/turkanayasalari.htm#_ftn6

(Erişim: 23.10.2010)

¹⁷ Madde 17- Bir bölgede sağlık hizmetlerinin iyi bir şekilde yürütülmesi için gereken tesisler, lojmanlar, malzeme, araçlar ve personel temin edilmeden o bölgede sosyalleştirme planı tatbik edilemez.

- Sağlık hizmetlerinin finansmanı için halktan prim toplanması uygulamasına tasarıda yer almasına rağmen yasada yer verilmemiş, hizmetler genel bütçeden ayrılan ödeneklerle karşılanmaya çalışılmış olsa da bu oran hiçbir zaman yeterli düzeye ulaşamamıştır (Sargutan, 2006: 221). Böylece yasanın en zayıf yanı finansman sorunları olmuştur.
- Sosyalleştirme ya da sosyalizasyon kavramlarının siyasetçi ve bürokratlar üzerindeki ideolojik çağrışımlarından kaynaklanan olumsuzluklar yaşanmıştır (Özdemir, 2001a: 271).
- Hekimlerin kamu ya da özel sektörü seçmeye zorlanarak kısmi-zamanlı çalışmalarının engellenmesi de aralıklarla uygulanmasına rağmen başarılı olamamıştır (Tatar, 2003: 253). 1978 yılında, Kamuda çalışan hekimlerin tam gün çalışmasına ilişkin bir yasa kabul edilmiş ve doktorların özel sektörde çalışması engellenmiştir. 1980 yılında ise bu kanunu iptal eden yeni bir yasa getirilmiştir (Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Yasa). Bu yasa, asıl olarak, hekimlerin ve diğer sağlık personelinin özel sektörde de olmak üzere yarı zamanlı çalışmasına izin vermiştir (OECD ve Dünya Bankası, 2009: 33). Böylece sosyalleştirmenin temel aldığı esaslardan biri daha yok edilmiştir.
- Sosyalleştirmenin sol eğilimli partilere göre tasarılanmasına rağmen "...[A]skeri yönetimden sonra gelen iktidarların neredeyse hepsinin liberal eğilimli olması ve destek aldıkları çevrelerle ters düşmemek için sistemin finansmanı için zorunlu olan vergi artırımını ya da yeni vergi koyma yoluna gitmemeleri" sonucu kaynak yetersizliği oluşmuştur. Ayrıca, sivil iktidarların askeri yönetimlerden duyduğu hoşnutsuzluğun sonucu olarak sağ eğilimli sivil iktidarların "modelin kaynak gereksinmelerini karşılamayarak muhalefetlerini ortaya koymuşlardır" (Tatar, 2003: 253). Bu durum da "iktidarların sahip olduğu neoliberal politikalarla, bu yasada benimsenen sağlık politikasının çelişmesi olduğu" gibi görüşlerin ortaya çıkmasına neden olmuştur (Özdemir, 2001a: 272).
- Uygulamaya koşulların en zor olduğu en geri kalmış bölgelerden başlanmıştır (Sargutan, 2006: 221). Böylece yöneticiler ve halk sosyalleştirmenin sadece geri ve kırsal bölgeler için olduğunu sandı (Özdemir, 2001a: 272).

- Hizmeti sunanlarla halkın bütünleşmesini öngören bu amaçla toplumun değişik kesimlerinin katılımıyla oluşturulması gereken kurullar ya hiç oluşturulamamış ya da iyi işletilememiştir (Sargutan, 2006: 221).

Hülasa, 1960-1983 arası dönem sağlık politikaları açısından ağır-aksak, gönüllü-gönülsüz uygulanmaya çalışılan bir reform programı vardır. Fakat “insan kaynakları (doktor sayısı vb.), teknik donanımda yetersizlik ve yürürlüğe konulan sosyalizasyon yasalarının yanlış uygulanması bu konuda başarıya ulaşılmamasını engellemiştir” (Savaş ve diğerleri, 2002: 16). Dönemin sonları ülke için ağır ekonomik ve siyasal bunalımların yaşandığı yıllar olmuştur. Bu kargaşa ortamını ekonomik açıdan aşabilmek için IMF ve Dünya Bankası tarafından alınması zorunlu görülen 24 Ocak Kararları'yla uygulanmaya başlayan yeni ekonomik program; Türk Ekonomisi'nde tüm kamusal mal ve hizmetlere bakışı değiştirmiş dolayısıyla sağlık politikasının da değişmesi gerekmiştir. Aslında, Türkiye “1970'lerin sonuna doğru kronikleşen iktisadi krizin etkisiyle içe dönük sanayileşme politikalarını yürütmek imkanını kaybeden ve dış borç batağına saplanan birçok gelişmekte olan ülke (GOÜ) gibi, “1980 sonrası süreçte ‘İkiz Kuruluşların’ bu programını uygulamak zorunda kalmıştır” (Soyak, 2006). 1960'dan bu yana sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi yönünde gösterilen ve DPT tarafından kalkınma planlarında somutlaştırılan çabalar bu politika değişikliği sonucu önemini kaybetmiştir. Süreçte önemini ve statüsünü yitiren de bir önceki dönemin politika belirlemede en önemli aktörü olan DPT olmuştur. Türk Ekonomisinde Planlı Kalkınma Dönemine ilişkin malumun ilanı sayılabilecek bu duruma ait bir tespit şöyledir:

“Yaşanan sürecin Türkiye’de kalkınma planlamasına kurumsal olarak en önemli yansıması 1982 Anayasası ile kalkınma planlamasının devletin temel görevlerinden çıkarılarak ekonomik hükümler bölümünde düzenlenmesi ve DPT’nin Anayasal bir kurum olma statüsünden yoksun bırakılmasıdır. Böylelikle DPT’nin işlev ve yapısında siyasallaşmaya açık bir sürece de yol açılmıştır” (Sezen, 1999: 107-136; Soyak ve Eroğlu, 2008’ den alıntı).

4.1.4 1983- 2003 Dönemi Sağlık Politikaları

“24 Ocak 1980 kararları ile Türkiye’nin ‘Yapısal Uyum Programları’

kapsamında Dünya Bankası ve IMF ile olan ilişkilerini farklı boyutlara taşıması ve bununla bağlantılı olarak liberal politikalar ile özelleştirme girişimlerinin hem politika hem de uygulama düzeyinde yoğunluğunun artması tüm sektörleri olduğu gibi sağlık sektörünü de etkilemiştir.” (Tatar, 2003: 255).Bu döneme ait Akdur’un tasviri şöyledir:

Türkiye’de 1980’den sonraki yılların temel özelliği, sağlık sektörünü, benimsenen bu yeni politikaya uygun hale getirme çaba ve zorlamaları ile geçirilmiş olmasıdır. Bu erkle, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve örgütlenmesi tartışmaya açılmış, hükümetlerce (özde birbirinden farklı olmayan) çeşitli modeller önerilmiş ve sürekli bir reform arayışı içinde olunmuştur. Geline nokta bulunan çözüm ise, genel hatları ile; hizmet sunumunda, sağlık ocaklarının kaldırılarak yerine muayenehane temeline dayalı olan aile hekimliğinin yerleştirilmesi, devlet hastanelerinin önce özleştirilmesi zamanla özleştirilmesidir. Finansmanda ise; genel bir kamu sigortası ‘genel sağlık sigortası’ üzerine oturtulmuş ‘özel sigortacılık ve cepten ödemedir (Akdur, 2008: 5).

Bu dönemde“...[R]eform gerekçesi olarak ileri sürülen şey, sağlık hizmetlerinin ‘bir sorun’ olmasıdır ve bunun da nedeni, mevcut sağlık sisteminin bürokratik mekanizmanın verimsizliğine teslim edilmiş olmasıdır. Bu sorunda ‘sağlık reformu’ ile çözülecektir” (Özdemir, 2001: 281-282).

Çalışmanın devamında, bu dönemin zihniyet değişimini en iyi yansıtan resmi kaynaklar olan kalkınma planlarının rehberliğinde sağlık politikasındaki değişimler incelenecektir. 1980 sonrası dönemde, “DPT-siyasal iktidar ilişkilerinin büyük ölçüde ‘uyum’ içinde sürdüğü ” tespitinde bulunan Akçay; bu uyumu “DPT’nin ekonomideki etkinliğinin azalmasına” ve siyasal iktidarın DPT kadrolarında yaptığı büyük değişimin yanında, değiştirilmeyen kadroların da 1981 yılında Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) ile imzalanan Kalkınma Planlaması Desteği anlaşması çerçevesinde “yeni birikim modeli doğrultusunda” zihniyet değişimine uğratılmasına bağlamıştır. Bu anlaşma çerçevesinde yapılan aktivitelerle “...DPT uzmanlarına yönelik uzun vadeli kurslar, seminerler, uluslararası toplantılar, inceleme gezileri... DPT çalışanlarının bakış açılarının “günün şartlarına” uygun hale getirilmesi amacı” na ulaşılarak neoliberal politikaların kalkınma planlarına dahil olması sağlanmıştır. (Akçay, 2007: 164).

Bu dönem, sağlık politikalarında yaşanan proje deneyimleriyle eklemlenmiş bir şekilde; kalkınma planları rehberliğinde incelenerek, “günün şartlarına” uygun politik bakış açısının sağlık politikasına yansımalarını görülmeye çalışılacaktır.

Bu dönemde;

- 1985-1989 yılları arasında Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı,
- 1990-1994 yılları arasında Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı,
- 1996-2000 yılları arasında Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı,
- 2001-2005 yılları arasında Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, uygulanmıştır.

4.1.4.1 Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Dönemi (1985-1989)

Sağlık hizmetlerinin eşit, sürekli, etkili sunulması ve genel sağlık sigortasına odaklanılan bu dönemde: “Hizmetin sunulmasında tedavi edici sağlık hizmetinden tedricen koruyucu sağlık hizmetlerine yönelinecektir.” ilkesi getirilmiştir (DPT, 1985: 150). Bu ilke büyük ölçüde bir temenniden ibarettir. Çünkü bu dönemin temel anlayışı sağlık hizmeti sunumunda özel sektörün teşvik edilmesidir. Özel sektör için sağlık alanında en karlı alanın koruyucu sağlık hizmetleri değil tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunulduğu hastaneler olduğu da aşikârdır. Dolayısıyla bu ilkeye işlerlik kazandırabilecek bir sağlık politikası, dönemin temel algısı olan neoliberal anlayışa hizmet etmiyorsa, kabul göremeyecektir ki öyle de olmuştur. Kalkınma planının, dönemin sağlık politikasına temel teşkil edecek olan;

- “Sağlık kuruluşları, hizmet verimliliğinin artırılması için, işletmecilik yönünden ele alınacak”,
- “Hastane işletmeciliği açısından rasyonel ve verimli olmayan çok büyük yatak kapasiteli eğitim ve uygulama hastanelerinin inşa edilmesinin önlenmesi”,
- “Özel sağlık müesseseleri ve hastaneler teşvik edilecektir”(DPT, 1985: 150).

Bu son üç ilke koruyucu sağlık hizmetlerine yönelme ilkesinin bir temenniden

ibaret olduğunu ispatlar niteliktedir. Eğer hükümet koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verirse, *gelişmesini* çok istediği özel sektöre kaynak aktarımını kesmiş olacaktı. Bu sağlık politikası yapıcıları için hep bir ikilem olmuştur ki bunu ilk tecrübe eden 1950 – 1954 yılları arasında Sağlık Bakanı olan Dr. H. Ekrem Üstündağ’dır. Daha önce belirtildiği gibi¹⁸ bakan, ilaç sanayinin yerelleştirilmesi ve gerekirse temel ilaçların bakanlığın kontrolündeki işletmelerde üretilmesi önerisini tam yasal zemine aktaracak iken kabine dışı kalmıştır. Bir başka örnek ise, 1981-1983 yılları arasında bakanlık yapan Kaya Kılıçturgay’a ilişkindir. Yüksek ilaç fiyatları ve ilaç tekelleri ile ilgili sıkıntılar olduğunu dile getiren bakan 11 Eylül 1982’de Anka ajansına yaptığı bir açıklamada: “İlaç, üretiminden tüketimine, kalitesinden fiyatına kadar her aşamada devletin denetimi altında olmalıdır.” demiştir (Başbakanlık Basın Yayın ve Enformasyon Genel Müdürlüğü [BYEGM],1982). Sonuçta, “dönemin Sağlık Bakanı’nın ‘ilaç problemi’ diyerek açtığı gündemi, ilaç tekellerini temsil eden çevreler ‘Bakan problemi’ sloganı ile yanıtlamışlar, süreç bakan değişikliği ile sonuçlanmıştır” (Ardıç, 1992: 39).

“1986-1989 arasında ‘Temel Sağlık Hizmetleri Yasası’, ‘Eğitim, Gençlik, Spor ve Sağlık Vergileri Yasası’, ‘Bağ-Kur Sağlık Sigortasının Kurulmasına Dair Yasa’, yürürlüğe konuldu” (Savaş ve diğerleri, 2002: 16). 3359 sayılı Temel Sağlık Hizmetleri Yasası’nın döneminde en çok eleştiri alan, 5. Maddesine göre¹⁹:

Bu Kanun kapsamına giren kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşları, ilgili Bakanlığın teklifi ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının uygun görmesi halinde Bakanlar Kurulu kararı ile kamu tüzelkişiliğini haiz sağlık işletmesine dönüştürülürler....Yeterli işletme büyüklüğünde bulunmayan sağlık kuruluşları tek bir sağlık işletmesi altında toplanabilir.... Sağlık işletmelerinde görevli olan ve mesleklerini serbest icra etmeyen tabipler, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının tespit edeceği usul ve esaslar çerçevesinde ve sağlık işletmesi yönetiminin uygun görmesi halinde mesai saatleri dışında kuruluştaki özel teşhis ve tedavi yapabilirler (Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu [SHTK], 1987).

Aslında burada şu an yasalaşma sürecini tamamlanması gayreti içinde

¹⁸ Bkz. 1938-1960 Dönemi Sağlık Politikaları

¹⁹Kanun No: 3359, K. Tarihi: 07-05-1987, R.G. Tarihi: 15-05-1987-Sy.:19461

olunan Sağlıkta Dönüşüm Programının ana bileşenlerinden biri olan Kamu Hastane Birlikleri uygulaması düşüncesinin çok gerilerde başladığı görülmektedir. Öyle ki yasa 3. Maddesinde: "... [Ö]zel sağlık kuruluşlarının her türlü ücret tarifeleri Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca onaylanır." dedikten hemen sonra "Kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşları veya sağlık işletmelerinde verilen *her türlü hizmetin fiyatları* Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca tespit ve ilan edilir." diyerek 224 sayılı Sosyalleştirme Kanunu ile oluşan eksen kaymasını gözler önüne sermektedir. Artık, politika yapıcıların algısında *her türlü sağlık hizmeti fiyatlandırılmıştır*. Her ne kadar birçok maddesi Anayasa Mahkemesi'nce iptal edilmiş olsa da halen yürürlükte olan 3359 sayılı yasaya karşı muhalefetin en yoğun olduğu yıllarda ,birçok madde için iptal davasını açan, Ana muhalefet Partisi (Sosyal Demokrat Halkçı Parti) adına Grup Başkanı Erdal İNÖNÜ, "Devletin temel niteliklerine, Anayasa'daki temel anlayışa aykırı düzenlemeler getiren, aykırılıkları olabildiğince gözden kaçırıp saklayan" ve "hangi anlayıştan kaynaklandığı belli olmayan bir bilmeceler manzumesi" olarak adlandırdığı yasayla ilgili iptal talebinin gerekçesinde şu tespitlerde bulunmuştur²⁰:

Sağlıklı yaşam, yurttaş için bir hak, devlet için bir görev midir? Anayasa'nın "Sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması" başlıklı 56. maddesi ve Türkiye'nin imzaladığı "İnsan Hakları Evrensel Beyanamesi" sağlıklı bir temel hak olarak kabul etmiştir. Sağlık hizmetlerinden yararlanma, çağdaş demokrasilerin ortak anlayışıdır....Genel sağlık sigortasında, ekonomik durumu elverişli olanların katılma payı vermeleri, yurttaşların sağlık hizmetlerinin bedelini maliyetini karşılayarak ödemeleri, devlete ya da sağlık kuruluşlarına kar sağlayarak satın almaları anlamına gelemez ve devlet sağlık sigortası dışında da böyle bir düzenleme getiremez. Böyle bir durum, sağlığın bir hak olmaktan çıkmasına, bu haktan yararlanma olanağının yitirilmesine neden olabileceği gibi, devletin bu konudaki yükümlülüğüyle de bağdaşmaz. Sağlık hizmetinden yararlanmak ve sağlıklı yaşamak bir hak olup devlet bu hakkı sağlamakla yükümlüdür. Anayasa, bu ana görev ve işlevi devlete vermiştir. Anayasa'nın 2. maddesine göre sosyal bir hukuk devleti, kendi koyduğu kurallara bağlı olmayı ilke sayar. Asayiş ve güvenliği sağlama yanında kişilerin mutluluğunu sağlama konusunda da birçok yükümlülükleri bulunan sosyal hukuk devleti olmanın doğal sonucu, "Temel haklar ve ödevler" başlığı altında düzenlenen hakları sağlamak, ödevleri yerine getirmektir. Sağlıklı yaşam ya da sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı bu

²⁰Anayasa Mahkemesi, E. 1987/16, K. 1988/8, T. 19/04/1988

kapsamdadır. Bu hakkın ihlali, doğrudan doğruya sosyal hukuk devleti niteliğinin ihlali anlamındadır. İptali istenilen yasa, Anayasa'daki temel anlayışa ve sosyal hukuk devleti niteliğine ters bir anlayışın ürünüdür (19/04/1988 tarih 1987 / 16 Esas No'lu 1988 / 8 Karar No'lu Gerekçeli Karar,1988).

Sonuçta, yapılan iptal taleplerinin Anayasa Mahkemesi'nce haklı bulunması ile reformist yanları törpülenen Temel Sağlık Yasasının içerdiği uygulamaların hayata geçirilme şansı kalmamıştır. Fakat Sağlıkta Sosyalleştirme döneminin sona erdirilmesinin yasal dayanağı olan bu süreçten sonra, sağlık politikaları ve politika yapıcılarını, projelerle tanışacak ve yeni ekonomik konjonktürle sağlık sisteminin uyumlulaştırılmasına çalışılacaktır. Uluslararası bir toplantı sırasında Dünya Bankasının belirli ülkelerdeki sağlık politikasındaki gelişmelere kayıtsız olmadığına ve bu konuda destek sağlayabileceğine dair Türk Yetkililer bilgilendirilmiştir ki bu esnada zaten Dünya Bankası ile Hazine Müsteşarlığı arasında bir kredi anlaşması imzalanmış ve çeşitli bakanlıklarla bu süreçte üstlenebilecekleri hususlar sorulmaktadır. Sonrasında Dünya Bankasının misyonunu yerine getirmesi için Hazine Müsteşarlığı ve Sağlık Bakanlığı arasında bir anlaşma yapılarak bu çalışmalar hızlandırılmıştır.

4.1.4.2 Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı Dönemi (1990-1994)

“Sağlıklı bir toplum için sağlık hizmetlerinden vatandaşların en iyi şekilde faydalanmasını sağlamak amacıyla sağlık hizmetlerini eşit olarak, sürekli, dengeli ve yeterli bir şekilde herkese ve her yere ulaştırmak temel ilke” olarak kabul edildiği bu plan döneminde sağlık politikasını daha doğru analiz edebilmek için bu temel ilkeyi bir kenara bırakarak planı incelediğimizde dikkat çeken ilkeler aşağıda belirtilmektedir (DPT, 1990: 286).

- ...[S]ağlık hizmetlerinde rasyonellik artırılacak, hizmet birimlerinin modern işletmecilik anlayışıyla yönetilmesine...
- ..[E]tkili bir hasta sevk sistemi kurularak... [H]astahanelerdeki gereksiz yığılmalar önlenecektir.
- Sağlık alanında sağlık ekonomisi dahil olmak üzere etkin bir insan gücü planlaması yapılacaktır.

- ...[H]izmet talebinin karşılanmasında özel kesimden de yararlanmak üzere gerekli teşviklerin sağlanmasına devam edilecektir (DPT, 1990: 289-291). Türkiye'deki bu politika değişimi sürecinde Dünya Bankası'nın önemli bir yeri vardır. İlk Dünya Bankası destekli proje için değerlendirme 1988' de yapılmış ve sağlık sisteminin finansman yapısı incelenmiştir. Dünya Bankası'nın teknik ve mali desteğiyle 1989 yılında "herkes için sağlık" etkinliklerine katılarak bir taslak hazırlayan Türkiye, 1990 yılında Türkiye Ulusal Sağlık Politikası olarak adlandırılan dokümanı ortaya çıkardı. Fakat dokümana göre "hedeflerin birçoğuna sağlık sistemi değişmeden ulaşmak imkânsız görünüyordu" (World Health Organization [WHO], 2000: 198–199).

Bu süreçteki bir başka önemli nokta ise Devlet Planlama Teşkilatı'nın (DPT) resmi sorumlusu olduğu; İngiliz menşeli uluslararası bir danışmanlık firması olan Price Waterhouse ve yerli ortağı Ankon Danışmanlık tarafından hazırlanan ve 1990 yılında tamamlanan *Türkiye Sağlık Sektörü Master Planı*'dir. Sağlık sektöründeki mevcut durumu kapsamlı bir şekilde özetleyen çalışma aynı zamanda sektörün acil değişim ihtiyaçları olan noktaları da içeriyordu. Buna göre sağlık hizmetleri sektörünün gelişimi için 4 stratejik seçenek üretildi:

- Mevcut durumu geliştirmek,
- Serbest pazar stratejisi,
- Ulusal sağlık hizmetleri stratejisi,
- Ve bir ortalama seçenek

DPT tarafından sonuncusu seçildi. Daha fazla çalışma ve planlama yapılabilmesi için teknik destek ve kaynak gerekiyordu. Sağlık Bakanlığı hem Dünya Bankası'ndan alınan borcun hem de teknik personelin kontrolünü sahiplendi (WHO, 2000: 198).

16 Ağustos 1990'da T.C. Hükümeti ile Dünya Bankası arasında Sağlık Projesi İkras Anlaşması yapılmıştır. Bu anlaşmanın finansal alt yapısını oluşturduğu Birinci Sağlık Projesi ile reform süreci "*hedefleri ve yöntemi*

netleşen sistematik bir değişim süreci” haline gelmiştir. 1990–1997 yıllarını kapsayan projenin amaçları: i) Temel sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği artırmak, ii) sağlık hizmet sunumunda etkinliğini artırmak, iii) Sağlık Bakanlığı’nın teknik ve yönetim kapasitesini artırmaktır. İkras Anlaşmasından sonra, bir yandan Sağlık Bakanlığı’nda projeyi yürütecek bir birim oluşturulmuş, diğer yandan proje çalışmalarına dayanak oluşturmak üzere Ulusal Sağlık Politikası oluşturmak üzere ilki 1992 ikincisi 1993’te iki Ulusal Sağlık Kongresi düzenlemiştir (Özdemir, 2001: 283-285).

İlk sağlık projesinden kalan bazı kaynakların yardımıyla sağlık hizmetleri finansmanı ve harcamalarını, sağlık dağıtım sistemini ve sağlık profesyonellerinin bilgi yetenek ve tutumlarının analizini içeren birkaç çalışma meydana getirildi. Bu reform sürecinin en göze çarpan özelliği daha önce eş görülmemiş şekilde okulların kamu sağlığı uzmanları, birkaç kamu kurumu ve diğer bakanlıklar, medikal profesyonellerin temsilcileri, sendikalar, büyük politik partiler, özel sektör ve sigorta organizasyonları, ilaç şirketleri, kitle medyası, sağlık politikası yapımı alanında etkin olan Sivil Toplum Kuruluşları ve uluslar arası kuruluşların uzmanlarını içeren tüm tarafların katılıma teşvik edilmesidir. Taraflar komite raporları, çeşitli seçenekler, diğer Avrupa ülkelerinin politikaları ve Dünya Sağlık Örgütü’nün tavsiyeleri dikkate alınarak oluşturulan taslak dokümanı, 2 gün boyunca, toplanan bu Ulusal Sağlık Kongresi’nde tartışılmışlardır. En büyük itiraz Türk Tabipler Birliği’nden (TTB) gelmiştir. İtirazlarının esası ise sağlık hizmetlerinin finansmanının genel sağlık sigortası üzerine temellendirilmesiydi (Agartan, 2005, 6).

Seçilmiş bir uzman grubu tarafından kongredeki tüm tartışmalar ve kongre raporu dikkate alınarak ulusal sağlık politikası dokümanı oluşturuldu. Artık bu belirgin bir şekilde Türkiye’nin herkes için sağlık yaklaşımıydı, yalnız herkes için sağlık hedefleri tanımlamamış bu hedeflere ulaşmak için gerekli olan eylemleri de kapsamlı bir biçimde açıklamıştır. Bu doküman değerlendirilmesi için Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi’ne gönderildi. Bölge Ofisi biçim ve bazı hedef, ilke ve stratejiler üzerine yorum yaptı. Bunlar dikkate alındıktan sonra Türkiye Ulusal Sağlık Politikası nihayete erdi ve Nisan 1993’te basıldı. Diğer Avrupa ülkelerindeki prosedüre zıt olarak, bu doküman

Büyük Millet Meclisi'nin tüm üyelerine dağıtıldı, fakat müzakere edilmeden onaylandı. Eğer tartışılmasına izin verilseydi, politikanın sonradan düzeltilme ihtiyacı belki baştan engellenebilirdi. 1993 yılında sağlık hizmeti alacak yurttaşlar arasındaki hakkaniyet için gerekli olduğuna dokümanda yer verilen genel sağlık sigortası o süreçte sürekli sağlık bakanlarının ve üst yöneticilerin değişmesinden dolayı ancak 1995'te yasa teklifi olarak Meclise gelebildi. Bir dizi çıkar grubu, TTB ve üniversitelerden birkaç uzman önerilen yasaya karşı çıkıyordu. İtirazların büyük bir çoğunluğu finansman ilkesinden kaynaklanıyordu. Önerilen sistem vergiyle finansman yerine ayrı sigorta finansmanını gerektiriyordu. Muhalefet partileri de güçlü bir şekilde finansmanın vergiyle sağlanması gerektiğini savunuyordu. Bu itirazlar yeni sağlık politikası etrafında bir ihtilafa neden oldu ve bu da yasama sürecini geciktirdi. Büyük Millet Meclisi'nde diğer yasalara yüksek öncelik verilirken genel sağlık sigortası sisteminin önceliği düşük olarak kaldı. İtirazlar sağlık sigortası primlerini toplamanın zorluğu üzerine temellendirildi. Nüfusun %40 işsiz, ya da yaptığı işten para almayan ya da kendi işini yapan kişilerden oluşmaktaydı. Bunların sigorta primlerini belirleme ve toplamanın zorluğu sonucu yalnızca özel ve kamu sektöründe çalışanlardan prim toplanabilecekti. Prim vermeyenler tüm diğerleri tarafından sübvansede edileceklerdi ve ek olarak % 10'nu bile primlerini ödemediğinde devlet bunları sübvansede ederse bütçesine büyük bir yük oluşturacaktı (WHO: 2000, 200-202).

Bu arada, yine dünya Bankası'nın finansal desteği ile İkinci Sağlık Projesi uygulanmaya başlanmış, 1994–2001 yıllarını kapsayan bu proje Birinci Sağlık Projesi ile aynı amaçlara sahiptir. Bu projenin uygulanması için Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinden 23 il seçilmiştir.

4.1.4.3 Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000) ve Ak Parti İktidarına Kadar Olan Dönem (2000-2002)

1995 yılında bir yıllık bir plan uygulanmasından sonra, 1996–2000 yılları arasında DPT tarafından hazırlanan Yedinci Beş Yıllık Plan uygulanmıştır. Bu planın önr1994 yılında yaşanan ekonomik kriz ve ünlü 5 Nisan kararlarının

etkilerinin rahatlıkla görülebildiği plana göre (DPT, 1996: 46-48):

- Sağlık hizmeti sunan kamu kuruluşlarının rasyonel planlama yapabilmeleri, etkili hizmet sunumu ve denetimi gerçekleştirebilmeleri için bu kuruluşlarda hizmet sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılacaktır.
- Sağlık Bakanlığı halk sağlığını koruyucu, standart ve norm koyucu bir yapıya kavuşturulacak, doğrudan yataklı tedavi hizmeti sunumundaki rolü giderek azaltılacaktır.
- Sağlık hizmetlerinde merkezi idarelerin görev, yetki ve sorumlulukları azaltılacak, il sağlık idarelerinin görev, yetki ve sorumlulukları yeniden belirlenecektir. Hizmetin sunulmasında yerel yönetimlerin rolü artırılacaktır.
- Kamusal kaynaklar öncelikle maliyet etkililiği yüksek olan koruyucu sağlık hizmetlerine yöneltilecektir.
- ...[H]astaneler idari ve mali özerkliğe kavuşturulacak, çağdaş işletmecilik anlayışıyla yönetim yapıları güçlendirilecek...
- Hastanelerde maliyet muhasebesi teknikleri kullanılarak bütün gider unsurları maliyetlere yansıtılacak, gerçek maliyetlere dayalı fiyatlandırmaya gidilecektir. Bu şekilde, kendi gelirleri ile giderlerini karşılayan ve piyasa koşullarında çalışan hastanelerden kamu sübvansiyonu kademeli olarak kaldırılacaktır.
- ...[S]igorta kuruluşları arasında norm ve standart birliği sağlanarak genel sağlık sigortası sistemine geçilecektir. Ödeme gücü olmayanların sigorta primleri kısmen veya tamamen kamu kaynaklarından karşılanacaktır.
- Özel kesimin sağlık sektöründeki faaliyetleri özendirilecektir.

“Önceki politika yöneliminden ve stratejilerden hiçbir fark taşımayan bu planın Sağlık Sistemi Avrupa Gözlemci raporuna göre tek farklı yanı: iyimser ifadelere biraz daha fazla yer vermiş olmasıdır” (Agartan: 2005, 7). Planda, “devletin sağlık hizmetleri alanındaki görevi tam da Dünya Bankası ve IMF’nin belirttiği üzere, koruyucu hizmetler ve muhtaç durumdaki vatandaşlara destek ile sınırlı tutulmuştur” (Yaşar, 2008: 162). Fakat artık bu planda, sağlık politikaları ve ilkelerinin açıklandığı yeni bölüm başlığı Sağlık Reformu’ dur. “1994 yılından itibaren yapılan kapsamlı araştırmalar ile ilgili

kurum ve kuruluşların görüşleri doğrultusunda sağlık reformu modeli daha da geliştirilerek, ülke reform ve kalkınma planının bir parçası haline getirilmiştir.” Bu dönemde de 1997-2000 yıllarını kapsayan Temel Sağlık Hizmetleri Projesi uygulanmıştır. Bu proje uygulandığı 2 ilde: i) Aile Hekimliği modeli ve etkin bir sevk zincirinin uygulaması pilot sistemini oluşturmak, ii) bu sistemin yurt çapında uygulanabilirliğini sınamak, iii) Sağlık ekonomisi analizi için kurumsal kapasiteyi geliştirmek amaçlarına odaklanmıştır.(Özdemir, 2001: 285-286).

Çizelge 1. Sağlıkta Dönüşüm Projesi’nden Önce Uygulanan Dünya Bankası Destekli Sağlık Projeleri

Proje Adı	Dünya Bankası İkrazi	Toplam Bütçe	Uygulama İlleri	Amacı	Süresi
Birinci Sağlık Projesi	75 Milyon \$	147,47 Milyon \$	Ankara Diyarbakır İstanbul Mardin Muğla Tokat Sivas Yozgat	1.Proje illerinde temel sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği arttırmak. 2.Sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık sektöründe etkinliği arttıracak önlemler almak. 3.Sağlık Bakanlığı'nın teknik ve yönetim kapasitesini artırmak.	16 Ağustos 1990 - 30 Haziran 1997
İkinci Sağlık Projesi	150 Milyon \$	200 Milyon \$	Doğu ve Güneydoğu Anadolu' dan 23 il	1.Proje illerinde temel sağlık hizmetlerini iyileştirmek ve geliştirmek 2.Sağlık hizmetlerinin yönetimini iyileştirmek.	28 Eylül 1994 - 30 Haziran 2001
Temel Sağlık Hizmetleri Projesi	14,5 Milyon \$	18,5 Milyon \$	Bilecik ve Eskişehir	1.Proje illerinde aile hekimliği sistemi ve mali teşvikler ve yeterli altyapıyla desteklenen etkin bir sevk sistemine dayanan birinci basamak sağlık hizmetleri pilot sistemi oluşturmak. 2.Birinci basamak sağlık hizmetleri pilot sistemini ülke çapında uygulama amacıyla değerlendirmek. 3.Sağlık ekonomisi analizi için kurumsal kapasiteyi geliştirmek.	22 Eylül 1997 - 30 Kasım 2000

Kaynak: Özdemir, Y.E. (2001b). 1980 ve 90'lı Yılların Sağlık Politikaları. Yeni Türkiye Dergisi, Yıl:7, Sayı:39, 285-286 'dan derlenmiştir.

Bu yıllardan sonra Sağlık Ekonomisi ile ilgili çalışmalar bu alanda daha fazla

önem kazanacak ve sağlık sisteminin finansmanı nasıl olmalıdır? sorusunun cevabı daha fazla aranmaya başlanacaktır. Bunun nedeni hızla artan sağlık giderleridir. Toplam Sağlık Harcamalarının, nominal fiyat²¹ düzeyinden yapılan toplamının yanıltıcı olacağından²² hareketle, tüm harcama toplamları 2000 yılı GSYİH fiyatlarına uyarlanarak reel fiyat²³ düzeyi üzerinden analize dahil edilmiştir. 1984-2002 yılları arasındaki seyrine dair aşağıdaki grafiklerden de görüleceği üzere reform çabalarının artışı kaçınılmaz olarak sağlık harcamalarını da artırmaktadır. Fakat reform çabaları *asıl başarısı (!)* sağlık harcamalarını artışını engellemekte değil, tam da Dünya Bankası'nın beklentilerine uygun olarak, Şekil 1' de görüldüğü üzere sağlık harcamaları bileşiminin değişmesi yönünde olmuştur. Toplam sağlık harcamaları ile ilgili ilk karşılaştırmalı verilerin elde bulunduğu 1984 yılından 2002 yılına kadar olan 18 yıllık zaman diliminde sağlık giderlerinde yaklaşık beş katlık bir artış olmuştur. Artışın özellikle, 1996-2002 yılları arasındaki sıçraması dikkate değerdir.²⁴ Toplam sağlık harcamalarını oluşturan iki bileşenden biri olan kamu kesimine ait sağlık harcamaları da bu süreçte artmış olsa da artış toplumun ihtiyaçlarını karşılamaktan uzak kalmıştır. Öyle ki Şekil 2' de görüldüğü gibi 1984 yılından beri oransal olarak azalmakta olan özel sağlık harcamaları uygulanan özel sektörü teşvik edici politikalar nedeniyle 1990 yılından itibaren tekrar artışa geçmiştir. Burada eleştirilen kamu sağlık harcamalarında tasarruf yapılması değil sağlık harcamalarının bileşiminde cepten ödemelerinde²⁵ hesaplanmasına dahil olduğu özel sağlık harcamalarının arttırılmasıdır. Şekil 1 üzerinde de net olarak görülebilmekte olan bu olgu ANAP iktidarı ile başlamış ve 1988'de somut adımlar atılmaya başlamış olsa da VII. Demirel Hükümeti²⁶ ve I. Çiller Hükümeti²⁷ dönemlerinde doruğa ulaşmıştır. Bu dönemi eleştirel bir gözle değerlendiren

²¹ Nominal Fiyat: Enflasyondan arındırılmamış fiyattır.

²² 1980 sonrası yüksek enflasyon dönemleri ve 5 Nisan 1994' te % 104 oranında yapılan devalüasyon nedeniyle.

²³ Reel Fiyat: Enflasyondan arındırılmış, enflasyon etkisinin sıfır olduğu durumdaki fiyattır.

²⁴ Bkz. Şekil 1 2000 Yılı GSYİH Fiyatlarıyla Toplam Sağlık Harcamaları (1984 – 2002)

²⁵ Cepten ödeme (out of pocket payment): Katkı payı adı altında sağlık kurumlarına ödenen ücret, bıçak parası olarak adlandırılan yasal olmayan ücret ve sosyal güvencesi olanların özel muayenehanelerde hizmet alabilmek için ödedikleri ücret.

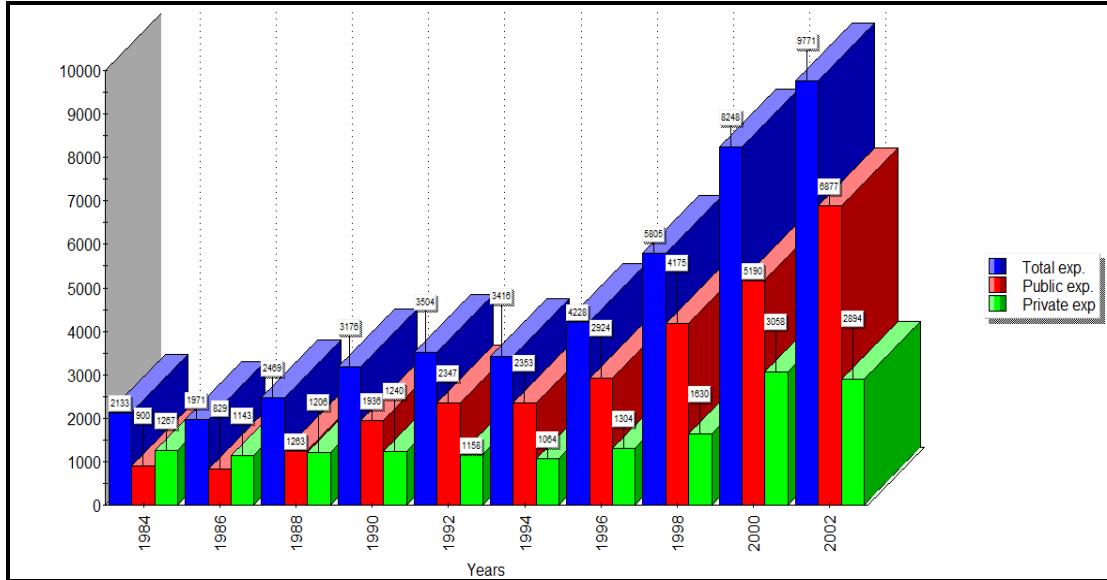
²⁶ (21.11.1991-25.06.1993) tarihleri arasında görev yapmıştır.

²⁷ (25.06.1993-05.10.1995) tarihleri arasında görev yapmıştır.

Soyer' e göre (2003: 311-313):

1980'lerin neoliberal politikalarına yönelik toplumsal tepkiler üzerinde yükselerek iktidara gelen DYP-SHP koalisyon hükümeti, toplumsal taleplere uygun 'sosyal' söylemlerle başa geçmesine karşın, uygulamada zaman zaman ANAP'ı bile aratacak ölçüde 'piyasacı' bir görünüm sergilemiştir. Hükümet'in 'küreselleşmenin gerçekleri' ile 'kendisini seçenlerin sosyal talepleri' arasına sıkışmış durumu, en iyi 1991 Hükümet Programı'na yansımıştır. Programın sağlıkla ilgili kısmının ilk yarısı Sosyalleştirme Yasası ağırlıklı ve muhtemelen SHP damgalıyken, diğer yarısı finansmanda ANAP'ın Sağlık Sigortası modelini ve sosyal güvencilerde yine ANAP'ın "Fak-Fuk-Fon"unu çağrıştıran 'Yeşil Kart uygulaması'nı içermekteydi. Hükümet programını tamamlayan Ocak 1992 'Ekonomik Paket'i ise, DYP-SHP Hükümeti'nin 'muğlaklıkları'na bir netlik kazandırdı: 'Devletin sağlığa ayıracak çok parası yok', 'bütçe ve kamu yatırımı boşluğu, özel sağlık sektörüne verilecek teşviklerle kapatılacak', 'yeşil kart uygulaması ile sosyal sigorta sistemi yaygınlaştırılacak', 'sağlık sektörü yabancı sermayeye açılacak'.... Ancak DYP-SHP hükümetinin en yıkıcı adımı, 5 Nisan 1994 kararları ile kamu sağlık hizmetleri ve kurumlarının çökertilmesi sürecini son noktaya yaklaştırmasıdır. 5 Nisan kararları ile kamu sağlık kurumlarına devlet katkısı sadece personel giderlerini karşılamak düzeyine indirilmiş, özellikle devlet hastaneleri en basit harcamaları için bile ödenek bulamaz duruma sokulmuştur. Sağlık ocakları da, verdikleri hizmetler karşılığında yurttaşlardan ücret talep etmek zorunda bırakılmıştır (Soyer, 2003: 311-313).

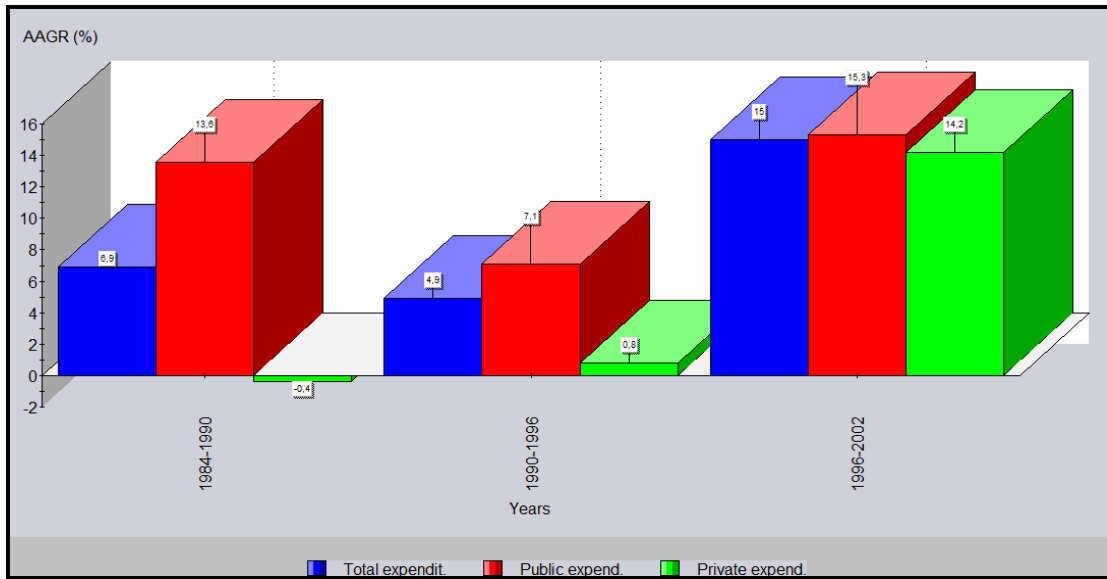
Bu eleştirilerin haklılığı yukarıda da belirtildiği üzere Şekil 2 incelendiğinde görülebilmektedir. 1984'ten itibaren düşüşe geçen özel sağlık harcamalarının yıllık ortalama artışı, 1990'lı yıllardan itibaren tekrar yükselişe geçmiştir. Ödeme gücü olmayanlara yönelik olarak 1992 yılından itibaren başlatılan Yeşil Kart uygulamasına rağmen sağlık giderleri için yurttaşlar daha fazla cepten ödeme yapmak zorunda kalmıştır. Böylece, özel sağlık sektörüne hem kamu kaynaklarından hem de yurttaşın cebinden kaynak aktarımı eşanlı gerçekleşmiştir. Bu ödemelerin oransal artışının nedeni sağlık sisteminin hizmet sunumunda yetersizliği, hizmetin kalitesinin düşüklüğü, özel sektör sağlık sigortacılığının yaygınlaşması vb. birçok sebepten kaynaklanabilirse de asıl önemli sebep, bu dönemin politika çevresidir. Politik istikrarsızlığının abidesi durumuna gelen 1990'lı yılların koalisyon hükümetlerinin politika yapma yörüngelerini Dünya Bankası güdümünde yürütülen projelere bağlamalarının etkisiyle 2002 yılına gelindiğinde özel sağlık harcamalarının artış oranı, 1984'teki düzeyinin 3 katını aşmıştır.



Şekil 1. 2000 Yılı GSYİH Fiyatlarıyla Toplam Sağlık Harcamaları (1984 – 2002)

NOT: Total exp.: Toplam sağlık harcamaları; Public Exp.: Kamu kesimi sağlık harcamaları; Private Exp.: Özel sağlık harcamaları; Years: Yıllar

Kaynak: OECD Health Data 2009



Şekil 2. Sağlık Harcamalarının (Toplam, Kamu, Özel) 2000 Yılı GSYİH Fiyatlarına Göre Yıllık Ortalama Artışı (%)

NOT: Total expendit.: Toplam harcamalar; Private expend.: Özel harcamalar; Public expend.: Kamu harcamaları; AAGR (%): Yıllık Ortalama Büyüme Oranı Yüzdesi

Kaynak: OECD Health Data 2009

4.2 Sağlıkta Dönüşüm Programı

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın tüm yönleriyle tanıtılacağı bu ana başlık beş alt başlıktan oluşmaktadır. İlk alt başlıkta 58. T.C. Hükümeti ile başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın başlangıç süreci incelenecektir. İkinci alt başlıkta, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel ilkeleri ve amacına; üçüncü alt başlıkta ise dönüşümü meydana getirmek için kurgulanan bileşenlere değinilecektir. Dördüncü alt başlıkta, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın aşamaları ve uygulama sürecine; son alt başlıkta ise, dönüşüm sürecinde sağlık harcamalarına değinilecektir.

4.2.1 AK Parti ve Sağlıkta Dönüşüm Programı

Dünya Bankası ve IMF seksenli yılların başında imzaladıkları Washington konsensüsü kapsamında aynı yıllardan itibaren yardım koşulu olarak ülkelere, hemen her sektörde piyasa ekonomisi mekanizmalarının ekonomiye egemen olması, kamu sektörünün mal ve hizmet sunumuna son verilmesi ve kamunun düzenleyici müdahale olanaklarının sınırlandırılması amaçlarını içeren "Yapısal Uyum Politikaları"ni dayatmaktadırlar (Hamzaoğlu, 2007: 424).

Neoliberal politikaların etkisiyle 1980'lerden sonra, IMF kredilerine muhtaç olan ve büyük bir borç krizi yaşayan Türkiye'de devletin sorumlu olduğu politika alanları ile ilgili tartışmalar başlamıştır. Devletin tüm yurttaşların sağlık hizmetini verecek kadar maddi kaynağının bulunmadığı ve devletin sunduğu hizmetlerin etkinlik ve etkililikten uzak olduğu argümanları ile başlayan bu tartışmalar, bir önceki bölümde bahsedilen Dünya Bankası destekli Sağlıkta Projeler Dönemi'ni başlatmıştır.

3 Kasım 2002 seçimlerinden sonra iktidar olan Adalet ve Kalkınma Partisi'nin (AK Parti) kurduğu 58. Hükümete kadar bu zihniyet değişiminin gerek siyasal istikrarsızlık dönemleri gerekse baskı gruplarının (özellikle Türk Tabipler Birliği'nin çabaları) etkisiyle tam anlamıyla uygulama safhasına geçememiştir. AK Parti Genel Başkanı Recep Tayyip Erdoğan, 16 Kasım 2002'de hükümeti kurmaları halinde bir yıl içinde gerçekleştirecekleri öncelikli politikaları içeren

“Acil Eylem Planı”nı (AEP) basına açıklamıştır. Bu planda: Etkin, kaliteli, yurt düzeyine dengeli dağılımı olan bir sağlık sistemi oluşturma ile temel sağlık ihtiyacını özel sektörle işbirliği yaparak yerine getirme gibi mükerrer temel hedefler belirlenmiştir (Belgenet, 2002a). Ayrıca, AEP’ de belirlenen diğer somut hedefler Çizelge 2’ de gösterilmiştir.

Çizelge 2. 58. Hükümet Acil Eylem Planı Sağlık Politikası Öncelikleri

SAĞLIKLI TOPLUM		SORUMLU BAKANLIK	SÜRE
SP-30	Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılacak	Sağlık Bakanlığı	6-12 ay
SP-31	Devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayrımı kaldırılarak tüm hastaneler tek bir çatı altında toplanacak	Sağlık Bakanlığı	12 ay
SP-32	Hastaneler idari ve mali yönden özerk bir yapıya kavuşturulacak	Sağlık Bakanlığı	12 ay ve Uzun Vadeli
SP-33	Sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanı ayrılacak	ÇSGB	12 ay
SP-34	Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Kurumu kurulacak	ÇSGB	12 ay
SP-35	Aile hekimliği uygulamasına geçilerek sağlam bir sevk zinciri kurulacak	Sağlık Bakanlığı	12 ay ve Sürekli
SP-36	Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilecek	Sağlık Bakanlığı	Sürekli
SP-37	Koruyucu hekimlik yaygınlaştırılacak	Sağlık Bakanlığı	Sürekli
SP-38	Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapması özendirilecek	Hazine Müsteşarlığı	Sürekli

Kaynak: T.C. 58. Hükümet Acil Eylem Planı (AEP)

18 Kasım 2002’de kurulan 58. Hükümet 28 Kasım 2002’ de 170 ret oyuna karşı 346 oy ile güvenoyu aldı (Belgenet, 2002b). Bu sürecin sonucunda oluşan güçlü tek parti iktidarı, gündemine aldığı politika problemlerini çözme konusunda üst düzey bir kararlılığa katkı sağlayacaktır.

Teknik altyapısı için olan çalışmaların “...1988 yılında Dünya Bankası uzmanları ile birlikte sağlık sektörünün finansman yapısının incelenmesi ve 1989-1990 yıllarında DPT tarafından yaptırılan ‘Sağlık Sektörü Master Planı Etüdü’ ile başlatılan” sağlıkta projeler döneminin sonucusu olan SDP diğer projelerden iki açıdan oldukça farklılaşmaktadır (Özdemir, 2001b: 283).

- İlk fark, Türkiye Büyük Millet Meclisi’nde politika problemlerini çözme ve yasa haline getirme konusunda tek sesli ve yüksek çoğunluğa sahip bir iktidar partisinin bu projeyi kabullenmesidir. Öyle ki, yapısal değişikliklere ilişkin yasalar çok kısa sürede çıkarılabilmektedir. 1990’lı yıllarda bir çok yapısal değişiklik T.B.M.M’ ne bile sunulmadan rafa kaldırılmış, bazıları ise TBMM alt komisyonlarında unutulup, kadük olmuştur.

- İkincisi, iyi çalışmayan/çalıştırılmayan Sosyal Sigortalar Kurumu'na (SSK) ve sağlık hizmeti almanın neredeyse mümkün olmadığı SSK Hastaneleri'ne karşı yurttaşların tepkisinin artması. Nitekim ileri sayfalarda ayrıntılarına değinilecek bu projenin en çok destek alan uygulamalarından biri, 58. Hükümet Acil Eylem Planı çizelgesindeki SP-31 kodlu tüm hastaneleri tek çatı altında toplama hedefini kısa sürede gerçekleştirmiş olmasıdır. Bir SSK mensubu için; tüm kamu hastanelerine gidebilmek daha doğrusu görece daha iyi şartlara sahip olan devlet hastanelerinden hizmet alabilmek düşüncesi bu politikayı desteklemesi için yeterli bir sebeptir. Sağlık harcamalarını arttırma pahasına birçok özel hastanenin kapılarının da bu uygulamaya ek olarak sosyal güvencesi olanlara göreceli olarak daha az bir katılım payı ödenmesi suretiyle açılması, 58 ve 59. hükümetlere sağlık politikası alanında koşulsuz kamuoyu desteği elde etme avantajını da sağlamıştır.

Ak Parti'nin Eylem Planı ile şekillendirilen Türkiye'nin Cumhuriyet tarihindeki en kapsamlı sağlık reformu olan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın (SDP) politikacıların reformlara bakışını değiştiren bir milat olarak almak doğru olacaktır. Aslında bu planın içeriği hiç bir yenilik taşımamaktadır. Sağlık Bakanlığı'nca çıkarılan Sağlıkta Dönüşüm Programı kitabının önsözünde bu husus Sağlık Bakanı tarafından da teyit edilmiştir:

Sağlıkta Dönüşüm Programı çalışmalarına ne geçmişte yapılanları hiç sayarak sıfırdan başlıyor, ne de kısa vadeli planlarla geleceği hiç sayıyor. Sağlıkta Dönüşüm Programı, daha önceden yapılan bütün çalışmaları, yasa taslaklarını ve oluşan görüşleri bir atlama taşı kabul ederek... [G]eçmiş redderek değil, geçmiş değerlendirerek yeni bir gelecek inşa etmeye çalışıyoruz (Sağlık Bakanlığı, 2003: 5).

Ayrıca, Sağlık Bakanlığı artık bu politika değişikliğini tanımlamada **reform yerine dönüşüm** kavramını kullanacaktır. Bunun nedeni de yine aynı kaynakta şöyle belirtilmiştir:

Bugüne kadar Bakanlığımız bünyesinde ulusal ve uluslararası katılımı yapılmış çok sayıda çalışma ve proje ortaya konmuş ve bu projeler "reform" olarak adlandırılmıştır. Farklı adlarla da olsa bu kurumun aynı amaca hizmet eden çok sayıda projeye ev sahipliği yaptığını biliyoruz. Bugün bir reformdan söz etmeyişimiz, tamamen yeni bir görüş ortaya

koymadığımızın bilincinde olduğumuz içindir. ... [B]ugüne kadar defalarca reform iddiası ile ortaya konan benzer çalışmaların uygulama alanı bulamamış olması kamuoyunun güvenini sarsmıştır. Ayrıca mevcut gidişatı tamamen sonlandırıp yeni bir sisteme geçmek iddiası çok da gerçekçi değildir. Özlenen değişimi gerçekleştirmek için mevcut yapıyı tahrip etmeden planlanan hedefe doğru dönüştürmek gerekir. Bu dönüşümü yapmaya kararlıyız. Bu yüzden kamunun reform adı altında ümitsizliğe dönüşmüş arzularını yeniden alevlendirerek geniş katılımı tüm tarafların sahiplenebileceği ve aktif rol alacağı bir eylem dizisini kararlılıkla başlatıyor ve bunu “Dönüşüm Programı” olarak adlandırıyoruz (Sağlık Bakanlığı, 2003: 24).

Görüldüğü üzere bir reform denemesi olmadığını ilan eden SDP'nin selefi olduğu reform denemelerinden farklı olarak getirdiği tek bir yenilik vardır: *Bu dönüşümü gerçekleştirme kararlılığına sahip bir siyasal iradenin varlığı.*

4.2.2 Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel İlkeleri ve Amacı

2003 yılı başında ilan edilen programın temel ilkeleri Sağlık Bakanlığı yayınlarına göre şunlardır (Sağlık Bakanlığı, 2003: 25-26):

- İnsan Merkezlilik: Sistemin planlanmasında ve hizmetin sunumunda bireylerin ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almayı ve bireyi sağlığın aile ortamında olduğundan hareketle “aile sağlığı” kavramı çerçevesinde ele almayı içerir.
- Sürdürülebilirlik: Ülkemizin kaynakları ile uyumlu ve kendine yetebilen bir sistem kurmayı içerir.
- Sürekli Kalite Gelişimi: sistemin kendi kendisini değerlendirerek hatalarından öğrenmeyi sağlayacak bir geri bildirim mekanizmasıyla uyumlu çalışmasına dönük ilkedir.
- Katılımcılık: İlgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınarak, yapıcı bir tartışma platformu oluşturulmasıdır.
- Uzlaşmacılık: Sektörün farklı kesimleri arasında çıkar çatışması yerine karşılıklı çıkar birliğinin sağlanması niyetine yönelik ilkedir.
- Gönüllülük: Hizmeti üreten ve hizmet alan kesimlerin teşvik edici yöntemlerle sistemde gönüllü olarak yer almalarını içerir.
- Güçler Ayrılığı: sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan, planlamasını yapan, denetimini üstlenen ve hizmeti üreten güçlerin birbirinden

ayrılması ilkesidir.

- Desantralizasyon: Kurumlar, merkezi yönetimin oluşturduğu hantal yapıdan kurtarılması, idari ve mali özerkliğe sahip hızlı karar mekanizmalarına sahip özerk işletmelere dönüştürülmesidir.
- Hizmette Rekabet: Sağlık hizmeti sunumunun tekel olmaktan çıkarılıp kaliteyi arttırırken, maliyet azalmasını sağlayacak hizmet sunucuları arasındaki yarışmayı teşvik edecek olan ilkedir.

Tüm bu ilkeler ışığı altında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amacı: Sağlık hizmetlerinin, halkın sağlık düzeyini yükseltecek şekilde *etkili*; maliyeti düşürüp aynı kaynakla daha fazla hizmet üretebilecek şekilde *verimli*; insanlarımızın sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarını ve hizmetlerin finansmanına güçleri oranında katkıda bulunmalarını sağlayarak *hakkaniyete* uygun şekilde:

- Organize edilmesi,
- Finansmanının sağlanması,
- Sunulmasıdır.

4.2.3 Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel Bileşenleri

“Kurumsal kaygılar ve öncelikler bir tarafa bırakılarak hizmetin odağına insanı koyan bir anlayışla yola çıkılan” SDP, “küresel gelişmeleri gözetken, ülkemizin sosyoekonomik gerçeklerine uygun, geliştirilebilir ve sürdürülebilir bir program olarak hazırlanmıştır” (Akdağ, 2007: 21; Akdağ, 2008b: 25). SDP şu bileşenlerden oluşan bir program olarak tasarlanmıştır:

- Sağlık Bakanlığı'nın kılavuzluk işlevinin güçlendirilmesi amacıyla yeniden yapılandırılması
- SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve Yeşil Kart programlarını tek bir şemsiye altında birleştirecek genel sağlık sigortasının kurulması,
- Gönüllü sağlık sigortası hizmetleri sunan özel sigortacılığın teşviki,
- Kamu hastanelerine idari ve mali özerklik tanımak,
- Aile hekimliği modeline dayalı güçlü bir koruyucu sağlık ve birinci basamak sağlık hizmetleri sistemi oluşturmak, etkili bir sevk sistemi

kurmak,

- Özel sağlık tesislerinden yararlanmak vasıtasıyla sağlık hizmetlerine erişimin gerekli yerlerde arttırılması,
- Bilgi ve beceri ile donatılmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
- Akılcı ilaç ve malzeme yönetimi için Ulusal İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu kurulması,
- Karar sürecinde etkin bilgiye erişim sağlayacak Sağlık Bilgi Sisteminin kurulması (OECD-Dünya Bankası, 2008: 36; Akdağ, 2008b: 20; Sağlık Bakanlığı, 2003: 26-37).

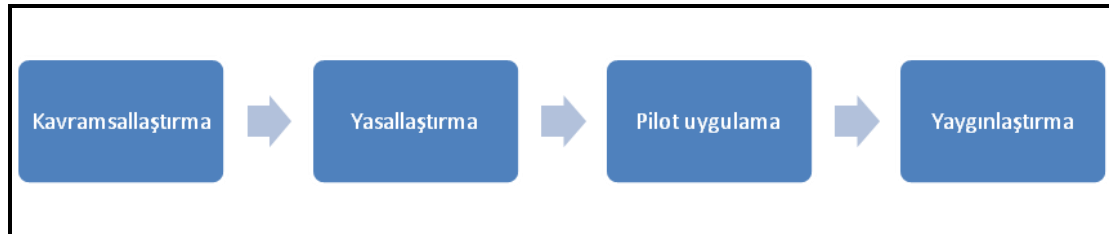
Bu bileşenlerden, sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları, akılcı ilaç ve malzeme yönetimi, Sağlık Bilgi Sistemi'nin kurulmasına; Yaşar'ın da belirttiği gibi "sistemi dönüştürmeye değil desteklemeye yönelik bileşenler oldukları için" ,ayrıca da dönüşüm öncesi sisteme de entegre edilebilecek olduklarından aşağıda yer verilmemiştir (Yaşar, 2008: 166).

Yukarıdaki bileşenlerin hızlı bir şekilde, eleştirilmeye ve tartışılmaya fırsat verilmeden, uygulamaya geçirilmesi için çaba gösterilmesi bu reform denemesinin en belirgin özelliğidir. Bu durum birçok yasanın yargıya taşınmasına ve sonuçta yürütmesinin durdurulmasına ya da iptaline sebep olmuştur. Bu hızlı uygulamaya rağmen özellikle TTB tarafından birçok uygulama eleştirilebilmiştir. Bu duruma bir örnek, 2003 yılında SSK hastanelerinin tüm vatandaşlara açılması ve SSK'lıların da tüm kamu hastanelerinden yararlanabilmesine dair protokoldür. Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı [ÇSGB] ve Maliye Bakanlığı arasında imzalanan protokol sonucunda TTB bu durumun SSK'yı hizmet üreten değil, hizmet satın alan bir kuruma dönüştüreceği ve bunun SSK' ya maliyetinin en az üç kat fazla olacağına dair eleştiride bulunmuştur. Yine SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devrinin 2005 yılında TBMM tarafından onaylanmasının ardından sendika konfederasyonları (Türk-İş, Hak-İş, KESK) ve TTB desteğinde eylemler düzenlenerek bu durum protesto edilmiştir. Hükümet ise eylemcileri "statükonun savunucuları" olarak adlandırmıştır

(Agartan, 2005: 11).

4.2.4 Sağlıkta Dönüşüm Programının Aşamaları ve Uygulaması

Uygulama sürecinin ilk aşaması olan kavramsallaştırma sürecinde yukarıdaki her bileşenle ilgili amaçlar, ilkeler, kavramsal olarak ortaya konmuştur. Yasallaştırma süreci ise, bu bileşenlerin her biriyle ilgili yasal sürecin yerine getirilmesi dolayısıyla ilke ve amaçların yasal düzlemde yerini aldığı süreci ifade etmektedir. Pilot uygulama sürecinde tabi olarak tüm bileşenler için gerekmesi de aile hekimliği gibi tüm yurttaki aynı anda uygulanması zor bileşenlerin kontrollü yerel uygulamalarının sağlanması ve eksikliklerin görülerek revize edilmesi aşamasıdır. Yaygınlaştırma aşamasında ise, pilot uygulamaların Türkiye geneline yayılması ya da pilot uygulama gerektirmeyen bileşenlerin doğrudan uygulamaya geçirilmesi böylece ulusal ölçekte uygulama birliğinin sağlanması aşamasıdır. SDP kapsamında yapılan önemli dönüşümlere ait (önemli yasalar, pilot uygulamalar) zaman çizelgesi çalışmanın sonunda Ek 1'de belirtilmiştir.



Şekil 3. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Aşamaları

Kaynak: Sağlık Bakanlığı.(2003).Sağlıkta Dönüşüm, s.37-39'dan derlenmiştir.

4.2.4.1 Sağlık Bakanlığı'nın Yeniden Yapılandırılması

1983 yılında yayınlanan Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'ye²⁸ göre, Sağlık Bakanlığının görevleri şunlardır:

- Herkesin hayatını beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam iyilik hali içinde sürdürmesini sağlamak için fert ve toplum sağlığını korumak ve bu

²⁸ Yayımlandığı Resmi Gazete Tarihi: 14/12/1983 No: 18251.

- amaçla ülkeyi kapsayan plan ve programlar yapmak, uygulamak ve uygulatmak, her türlü tedbiri almak, gerekli teşkilatı kurmak ve kurdurmak,
- Bulaşıcı, salgın ve sosyal hastalıklarla savaşarak koruyucu, tedavi edici hekimlik ve rehabilitasyon hizmetlerini yapmak,
 - Ana ve çocuk sağlığının korunması ve aile planlaması hizmetlerini yapmak,
 - İlaç, aşı, serum vb. üretim ve tüketimini her safhada kontrol ve denetlemek ... dağıtım yerlerinin açılış ve çalışmalarını esaslara bağlamak, denetlemek, gerekirse ithalini sağlamak,
 - Bulaşıcı, salgın insan hastalıklarına karşı kara hudut kapıları, deniz ve hava limanlarında koruyucu sağlık tedbirlerini almak,
 - Temel sorumluluk Sağlık Bakanlığına ait olmak üzere Tarım Orman ve Köyişleri Bakanlığı ve mahalli idarelerle işbirliği suretiyle gıda maddelerinin ve bunları üreten yerlerin sağlık açısından kontrol hizmetlerini yürütmek,
 - Mahalli idareler ilgili diğer kuruluşlarla işbirliği suretiyle çevre sağlığını ilgilendiren gerekli tedbirleri almak ve aldirmek,
 - Kanser, 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 personelini yetiştirmek,
 - Sağlık hizmetleriyle ilgili olarak milletlerarası ve yurt içindeki kurum ve kuruluşlarla işbirliğinde bulunmak.

Yukarıda belirtilen görevlerin yanında, Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun²⁹ gereğince Yeşil Kart Fonunun kontrolü de Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmektedir.

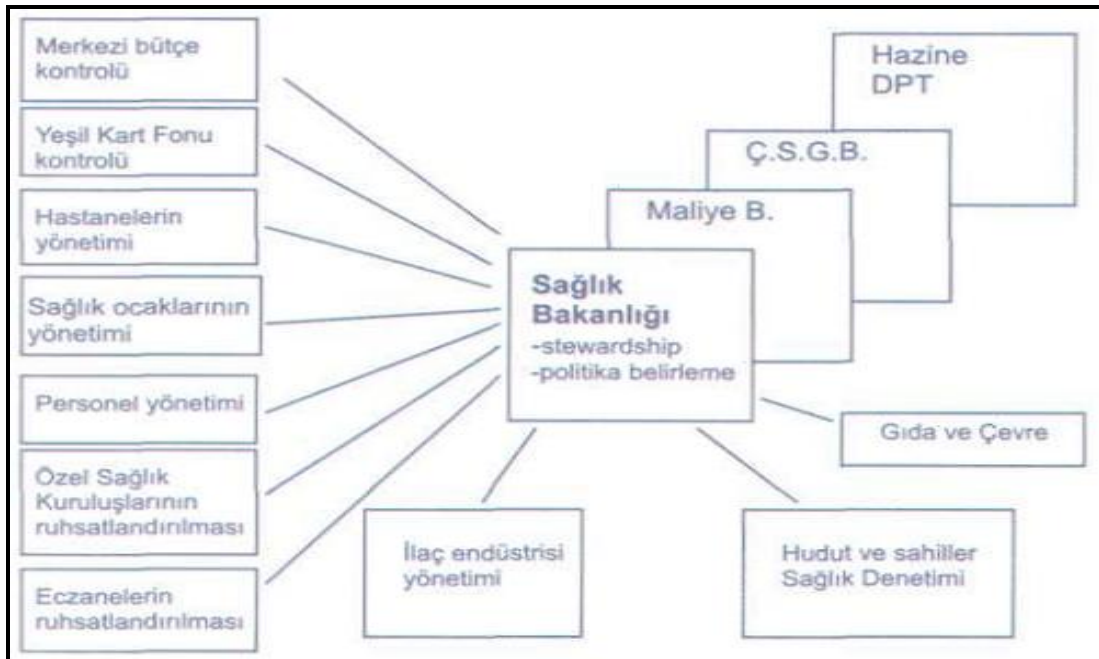
Sağlık Bakanlığı, Şekil 4'te özetlenen tüm bu görevleri yerine getirebilmek için birçok bakanlık ve kurumla işbirliği içindedir. SDP kapsamında yapılacak

²⁹ Yayımlandığı Resmi Gazete: Tarih: 3.7.1992 Sayı: 21273

yapısal değişikliklerle “Sağlık Bakanlığı yeniden yapılanırken var olan birçok işlev ve sorumluluk alanını” aşığıdaki şekilden “teker teker silmek” niyetindedir (Sağlık Bakanlığı, 2007: 20). Bunu yapmak için izlenen yöntemler ise zaten bu Dönüşümün her bir ana bileşeninde tanımlanmıştır. Şöyle ki;

- Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneler Birliği gibi bir uygulama ile tüm kamu hastanelerini özerkleştirmek suretiyle *yerelleştirecek* dolayısıyla bu hastanelerin finansmanını sağlama, sağlık personelini temin etme ve maaşlarını ödeme, yatırım harcamalarını yapma gibi merkezi bütçe ile ilgili görevlerinin büyük bir bölümünden hem de hastanelerin yönetiminden tamamen kurtulacaktır.
- Yeşil Kart Fonu, Sosyal Güvenlik Kurumu’nun (SGK) kapasitesi hazır olduğunda devredilecektir.
- Aile Hekimliği Sistemi’ ne tüm illerde geçildiğinde Sağlık Ocağı yapılanması ortadan kalkacağından bunların yönetimi bir görev de olmayacaktır.
- Sağlık müdürlükleri ile imzalanan sözleşmelerle çalışan Aile Hekimliği Sistemi’nin tüm yurttta tam olarak çalışmaya başlaması ve kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi sonucunda, Sağlık Bakanlığı sayıları 300 bine yaklaşan sağlık personellerinin yönetiminden tamamen kurtulacak, kendini bakanlık merkez teşkilatı ile sınırlayacaktır. Ayrıca, özerk kamu hastanelerindeki personelin tüm sorumluluğu hastanelerin yönetim kurullarında olacaktır.
- Özel Sağlık Kuruluşlarının ve eczanelerin ruhsatlandırılması gerekli kapasite sağlandıktan sonra yetki ve sorumluluk devri ile iller düzeyine kaydırılacaktır.
- Ulusal Tıbbi Cihaz ve İlaç Kurumu kurularak ilaç endüstrisinin yönetimi ve denetimi Sağlık Bakanlığı’nın görevi olmaktan tamamen çıkarılacaktır.
- Hudut ve sahillerin sağlık denetimi ile ilgili görevi son yasal düzenlemelerle zaten azaltılmış ve yalnızca sahillerin denetimi Sağlık Bakanlığı’na bırakılmış fakat bu görev de bakanlıktan olabildiğince bağımsız götürülmeye çalışılmaktadır.

- Gıda ve çevrenin denetimi ile ilgili görevler zaten ilgili bakanlıklar ve yerel yönetimlere aktarılış bulunmaktadır.



Şekil 4. Sağlık Bakanlığı'nın Başlıca Görev Alanları ve İlişkileri

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2007: 20

Yani artık “Sağlık Bakanlığı, kürek çekmeyi bırakıp dümenin başına oturmak ve ‘stewardship’ görevini etkili olarak üstlenmek istiyor” (Sağlık Bakanlığı, 2007: 25). Stewardship kavramı, sözlük anlamı olarak “bir kişinin himayesine bırakılan bir şeyin sorumlu ve dikkatli idaresini”³⁰ ifade eder. Sağlık sistemleri bağlamında Dünya Sağlık Örgütü’ ne göre bu kavram:

“Sağlık sistemleri bağlamında, toplum sağlığına dokunacak tüm sektörlerdeki politikaları ve eylemleri etkilemeyi içerir. Bu arada, Stewardship görevi, stratejik politika yönelimini formüle etme yeteneğini, iyi düzenlemeleri ile onları uygulamak için araçlar sağlamayı ve sağlık sistemleri performansında şeffaflık ve hesap verilebilirliği sağlamaya yönelik gerekli anlayışı temin etmeyi vurgular (WHO, 2007).

Stewardship kavramında, düzenleme görevi ile dikkatli ve sorumlu bir idarenin ön planda olduğu görülüyor ve dikkat edilirse düzenlemeden daha geniş bir kavram olduğuna vurgu yapılıyor. Sadece düzenleme değil, sağlık sektörü içindeki, toplum sağlığını etkileyebilecek bütün hareketler ve

³⁰ Bkz. : <http://www.merriam-webster.com/dictionary/stewardship>, Erişim (08.02.2010).

politikalardan bahsediliyor. Politikaları yönlendirme, düzenlemeler oluşturma hatta bunları uygulayabilmek için araçlar geliştirme, güvenilirlik ve şeffaflığı temin etme ve bütün bunlar için de gerekli bilgiyi temin etme bu kavramın kapsamında ele alınmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2007: 29).

Fakat Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılmasındaki amacın bu anayasal ilkeyi yerine getirmek olmadığı bunun yeniden yapılandırmanın *tali bir sonucu* olarak görülmesi gerekliliği de ortadadır. Yeniden yapılandırma daha çok Dünya Bankası'nın sağlık kurumlarının özelleştirilmesi ve finansmanın hizmetten yararlananlar tarafından karşılanması ile Dünya Ticaret Örgütü'nün tüm ulus devletlerdeki kamu hizmetlerinin fiyatlandırılarak uluslararası piyasaya açılması isteklerinin bir bileşimi görünümündedir.

4.2.4.2 Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık

Sigortasının Kurulması ve Özel Sigortacılığın Teşviki

Bu bileşen, "Hizmet kalitesini arttırmak, her hastaya eşit düzeyde sağlık hizmeti sunmak ve hasta ile doktor arasındaki para ilişkisini ortadan kaldırmak için toplumun bütününe kapsayan zorunlu sağlık sigortacılığı sistemine ihtiyaç olduğu tespitlerine" dayanarak bu bileşen SDP'nin hakkaniyet amacına hizmet etmek üzere tasarlanmıştır. Zorunlu genel sağlık sigortasının kapsadığı hizmetleri içeren bir Temel Teminat Paketi oluşturulacak, bu paketin dışında kalan hizmetleri almak isteyenler için özel sigortacılık teşvik edilecektir (Sağlık Bakanlığı, 2003: 27-29).

1963 yılındaki ilk kalkınma planından bu yana gerçekleştirilmeye çalışılan genel sağlık sigortasının kurulması hayali, 2006 yılında çıkarılan 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu³¹ ile başarılı olmuş ama tam olarak faaliyete geçmesi 2008 yılına dek sarkmıştır. 5510 sayılı kanuna göre Genel Sağlık Sigortası: "Kişilerin öncelikle sağlıklarının korunmasını, sağlık riskleri ile karşılaşmaları halinde ise oluşan harcamaların finansmanını sağlayan sigortayı" ifade etmektedir (2006).

Ancak burada iki husus belirtilmelidir:

³¹ Yayımlandığı Resmi Gazete Tarih: 16/6/2006 Sayı : 26200

- Genel sağlık sigortası kapsamında hizmet sunulacak yurttaşlara sunulacak sağlık hizmetlerinin kapsamını belirleyecek olan temel teminat paketinin içeriği ve kapsamı meselesi,
- Diğerleri ise genel sağlık sigortasının mali kaynağının temel olarak sigorta primi ödeyen yurttaşların katkısı ile ödeme gücü olmayanların primlerinin devlet tarafından ödenmesi ile sağlanacak gelirlerden oluşması nedeniyle kayıt dışı ekonomi meselesidir.

Temel teminat paketinin oluşturulması Dünya Bankası tarafından hemen her raporda ısrarla talep edilen bir husustur. Bu teminat paketinin kapsamı meselesi 5510 sayılı yasadaki genel sağlık sigortası tanımını işlevsiz kılabilecek niteliğe sahip olduğundan oldukça tartışmalıdır. Oldukça dar tutulan bir paketin sonucunun ne olabileceğine dair Birleşik Devletlerin sağlık sisteminden bir tespiti aktarmak anlamlı olacaktır:

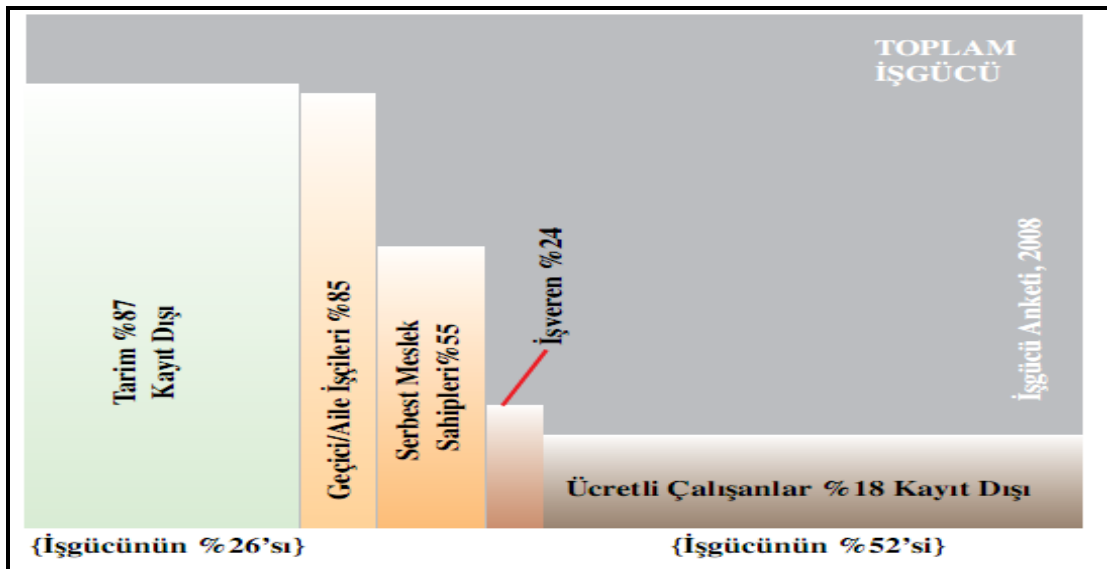
İlk ve en ezici sorun 44 milyondan az olmayan insanımızın bütününün hiçbir şekilde sağlık güvencesi kapsamında olmamasıdır. Fakat sorun sigortasızlarla bitmiyor. Belki de sigorta kapsamı dar ve sağlık güvencesi yetersiz olanlar daha büyük bir sorun teşkil etmektedir. Birçok insan hayatlarının can alıcı bir anında gerçekten bakıma ihtiyaç duyduklarında, sağlık sigortalarının onlardaki tıbbi sorunu, ihtiyaç duydukları müdahale tipini ya da gereksinimleri olan testleri ve ilaçları kapsamadığını ya da bu hizmetler için ödemesi gerekenin çok az bir kısmını kapsadığını fark etmektedirler (Navarro, 2003: 443).

Kamu sağlık harcamalarının aşırı artışının engellenmesi için Temel Teminat Paketi'nin olabildiğince dar tutulmasını öneren OECD-Dünya Bankası raporu şu uyarılarda bulunmayı da ihmal etmemiştir:

Birçok ülkede kapsamlı teminat paketi olmasına rağmen, genelde bt kısıtları, katkı ödemeleri ve arz yönlü kısıtların çeşitli birleşimleri, maliyetleri sınırlamaktadır. Türkiye'de, en azından fiziki altyapı, ekipman ve insan kaynakları açısından bu kısıtların bir bölümünü en kısa sürede kaldırmaya alışan Hükümet sayesinde temel teminat paketi, bazı yönlerden geleceğe ilişkin tıbbi tüketim açısından *boş bir ek* gibi görünebilir. Ayrıca, vatandaşlar (zellikle de prim ödeyenler) genel sağlık sigortasını kendileri ve Hükümet arasında bir sözleşme gibi gördüğü sürece yetkililer, maliyetleri ne olursa olsun kapsamlı teminatlar sağlaması yönünde artan bir baskıya maruz kalacaktır (OECD-Dünya Bankası, 2008: 105).

Yani rapora göre sağlık hizmetine erişimin önündeki engelleri kaldıran uygulamaların, yurttaşların "sağlık primimi ödüyorum yleyse sağlık hizmeti

almak benim hakkımdır” anlayışıyla birleşmemesi için siyasi iktidar bu konuda özel ihtimam göstermelidir. Siyasi iktidardan bu paketi olabildiğince dar tutarak, genel sağlık sigortası bileşenin kavramlaştırılmasında 2003 yılında verdiği: *teminat paketinin dışında kalan hizmetleri almak isteyenler için özel sigortacılığın teşvik edilmesi* sözünü tutması beklenmektedir.



Şekil 5. Türkiye'de Kayıt Dışı İstihdamın Yapısı

Kaynak: Dünya Bankası Yoksulluğu Azaltma ve Ekonomik Yönetim Birimi, Türkiye Ülke Ekonomik Raporu 2 Mart 2010, s.13

İkinci hususa gelindiğinde ise, kayıt dışı ekonominin yüksekliği ve prim ödeme gücü olmayan yurttaşların tespitindeki güçlükler nedeniyle genel sağlık sigortasının mali kaynağını oluşturan primlerin toplanmasında yaşanacak sıkıntılardır. Dünya Bankası Yoksulluğu Azaltma ve Ekonomik Yönetim Birimi'nin raporuna göre "Türkiye'de nispeten yüksek paya sahip tarım sektörü çoğunlukla kayıt dışı bir işleyişe sahiptir ve bu durum genel kayıt dışılık oranını yukarı çekmektedir" ki bu oran 2008 sonu itibariyle yüzde 43,5'tir (Dünya Bankası Yoksulluğu Azaltma ve Ekonomik Yönetim Birimi, 2010: 1). Prim ödeme gücü olmayanların tespitinin ne kadar güç olacağı ise Şekil 5 incelendiğinde daha iyi anlaşılacaktır. Öncelikle işgücünün % 26'sını oluşturan tarım sektörünün % 87'si kayıt dışıdır. İşgücünün % 22'lik bölümünü oluşturan üç alt bileşende ise: Geçici ve aile işlerinde çalışanlarda bu oran % 85, serbest meslek sahiplerinde % 55, işverenler arasında %24 dolayında seyretmektedir. Kayıt dışılığın bu kadar yüksek oranlarda seyrettiği

bir ülkede kişilerin gelir düzeyini belirlemek ve prim ödeyip ödemeyeceklerini tespit edebilmek mümkün görünmemektedir. Belirtilen nedenlerden, dolayı sistemin katkı paylarına ve diğer cepten yapılacak harcamalara ağırlık vererek sağlık güvencesine sahip yurttaşlara bile yüksek sağlık harcaması yaptırma ihtimalidir.

Genel sağlık sigortası'nın mevcut yapısı:

Sağlık hizmetine muhtemelen en az ihtiyaç duyan insanlar bu hizmet ağından en fazla yararlanması; diğer taraftan imkânları en az olan ve çok fazla sağlık problemleri olan insanların, sağlık hizmetlerinden en az yararlanabilmesi anlamına gelen Tersine Hizmet Kuralı ve nerede sosyal güvenlik yok ve sağlık hizmetleri cepten karşılanıyorsa, hastaların aşırı finans yükü altında ezilip fakir düşmeleri kaçınılmaz olduğunu anlatan Fakirleşen Hizmet Kuralı ... (Akdağ, 2008a: 35)

ile birlikte değerlendirildiğinde primlerin hakkaniyete uygun olarak değerlendirilmesi tüm yurttaşların sağlık güvencesine sahip olmasının getireceği sosyal fayda oldukça etkinsiz olacaktır.

Pala'ya göre (2003: 118): "Genel sağlık sigortasını kurduk sözleri belki kısa bir süre gündemi doldurabilir. Ancak 'içi boş çıkarsa' ki, açıklandığı kadarıyla öyle görünmektedir, sağlık hizmeti almak beklentisi içindeki seçmenlerin hüznü isyana dönüşebilir!"

4.2.4.3 Kamu Hastanelerine İdari ve Mali Özerklik Tanımak ve Özel

Hastanelerin Teşviki

Bu bileşen Dünya Bankası değerlendirmelerinde de sıklıkla üzerinde durulan bir sorun olan; sağlık hizmeti sunumunda kamu hastanelerinin verimsizliğine rağmen yüksek maliyetlere neden olması üzerine kurgulanmıştır. SDP kapsamında bulunan çözüm ise, hizmet sunumunun idari ve mali özerklik verilen hastanelere devredilmesi yani *yerelleştirilmesidir*. Böylece, zaten kıt olan kamusal kaynakların bu alanda kullanılması; bu hastanelerin kendi gelirleri ile giderlerini karşılayabilen dolayısıyla sunduğu hizmetleri *maliyet odaklı değerlendirebilen* sağlık işletmelerine dönüştürülmesi suretiyle önlenmelidir. Bu süreçte kaçınılmaz olarak kamu hizmetlerinin *fiyatlandırılmasını* gerektirir. İdari ve mali özerkliğe sahip kamu sağlık

işletmelerine atfedilen bir diğer fonksiyon ise özel sektörle rekabet edecek şekilde tasarlanmış olmasıdır. Ayrıca, 58. Hükümet Programı ile Devletin, “herkesin temel sağlık ihtiyacını, gerekirse *özel sektörle işbirliği yaparak* yerine getirmek” zorunda olduğu belirtilmiş ve özel hastanelere kamu-özel ortaklığı (public-private partnership) misyonu yüklenmiştir (Gül Hükümeti Programı, 2002).

Bu misyonun nasıl dair yönetmeliğe bakıldığında:

...[S]ağlık tesislerinin, Sağlık Bakanlığınca verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya Hazineye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek kişilere veya özel hukuk tüzel kişilerine kırkdokuz yılı geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılmasına, bu amaçla Maliye Bakanlığınca Hazineye ait taşınmazlar üzerinde gerçek kişiler veya özel hukuk tüzel kişileri lehine bedelsiz olarak kırkdokuz yıla kadar bağımsız ve sürekli nitelikli üst hakkı tesis edilmek suretiyle bu taşınmazların devredilmesine; kira bedeli ve kiralama süresinin tespitine, sağlık tesislerindeki tıbbî hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında yenilenmesine...(Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması ile Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine dair Yönetmelik, 2006).

Özel sektör hastanelerin inşası ve gerektiğinde yenilenmesini sağlayarak özerk kamu hastanelerine 49 yıllık bir imtiyazla ortak olarak sonrasında hastanenin tıbbi hizmetleri dışındaki tüm hizmetleri sağlama ve kira geliri elde etme hakkına sahip olabilecektir. Dünya Bankası'nın proje kredileri verilmesi esnasında ortaya koyduğu şartlardan biri olan kamu hizmetlerinin piyasaya açılması şartına önemli bir katkı yapacağı beklenen bu uygulama ile özel sektör, sağlık sektörüne yatırım yapmaya teşvik edilmekte belki de kamu sektörünün sağlık sektöründen tamamen çekileceği günlere bir hazırlık yapılmaktadır. Sağlık sektöründeki piyasalaştırma, desantralizasyon uygulamaları ile uluslar arası düzenleyici kuruluşlardan olan Dünya Ticaret Örgütü' nün yakın ilişkisi aşağıdaki Hizmet Ticareti Genel Anlaşması ile daha iyi analiz edilebilecektir.

Dünya Ticaret Örgütünü Kuran Anlaşma'nın ekinde yer alan Anlaşmalardan biri de Hizmet Ticareti Genel Anlaşması (General Agreement on Trade in Services-GATS) dır. 15 Nisan 1994 tarihinde Marakeş'de imzalanan Uruguay

Raund Sonuç Belgesi (Nihai Senet) kapsamında yer alan Hizmet Ticareti Genel Anlaşması (GATS), uluslararası hizmet ticaretine ilişkin temel kavram, kural ve ilkeleri ortaya koyan ilk çok taraflı anlaşmadır. Türkiye hizmet sektörlerine ilişkin taahhüt listesini 1994, 1997, 1998 yıllarında ve revize edilmiş halde 2003 yılında Dünya Ticaret Örgütü'ne sunmuştur (GATS Bilgi Notu, 2009; Konsolide Taahhüt Listesi, 2003). Bu kapsamda, Hizmet Ticareti Genel Anlaşması'nın gereklerine uyum için sunulan taahhütlerin arasında Sağlıkla İlgili ve Sosyal Hizmetler ana başlığı altında Hastane Hizmetleri'nin de yer alması GATS'ın bazı maddeleri göz önüne alındığında *bilinçli* bir seçim olsa gerektir. Örneğin, ikinci madde diğer Dünya Ticaret Örgütü üyesi ülke hizmet sunucuları arasında ayırım yapılmaması ve bir ülke hizmet sunucusuna tanınan haklardan diğer üye ülke hizmet sunucusunun da yararlandırılması gerekliliğini içermektedir. On yedinci maddeye göre ise bir pazarda yerli ve yabancı hizmet sunucu/yatırımcı arasında ayırımı olmama prensibi getirilmiştir.

1970'lerden itibaren ÇUŞ'lar, mal piyasalarındaki karlılık oranlarının azalmasına çözüm olarak finansal piyasalar aracılığıyla karlılık oranlarını yükseltmeyi seçmiştir. Öyle ki: "1973-1995 yılları arasında uluslararası sermaye hareketleri (sıcak para akışı) 100 kat artarken, doğrudan yatırımda sadece 6 kat büyüme sağlandı" (Shanmanesh, 2009: 42). Günümüzde ise kapitalizmin doğasında olan ekonomik bunalımlardan, finansal piyasa krizlerinden korunabilecekleri sakın ve karlı limanlar aramaktadırlar. ÇUŞ'lar ve onların aracı konumundaki uluslararası kuruluşlar (Dünya Bankası, IMF, Dünya Ticaret Örgütü) borç verme karşılığı uygulanması zorunlu tuttıkları neoliberal politikalarla, devletin yeniden yapılandırılması sürecinde kamu sektörünün genelde kamu hizmetlerini özelde de sağlık hizmetlerini çok yüksek maliyetle ve verimsiz olarak sunduğu argümanına başta ulus devleti inandırmıştır. Kamu hizmetlerinin piyasacı anlayışa devri konusunda ikna olan ya da ikna olmak zorunda ulus devletinin saf dışı edildiği bu yeni alan kendi talebini kendi belirlemek gibi istisnai bir güce sahip bir hizmet piyasası olan Sağlık Hizmetleri Piyasası ve alt dalı olarak da piyasanın en karlısı olan Hastane hizmetleri sunumudur. GATS gibi anlaşmalarla uluslar arası şirketler hem böyle bir karlı pazara sınırlama olmaksızın girebilecek, hem de ulus

devletin karlarının düşmesine yol açacak uygulamaları olursa tüm kayıplarını Tahkim' e giderek tazmin edebileceklerdir.

Sonuçta, Dünya Bankası gibi kuruluşlar tarafından sağlık hizmeti üretenlerin özelleştirilmesi ve kamu kurumlarında katkı payları alınması yoluyla özel finansmanın artırılmasının; Dünya Ticaret Örgütü tarafından da kamu hizmetlerinin yabancı yatırımcılara ve piyasalara açılmasının teşvikinin ülkemiz gibi “orta ve düşük gelirli ülkelerin kırılğan sistemlerinde ortaya çıkaracağı sonuç: büyük bir yoksulluk tuzağı”dır (Whitehead, Dahlgren, Evans, 2001/2003: 273).

4.2.4.4 Aile Hekimliği Sistemi ve Etkili Bir Sevk Sistemi Kurlmak

Aile Hekimliği bileşeni, sağlığın aile ortamıyla birlikte geliştiği gerçeğinden hareketle, bireyin sağlığını aile sağlığı kavramı çerçevesinde değerlendirebilecek, bireyin kendi seçeceği bir hekim tarafından, sağlık sorumluluğunun üstlenilmesini sağlayacak bir sistem kurulması amacını taşımaktadır. “Sağlık Sistemlerinin daha kaliteli ve ekonomik sağlık hizmeti sunmaları için etkili ve kademeli bir sevk zincirinin kurulabilmesi gereklidir. Etkili ve kademeli bir sevk zincirinin kurulabilmesinin ön şartı ise hastanın kendi seçtiği ve güvendiği bir hekimden birinci basamak sağlık hizmeti almasıdır” (Akdağ, 2008a: 143-144).

Aile Hekimliği Sistemi (AHS), SDP'nin görelî daha pahalı olan hastane hizmetlerine yapılan sağlık harcamalarını azaltmak için kurulması zorunlu olan sevk zincirinin bekçisi ve böylece sağlık sistemine girişlerin denetleyicisi (gatekeeper) konumundadır. Eğer, AHS doğru çalıştırılmaz ise, idari ve mali özerkliğe sahip kamu hastaneleri ya da özel hastanelerin bilançolarındaki karlılık oranları oldukça yükselecektir. Her mali yılı yüksek bütçe açıkları ile tamamlayan SGK'ya bütçeden yüklü miktarlarda transferler yapılmak zorunda kalınmaktadır. Bütçeden yapılan transferlerin yıllara göre artışına ve Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH) oranına ilişkin olarak düzenlenmiş Çizelge 3 bu açıdan önemlidir. Çizelge 3 incelendiğinde, AHS'yi doğru çalıştırmamanın önemi ya da çalıştırmamanın en azından mali bedeli daha iyi anlaşılmalıdır.

Çizelge 3. 2003-2009 Yılları Arasında SGK'ya Yapılan Bütçe Transferleri

Yıllar	Toplam (x1000)	Yıllık (%)	Değişim Oranı	GSYİH' ya Oranı (%)
2003	15.883.617,00 TL	64		3,49
2004	18.830.000,00 TL	18,5		3,37
2005	23.322.000,00 TL	23,9		3,59
2006	22.892.000,00 TL	-1,8		3,02
2007	33.060.241,00 TL	44,4		3,92
2008	35.016.403,00 TL	5,9		3,69
2009	52.599.691,00 TL	50,2		5,56

NOT: 1- 2009 yılı SGK mali istatistik tablolarından derlenmiştir.

2- GSYİH değerleri, 1998 yılı bazlı olup, TÜİK'ten alınmıştır. 2009 yılı verileri Orta Vadeli Program değeridir.

3- Faturalı ödemeler, ek karşılıklar, emeklilere yapılan ek ödeme dahil olup, 2009 yılından itibaren hizmet akdiyle çalışanlar için 5 puan prim indirimi ve özürü primi indiriminden kaynaklanan transferler de dahil edilmiştir.

Kaynak: www.sgk.gov.tr/wps/portal/Anasayfa/Istatistikler

Çizelge 4. 2009 Yılı SGK Gelir ve Gider Dengesi

SGK BÜTÇE KALEMLERİ	TOPLAM (x1000)
I-GELİRLER	76.877,00 TL
II-GİDERLER	105.580,00 TL
SAĞLIK HARCAMALARI	28.863,00 TL
İLAÇ HARCAMALARI	13.161,00 TL
TEDAVİ HARCAMALARI	15.129,00 TL
DEVLET HASTANELERİ	7.875,00 TL
ÜNİVERSİTE HASTANELERİ	2.572,00 TL
ÖZEL HASTANELER	4.682,00 TL
TÜM DİĞER GİDERLER	6.326,00 TL
III- AÇIK	-28.703,00 TL
IV- BÜTÇE TRANSFERİ	52.600,00 TL

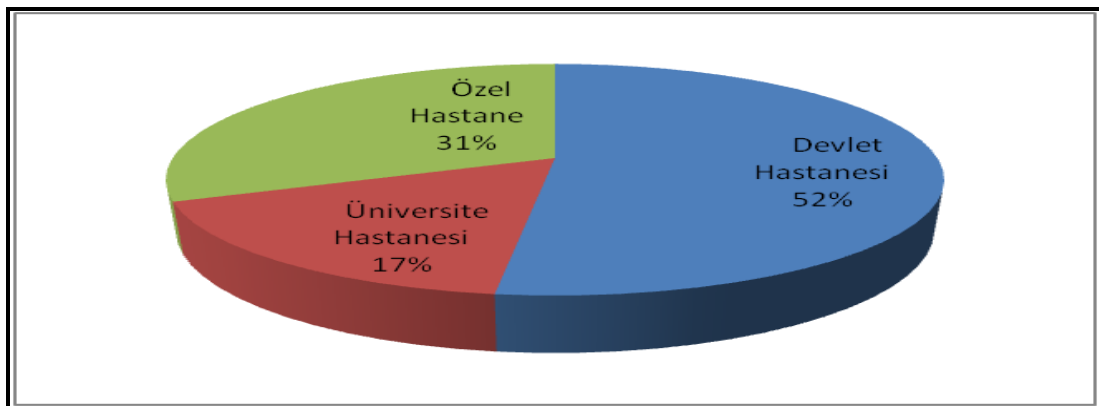
NOT: 1.2009 yılı SGK mali istatistik tablolarından derlenmiştir.

2. Rakamlar düzeltilmiştir.

Kaynak: www.sgk.gov.tr/wps/portal/Anasayfa/Istatistikler

SGK, özel bütçeli bir kurumdur ve bütçesi merkezi yönetim bütçesinin yarısından daha fazladır. DPT tarafından hazırlanan Genel Ekonomik Hedefler ve Yatırımlar 2010 raporundaki tahminlere göre, SGK'nın yaklaşık 83 milyar Türk Lirası gelir elde etmesi beklenirken, giderleri yaklaşık 115 milyar Türk Lirası olarak gerçekleşecek ve 2010 yılında da 32 milyar Türk Lirası açık verecektir (DPT, 2009: 13).

58. Hükümet Programı'nda "Mevcut sosyal güvenlik sistemimiz, sosyal güvenlik olmaktan çıkarak devletin sırtındaki kambur haline dönüşmüştür." tespiti yapıldıktan sonra "Gerek örgütlenmesi, gerek aktüeryal dengelere uymayan prim-karşılık düzeni, gerekse yönetim anlayışı ile mevcut sosyal güvenlik sistemi yeniden yapılandırmaya tabi tutulacak alanların başında" geldiği belirtilmiştir (Gül Hükümeti Programı, 2002). Fakat Çizelge 3'te de açıkça görüldüğü gibi Sosyal Güvenlik Sisteminin geçen yedi yılda yaşadığı dönüşüm/reformlar bu kamburu azaltamamış bilakis artırmıştır. Yüklü açıkların kapatılması için bütçe transferi yapılmasına ihtiyaç duyan dolayısıyla da genel bütçeye büyük yük getiren SGK, uzun vadede ülke ekonomisinin mali dengelerini bozabilecek büyüklükte bir sağlık ekonomisi oluşturmuştur. Kuruluşu çok yeni olan SGK³², oluşturduğu bu ekonominin büyüklüğü ile hem ulusal hem çokuluslu şirketlerin iştahını kabartmakta, bu durum da Çizelge 4' teki gelir-gider dengesinin sağlanması ihtimalini oldukça zayıflatmaktadır.



Şekil 6. 2009 Yılı Tedavi Giderlerinde Sağlık Kurumlarının Payları

NOT: 2009 yılı SGK mali istatistik tablolarından derlenmiştir.

Kaynak: www.sgk.gov.tr/wps/portal/Anasayfa/Istatistikler

Sağlık Sektörünün piyasalaştırılması olarak da adlandırılabilir yeni düzenlemeler sonrası piyasada rekabet ortamı oluşturulmasında oldukça başarılı olduğu ortadadır. Fakat SDP kapsamında oluşturulmaya çalışılan bu rekabet ortamı hizmet kalitesinin artırılması amacıyla daha çok sağlık giderlerinin Aile Hekimliği'ne geçilen illerde bile etkili bir sevk sistemi

³² 20.05.2006 tarihli ve 26173 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile kuruldu.

oluşturul(a)maması nedeniyle, özel hastanelerin sağlık piyasası pastasından aldığı payı oldukça artırmıştır. Şekil 6'da görüldüğü gibi Özel Hastaneler 2009 yılında Üniversite Hastaneleri'nin neredeyse iki katına yakın bir gelir elde etmişlerdir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın özel hastanelerin kapılarını tüm sosyal güvencesi olan vatandaşlara görece düşük katılım payı alınması ile açması gibi uygulamaları ile mevcut iktidarın sonraki seçimlerde oy oranını artırmada etkisi olduğu söylenebilir. Fakat özel hastanelerin sistemden gittikçe fazla pay almaya başlaması beraberinde tüm sağlık sistemi için bir risk getirmektedir. Katılım payı uygulamalarının yaygınlaşmasının ve serbestleşmesinin, *tüm sistemin birden geri döndürülmez şekilde çökmesine* (catastrophic failure) neden olabilecek katastrofik sağlık harcamalarını tetikleyebileceği gözden kaçırılmamalıdır. Kavram olarak katastrofik sağlık harcaması, hane halkının belirli bir zaman diliminde, bir ya da daha fazla üyesinin sağlık harcamalarını ödeyebilmek için temel ya da zorunlu harcamalarını kısmak zorunda bırakılmasıdır. Bu konuda 59 ülkede yapılan anketlerle toplanan verilere dayanan bir çalışmaya göre: katılım payı gibi cepten ödemelerin yaygınlaşması, katastrofik sağlık harcaması³³ oranını da arttırmaktadır. Bunun yanında bir diğer tespit ise bu durumun daha çok orta gelir düzeyine sahip ve sağlık sistemleri geçişte/dönüşümde olan ülkelerde sık görüldüğü yönündedir (*Xu, Evans, Kawabata, Zeram dini, Klavus, Murray, 2003: 111-117*).

1980 öncesi neredeyse sistemde hiç bulunmayan özel hastanelerin, 1980 sonrasında sayıları gittikçe artsa da devletin yaptığı sağlık harcamalarında SDP'nin özel sektör vurgusuna kadar payları oldukça düşüktür. Özel hastaneler Şekil 6'da görüldüğü gibi 2009 yılına gelindiğinde giderlerin üçte birinin yapıldığı kurumlar haline gelmiştir. Ayrıca, bu hastanelere SGK'nın belirleyeceği bir oran kadar ilave ücret alma hakkı da tanınmış böylece bir yandan SGK kapsamında tüm vatandaşları sosyal güvence altına alınması ile gelirleri garanti edilen özel hastaneler ilave ücretlerle karlı bir piyasaya sahip olmaktadır.

³³ Bu çalışmaya göre katastrofik sağlık harcaması, hane halkı gelirinin zorunlu giderleri çıktıktan sonra kalan kısmının % 40'ını aşan sağlık gideri ödemeleridir.

4.2.4.5 Bilgi ve Beceri İle Donatılmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü

Sağlık İnsan Gücü, “kamu ya da özel sağlık kesiminde toplumun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini üreten personelin tamamına verilen addır” (Sağlık Bakanlığı, 2008: 9). Sağlık Bakanlığı’na göre: “Dönüşümlerin başarılı olarak gerçekleştirilmesi uygun nitelikli ve gerekli insan kaynağının mevcudiyetine bağlıdır” (Sağlık Bakanlığı, 2003, 32). Bu bakış açısı ile kavramlaştırılan bu bileşen kapsamında:

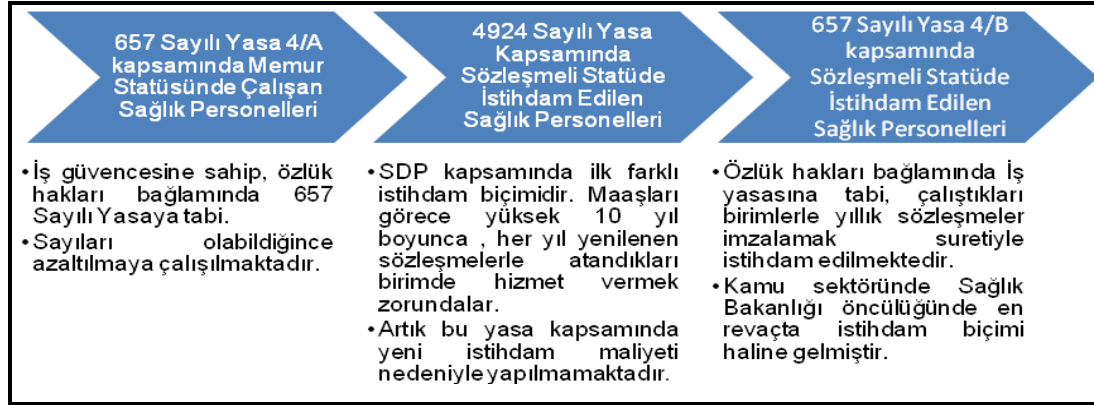
- Avrupa birliği mevzuatı gereği tüm sağlık çalışanlarının görev yetki ve sorumlulukları tanımlanacak,
- Hekimlerin ülke ihtiyaçları doğrultusunda yetiştirilmesi için üniversitelerle işbirliğine gidilecek,
- Hemşirelik eğitimi uluslar arası standartlara uygun şekilde üniversite düzeyinde verilecek,
- Hekimler, hem onlara yapılan yatırımın amacı dışında kullanılmaması hem de deneyimsiz yöneticilerin sağlık sektöründe olmaması için yönetici olarak istihdam edilmeyecek,
- Kamu kurumlarında daha istekli ve verimli çalışmayı özendirecek sözleşmeli personel istihdamı sağlanacak (Sağlık Bakanlığı, 2003: 32-33).

Bu bileşen kapsamında en aktif uygulamalar son maddede belirtilen sözleşmeli personel istihdamı yönünde olmuştur. Bu kapsam çıkarılan 4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Yasa³⁴ ile nispeten daha yüksek maaşlarla ama sözleşmeli statüde sağlık personel istihdamı başlamıştır. Çakılı Kadro Yasası olarak da adlandırılan yasanın çıkış amacı; sağlık personeli temini zor olan büyük bölümü Doğu ve Güneydoğu illerinde sürekli eleman temininin sağlanması ve böylece istekli ve verimli çalışmayı önleyen mecburi hizmet uygulamasını sonlandırmak olarak sunulmuştur.

Bunu takiben, 657 Sayılı Devlet Memurları Yasası’nın 4/b maddesine dayalı

³⁴ Yayımlandığı Resmi Gazete Tarih: 01/11/2005 Sayı :25983

olarak sözleşmeli statüde sağlık personeli istihdam edilmeye başlanmıştır. Bu statüde göreve başlayan sağlık personellerinin ise belirli özlük haklarından aynı birimde aynı işi yapan fakat memur statüsünde çalışanlara nazaran daha az yararlanabilmesi ve hiçbir şekilde iş güvencesine sahip olmamaları dikkate değerdir.



Şekil 7. Sağlık Bakanlığı'nda Değişen İstihdam Biçimleri

Sağlık Bakanlığı'nın değişen istihdam politikasının istekli ve verimli bir çalışmayı özendirip özendirmediği tartışılabilir. Tartışılmayacak olan, bu istihdam biçimi ile Bakanlık bünyesinde parçalı bir personel yapısı oluşturulmasının başarılıdır. Örneğin, bir yıldır görev yapmakta olan memur statüsünde bir sağlık personeli 20 gün ücretli yıllık izin hakkına sahip olabilirken; sözleşmeli statüde aynı birimde aynı işi yapan başka bir sağlık personeli 14 gün ücretli yıllık izin hakkına sahip olabilmektedir. Başka bir örnek ise, 4924 Sayılı Yasa kapsamında istihdam edilen ve yıllık sözleşmelerle çalışan sağlık personellerinin, memur statüsündeki bir sağlık personelinden iki kat daha fazla maaş alabilmesidir. Bu eşitsizlik doğurucu istihdam politikaları ile birleşen ve "Sağlık Bakanlığı kurumlarında, çalışanlar arasında dayanışma yerine rekabeti teşvik edecek olan, sonucunda da hemen hiçbir çalışanın çıkarına olmayacak olan performans dayalı ek ödeme uygulaması" sağlık çalışanları arasında parçalanmaya sebep olmuştur (Hamzaoğlu, 2007: 427).

Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan tanıma göre Performansa dayalı ek ödeme:

Sağlık Bakanlığına bağlı tüm sağlık tesislerinde uygulanmakta olan,

Bakanlıkça belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterleri de dikkate alınmak suretiyle, çalışan personelin: unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, serbest çalışıp çalışmaması, kurumlarda yapılan muayene, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler, özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak sağlık kurumlarında, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesinin sağlanması amacıyla, görevli personele döner sermaye gelirlerinden yapılacak ek ödemenin oran, usul ve esaslarının belirlendiği bir sistemdir (Sağlık Bakanlığı, 2006: 53).

Sistemde hekimler tarafından başından sonuna kadar birebir yapılan, zihinsel ve bedensel olarak mesleki katkı ile bizzat sonuçlandırılan işlemler puanlandırılmıştır. Sağlık hizmeti sunumundaki diğer bütün unsurlar bu işlemlerin tamamlayıcıları olarak öngörülmüştür. Hekim sağlık hizmet ekibinin lideri ve yönlendiricisi olarak sorumlu tutulmuş ve uygulamada referans alınmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2006: 83).

En büyük verimlilik artışının sağlandığı iddia edilen performansa dayalı ek ödeme uygulaması ile hekimler kendi aralarında “hasta - müşteri” kapma ve böylece performans puanı toplama yarışına sokulmuştur. Sistem yapısı gereği birçok unsura dayanıyor gibi görünse de iyi bir gelir elde etmek isteyen bir hekimin hizmet sunumunun göstergeleri: muayene **sayısı**, girişimsel işlem **sayısı**, ameliyat **sayısı** gibi nicel unsurlara bağlanmıştır. Böylece, etik değerlerinin en üst seviyede olması gereken meslek mensupları arasında yaptıkları işin *niteliğinden çok niceliğine* bakma ve meslektaşını gelirini azaltan **rakip** olarak görme eğiliminin artması kaçınılmaz olmuştur. Artan “**sayıların**” hem hastane faturaları hem de ilaç faturaları olarak SGK’ya ve katkı payı ödemek zorunda olan yurttaşlara yüklendiği düşünülürse bu uygulamaların sonucuna dair şu tasvir dikkat çekicidir:

...[S]ağlık sistemi şişmanladıkça daha çok iştahı artan ve giderek aç gözlü (daha fazla açlığa yol açan açlık hali) hale gelen çocuklar gibi kısa vadeli parasal amaçlarını her şeyin önüne koyan piyasa aktörlerinin, yöneticilerin, hekimlerin kontrolsüz etkisine sokulmuş oldu.Sağlık sistemi ancak sağlık harcamalarının sürekli arttığı bir durumda canlılığını koruyan bir “piyasa canavarı” haline getirilmiş oluyor (Hatun, 2009: 39-40).

Ayrıca, hekimler “**sayılarını**” arttırdıkça daha fazla gelir elde edebilmekte fakat performans sistemine dahil edilmeyen diğer sağlık personelleri fazla çalışmalarının karşılığında gelirlerini arttırma fırsatı bulamamaktadır. Böylece, performans uygulamasından tamamen dışlanarak hizmete katkısı

göz ardı edilen hekim dışı sağlık personeli ile hekimler arasında hekimlerin kendi arasında yaşadığı çıkar tabanlı bölünmeye ek olarak bir bölünme daha ortaya çıkarılmaktadır.

Özetle, bu bileşen kapsamında öncelikle **yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü** için yapılanların;

- İş güvencesinden yoksun bir sağlık emekçi kitlesi ile sektörde esnek istihdam yapısı tercih edilerek, özerkleşme-yerelleşme-özelleşme süreçleri sonunda daha rahat *sömürülebilecek bir işgücü oluşturmada*,
- Eşit işe eşit ücret yerine; aynı işi yapanlar için farklı statüler ve ücretler verilerek, kadrolu-sözleşmeli ayrımı ile *çalışma barışını bozmada*,
- Etik değerlerin yozlaşması pahasına performans uygulamalarıyla rekabet teşvik edilerek, kamu sağlık sektöründeki zihniyeti *piyasalaştırmada* oldukça başarılı olduğu söylenebilir.

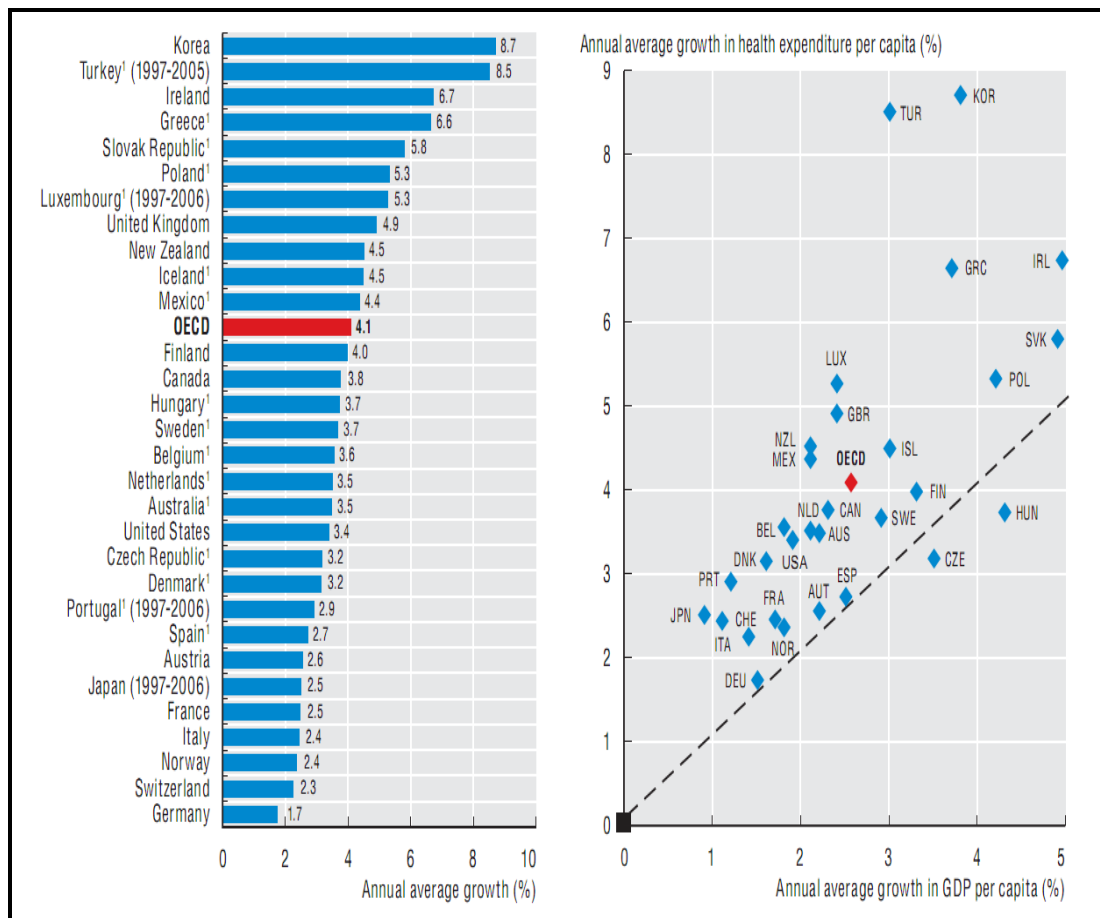
4.2.5 Değişen Sağlık Politikasının Tek Değişmeyen Unsuru: Artan Sağlık Harcamaları

Geçtiğimiz birkaç on yıllık zaman içinde pek çok ülke sağlık hizmeti harcamalarının (genellikle Gayrisafi Yurt İçi Hasıla ile ifade edilen) genel zenginlik seviyesinden daha hızlı büyümesi olgusu ile mücadele etmiştir. Sağlık ekonomisi alanında yazmış olduğu kitabında bu konuya değinen Annemans' a göre, göre kaygı verici olduğu açık olan bu durum ile ilgili asıl soru ise bu mücadelenin nerede sona ereceğidir (2008: 1). OECD'nin bu konuda yaptığı istatistikler de bunu doğrular niteliktedir.

Tüm OECD ülkeleri içinde, Çek Cumhuriyeti ve Macaristan dışındaki tüm ülkelerin GSYİH artışı, sağlık harcamaları artış hızının altındadır. Türkiye için 1997-2005 dönemi verileriyle yapılan (ki buna göre sağlık harcamaları artışı: %8.5, GSYİH artışı % 3) bir analizde sağlık harcamalarının kontrol altına alınması gerekliliği ortadadır. Şekil 8' de görüldüğü üzere, sağlık harcamaları artışının Türkiye' ye has bir olgu olmadığı ortadadır fakat Türkiye özellikle SDP ile birlikte *merkez eksenden oldukça uzaklaşmış* görünmektedir. Nitekim 2008 yılında, T.C. Sağlık Bakanlığı'nın talebi üzerine, Dünya Bankası ve

Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü tarafından gerçekleştirilen Türk Sağlık Sistemi'ne yönelik ortak incelemede yapılan en önemli uyarılardan biri şudur:

Sağlık hizmetleri alanında maliyet kısıtlaması gerçekleştirilmede Türkiye'nin iyi bir geçmişi vardır; fakat artık hizmetlere erişimin sınırlandırılmasına daha fazla bağlı kalamayacak olan yeni sağlık sistemi, daha hızlı bir büyüme potansiyeline sahiptir. Bu bakımdan, hükümetin... [K]amu sağlık harcamaları üzerinde sıkı bir üst limit uygulaması arzu edilebilir olacaktır (OECD ve Dünya Bankası, 2008: 15).



Şekil 8. OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları Artışı - GSYİH Artışı Karşılaştırması

NOT: Annual average growth: Yıllık ortalama artış; Annual average growth in health expenditure per capita (%): Kişi başına sağlık harcamalarının yıllık ortalama artışı; (%)Annual average growth in GDP per capita (%): Kişi başına GSYİH artışı (%).

Kaynak: Health a Glance 2009: OECD Indicators,

http://www.oecdilibrary.org/content/book/health_glance-2009-en

“Sağlığı diğer sektörlerin genelinden ayıran en önemli özellik arzın talep

yaratabilmesi... [B]u durumun temel nedeni ise doktor ile hastası arasındaki bilgi asimetrisidir” diyen Tatar’ a göre Sağlıkta Dönüşüm kapsamında 2008 yılından bu yana ilaç politikalarında yapılan değişiklikler sağlık harcamalarının azaltılması açısından önemlidir (Tatar, 2009: 11-12). Fakat geçmişte dönüşüm yaşamış ve halen yaşayan ülkelerde de faaliyet göstermelerinden dolayı bu politikalara karşı başışıklığı oldukça gelişmiş olan ilaç kartellerinden ziyade sayıları çok az olan ulusal ilaç şirketlerimiz bu politikalardan etkilendiği söylenebilir. Çizelge 4’te görülebileceği gibi tüm sağlık harcamaları içinde (13.161 Milyon TL’lik tutarı ile) neredeyse % 50’lik bir paya sahip olan ilaç sanayi sağlık sisteminin kara deliği olmakta oldukça iddialı görünmektedir.

Uluslararası kuruluşlar kendi kurguladıkları sistemin yüksek maliyetlerinin ancak kamu sağlık harcamalarının kısılması vasıtasıyla sürdürülebilir olduğunu kabul etmişlerdir. Fakat tavsiye edilen yöntem ne yazık ki koruyucu sağlık hizmetlerini arttırmak ve ulusal ilaç sanayinin güçlendirilmesi vasıtasıyla ilaç kartellerinin ya da sağlık sektöründe faaliyet gösteren çok uluslu şirketlerin karlarını azaltacak politikalar geliştirmek yönünde değildir. Tavsiye edilen sürekli daha fazla katkı payı, daha fazla piyasalaştırmadır. Ulus devlet de tavsiyelere uyduğundan/uymak zorunda kaldığından SDP’nin son dönemlerinde yayınlanan Sağlık Uygulama Tebliği ile (SUT) yurttaşlara, en temel ve vazgeçilmez hakkı olan sağlık hakkı için daha fazla katkı payı ödetmek ve eczaneleri de SGK’nın vezneleri haline getirmek kaçınılmaz olmuştur.

4.3 Seçilmiş Ülke Örnekleri ile Değişen Sağlık Sektörü

Bu bölüm dört alt başlıktan oluşmaktadır. İlk alt başlıkta neredeyse sağlıkta dönüşüm yaşayan ülkeler için küresel referans haline gelen ve refah yönelimli sağlık sistemleri sınıfına dâhil olan Büyük Britanya incelenecektir. İkinci alt başlıkta, Yeni Kamu İşletmeciliği’nin ve sağlık sisteminde dönüşümün ilk ve en kararlı uygulayıcısı olan Yeni Zelanda’ya değinilecektir. Üçüncü alt başlıkta karma sağlık sistemi ile Hollanda’ya ve yaşadığı dönüşümlere değinilecektir. Dördüncü alt başlık ise Türkiye’nin de katıldığı

karşılaştırmalı bir analizi içermektedir.

4.3.1 Birleşik Krallık

Birleşik Krallık, bütçe sağlayıcıları etrafında organize edilmiş komuta kontrol sistemi üzerine temellenen refah yönelimli bir Ulusal Sağlık Sistemi'ni 1948'de oluşturmakla tanınır. 1991'de reforme edilen bu sistem satın alıcı-sağlayıcı üzerine temellendirilmiş ve bir iç pazar meydana getirilmiştir. Yeni İşçi Partisi hükümetinin seçimi de Ulusal Sağlık Sistemi pazarı üzerine temellenen rekabetin ortadan kaldırılmasıyla sonuçlanmıştır. İngiliz sağlık sistemindeki bu reform 1987–88 yılında komuta-kontrol sistemindeki finansal kriz sonucu meydana gelmiştir. Birleşik Krallık'taki finansal kriz diğer ülkelerdeki anlamından biraz farklıdır. Diğer ülkelerde finansal kriz denildiğinden sağlık sektörü için ayrılan bütçenin harcamaların artmasına bağlı olarak aşılması anlaşılırken Birleşik Krallık'ta finansal krizin sebebi hastaların hizmete ihtiyaç duyduklarında reddedilmeleri anlamına gelen bütçe kontrolüdür (Bevan: 2000, 2).

Yeterli düzeyde sağlık erişebilirliğine sahip olduğu için Alma Ata Deklarasyonundaki Temel Sağlık Hizmetleri Stratejisi Birleşik Krallık tarafından reddedilmiştir. Bu stratejiyi uygulayan gelişmekte olan ülkeler ise kötü sağlık durumuna sahip marjinal gruplar nedeniyle sistemlerinde büyük açıklar verince 1990'lardan itibaren anahtar politikaları Temel Sağlık Hizmetleri Stratejisi'nden sağlık reformları yönünde dönüş olmuştur. Yüksek gelire sahip ülkeler de hüküm süren Yeni Sağ düşüncenin sosyal refah alanında devletin rolünü azaltması en azından değiştirmesi bu bakış açısıyla tutarlıdır. Bu politikalar diğer endüstrileşmiş sağlık sistemlerinde olduğu gibi Birleşik Krallık'ta da Başbakan Margaret Thatcher tarafından başlatılmıştır. Bu reform genel olarak aşağıdaki bileşenlerden oluşmuştur (Green, Ross ve Mirzoev, 2007: 12-13):

- Satın alan ve sağlayan ekseninde arz ve talebin yol gösterici olduğu piyasa kurallarının geçerli olduğu bir sistem,
- Özel sektörün hizmet sağlayıcı olarak öneminin artması,

- Yaklaşımın öncelik vurgusu ekonomiyedir,
- Sağlık hizmetlerinin finansmanında kolektif sorumluluk yerine bireysel finansmanın önem kazanması,
- Karar verme güçlerinin desentralizasyonu daha küçük idari birimler ve küçük hastane kurumları,
- Komuta kontrol çizgisindeki yaklaşımın tam aksine, özel sektör yönetim yaklaşımlarının tanıtılması.

Reforma giden yolda ilk adım 1987 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan “Promoting Better Health” adlı yayınlı başlamıştır. Bu yayında sağlık sisteminin ihtiyaçlarının ve sağlık bakım hizmetlerinin niteliklerinin bir değerlendirilmesi yapılmıştır. Sonrasında hükümet tarafından elde bir program haline getirilerek temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde kullanılmıştır. “Acheson Raporu” ile kamusal sağlık görevinin gelecekteki değişimi açıklanmıştır. Sağlık ihtiyaçlarının değerlendirilmesinde en büyük algısal değişim “Working for Patients” adı verilen 1989’da basılan yayınlı olmuştur. Burada tartışılan medikal teknolojilerinin gelişimi ile sağlık hizmetlerinde toplumsal beklentilerin artmış olması fakat kaynakların aynı oranda artmamasıdır. Bu problemin üstesinden gelinebilmesi için sağlık hizmetleri nasıl yapılandırılmalı ve yönetilmeliydi? Birleşik Krallık’taki Ulusal Sağlık Sistemi, gelirine bakılmaksızın herkesin geniş kapsamlı girişine açtı, sağlık hizmetlerinin başlıca finansman kaynağı ise genel vergilerdi. Working for Patients programı da bunları yeniden tekrarlardı fakat sağlık hizmetlerinin niteliğinden niceliğine ve maliyetine kadar ülke içinde farklılıklar olduğunun farkına varıldı. Bunu değiştirmek için sisteme giriş çıkışları kontrol etmekle görevli bir genel pratisyenle takviye edilen iç pazar oluşturuldu ve sağlık sistemi rekabete açıldı (WHO, 2000: 209-211).

1997’ye kadar iktidarda kalan muhafazakâr hükümet oldukça liberal bir sağlık politikası izledi. Bu süreçte sağlık sektöründe pazar ekonomisi gittikçe artan oranda yer almaya başladı. Özel sektörün devlet kurumlarından daha yüksek bir fayda sağladığı gibi belirli bir ideolojik inançla yapılan reformlarla pazarın

aynı zamanda verimliliği de artıracığı inancı vardı. Aynı zamanda sağlık sektörünün fon kaynağı temelini nasıl artırılacağı ve sınırlı kaynakların nasıl daha verimli kullanılabileceğine odaklanıldı (Green, Ross ve Mirzoev, 2007: 14).

1997'de işbaşına gelen yeni hükümet İşçi Partisi idi ve sağlık politikalarının dört temel üzerine olacağını ilen etti ki politik görüşleri önceki hükümetten farklı olsa da geçmiş politikaların küçük farklarla uygulanmaya devam edilmesi dikkat çekicidir. Bu temeller:

- Sağlık hizmetlerine erişimin standartlarını tanımlarken, düzenleyici mekanizmalar üzerindeki kamusal sorumluluğu güçlendirildi,
- Sağlık hizmetlerinde ve idaresinde desentralizasyona devam edilecekti,
- Yeni sözleşme mekanizmalarının ortaya konmasıyla sağlık hizmetlerine erişimde esneklik sağlanacaktı,
- Hastalar kaliteyi, sırayı ve hizmet verilen yeri seçmekte özgür olacaklardır (Green, Ross ve Mirzoev, 2007: 15).

Temel sağlık hizmetleri Birleşik Krallık'ta strateji olarak var olsa da uygulamada sağlık hizmetleri ile pazarın karşılaştırılmasında, pazarın baskın konumu açıkça görülmektedir. İngiliz Sağlık politikalarının geçmiş 25 yılı değerlendirildiğinde aslında sistemin, tüketiciden yana olma ve serbest pazar idaresine dayandığı sonucuna ulaşılmaktadır (Green, Ross ve Mirzoev, 2007: 15).

4.3.2 Hollanda³⁵

Hollanda çoğulcu ya da karma olarak adlandırılan bir sağlık sistemine sahiptir. Fonksiyonel ve coğrafik olmak üzere iki tarz desentralizasyona sahiptir. Fonksiyonel olan sağlık sisteminin, tedavi bakım ve bazı koruyucu yönlerini içerir ve bu nedenle de sağlık sisteminin baskın niteliğine sahiptir.

³⁵ Bu bölümün hazırlanmasında büyük ölçüde Dünya Sağlık Örgütü (bkz. Kaynakça World Health Organization: 2000) tarafından yayınlanan Exploring Health Policy Development in Europe (210–227) adlı çalışmadan yararlanılmıştır

Hollanda Çoğulcu Sağlık Sistemi özellikle dinsel bir arka plana sahip özel organizasyonların sosyal sorumluluğu ile tarihsel olarak iç içe geçmiş liberal geleneğin birleşiminden oluşur. Bu nedenle de Hükümetin potansiyel güçlü rolü azalmıştır. Hükümet ve sosyal aktörler politikaların belirlenmesinde ve uygulanmasında sorumluluğu paylaşırlar. Sosyal güvenlik sigortası sağlık hizmetleri finansmanın ana kaynağıdır. Bu durum sağlık sistemini ve vergilerle finanse edilen sosyal refah sistemlerini idari olarak birbirinden ayırır. Tarihsel olarak hastalık fonu ve işçi hareketlerinden kökenlenen Sosyal güvenlik sigortası geleneksel olarak zayıf insanların korunması üzerine güçlü bir odaklanmaya sahiptir. Hükümet yönetimine ek olarak sosyal aktörler denilen hükümet dışı organizasyonlar yarı otonom hükümet dışı organizasyonlar ile birleşirler. Bu yarı otonom organizasyonlar sağlık hizmetlerinin fiili sunumunda büyük bir role sahiptir. Bu yarı otonom organizasyonlar: bakım sağlayanlar, Sigorta Kurumları (hastalık fonu ve özel sigortalar), müşteri organizasyonları, her halükarda işçi ve işveren organizasyonlarıdır. Bu Hükümeti de içeren, tüm aktörler arasındaki göreceli olarak öneme sahip görüşme ve danışma geleneği tipiktir.

Bu yapının bir sonucu olarak ulusal sağlık politikasının gündemi, sağlık durumu hakkaniyet ve sektörler arası eylemden ziyade esasen baskın olan sağlık hizmetlerinin planlanması, finansmanı ve organize edilmesidir. Sistemin bu yapısal özelliğine rağmen Hollanda Hükümeti her zaman Dünya Sağlık Örgütü'nün "Herkes İçin Sağlık Bölgesel Stratejisi" ni desteklemiştir. Hollanda'da herkes için sağlık stratejisini etkileyen politika çevresinin ikinci karakteristiği 1986'dan bu yana üzerinde tartışılmaya devam edilen sağlık hizmetleri reformudur. Bu reformlar, dengelenmiş işletmecilik, devletçilik ve Pazar mekanizması olarak tanımlanır. Bu noktada politik ve sosyal tartışmanın nedeni, sağlık hizmetleri sisteminin yeniden yapılandırılmasında ve finanse edilmesinde maliyetleri önleme üzerine yoğunlaşılması ve bunun toplum için özellikle muhtaç kişiler için finansal sonuçlarından çıkmaktadır. Hem çoğulculuk hem yeni işletmecilik hem de sağlık reformları herkes için sağlık politikasının gelişimi için fırsatları belirlemektedir.

Hollanda göreceli olarak uzun bir sağlık politikası tarihi gelişimine sahiptir.

1983'te ilk adım atılarak "Gelecek Sağlık Senaryolarını Yönlendirme Komitesi" kurulmuştur. Burada gelecek senaryoları toplumun hızlı değişimi ve karmaşık yapısı içinde karar verme problemlerine cevap vermeyi içeren tahmin etme, stratejileri formüle etme ve kaynakları bölüştürme manasındadır. Bu senaryolar Dünya Sağlık Örgütü tarafından Herkes İçin Sağlık Avrupa Bölgesel Stratejisi ile birlikte yürütülmüştür. Bu esnada Hollanda'nın ilk sağlık politikası dokümanı olan sağlık politikasını geliştirmekten sorumlu çalışanlar tarafından, kamu çalışanı olmayan uzmanlara da danışılarak Sağlık 2000 memorandumu yayınlandı. Bu memorandum sağlıkta bilinen sosyoekonomik farklılıkları geniş bir biçimde açıkladı. Takip eden yılda katılımcıları sağlık sektörünün içinden ve dışından olan ulusal bir konferans düzenlendi. Sonuçta sağlık sistemindeki eşitsizlikleri azaltılması için hükümet tarafından özel bir çaba harcanması gerektiği kararına varıldı. Özel bir komisyon kuruldu çok güçlü bir politik ve toplumsal desteğe sahipti öyle ki komite başkanı meşhur bir sağ parti üyesiydi. Hükümet vaat ettiği şekilde sağlık politikasının yönelimini değiştirme sürecini başlatmış fakat hizmet yönelimli olarak oluşmuş bulunan mevcut politikayı tekrar herkes için sağlık prensiplerine yönlendirmek için göze görünen hiçbir uygulamayı yapmadı. 1987'de memorandumunu tartışan Parlamento Sağlık Komisyonu, desteklemesine rağmen memorandum içeriği hakkında çekincelerini de açıkladılar ki bildiri onlara göre mevcut politika doğrultusuna daha yakın olmalıydı.

Eleştiriler esas alınarak 1989'da Sağlık politikası hedef dokümanı Refah Sağlık ve Kültür İşleri Bakanlığı tarafından hazırlanmıştır. Bilim dünyasındaki gelişmelerden yararlanan bu dokümanda nicel hedefler bilimsel çalışmalar tarafından güçlü bir şekilde desteklenmiştir. Hedeflere ulaşmak için spesifik ölçüler dizayn edilmiş fakat bütçe önermeleri dahil edilmemiştir. Kısa bir süre sonra taslak mecliste tartışılırken Hükümet düşmüş ve yeni Hükümet önerilen sağlık politikasını devam ettirmemiştir.

1991'de yeni hükümet yeni bir doküman hazırlamıştır: Sağlık için bir strateji. Bu doküman daha ılımlı ve mevcut politikalarla öncekilere göre daha aynı çizgide görünmekteydi. Parlamento' da 1992'de tartışılan Yeni Sağlık

Politikası önerisi Sağlık Komisyonunun ılımlı alanlarla ilgili çekincelerine rağmen Parlamento tarafından onaylandı. Böylece sağlık hizmetlerinde öncelikler ile ilgili ulusal bir tartışma başlamış oldu. Sağlık durumu yönelimi yeni bir doküman ile güçlendirildi. 1994–1998 yılları arasındaki Hükümet'te bu dokümanı kullanarak sağlık politikasına kapsamlı bir çerçeve formüle etti ve bunu dönemleri boyunca sağlık politikalarının uygulamasında kullandılar. En son doküman "Sağlık ve Ses" adıyla yayınlandı ve bu dokümanda sağlık durumu hakkındaki yeni verilere dayanarak genel sağlık hedeflerinin belirlenmesi yanında ilaç fiyat politikasının belirlenmesi gibi geleneksel meseleler de dahil edildi.

Sağlık 2000 Memorandumundan sonraki süreçte beş ulusal konferans toplanmıştır. Hepsinin sonucunda sahip olduğu ampirik temeller desteklenmiş fakat yeni politikanın özellikle kazanılmış güçlü haklara sahip olan hastane organizasyonları, sağlık profesyonelleri ve sigorta organizasyonları ile ilişkilerine dair fizibilitesinin yokluğu çoğunlukla eleştirilmiştir. Daha önce bahsedildiği gibi sağlık hizmeti sunanlar ve sigorta şirketleri politika odaklanmasını baskın bir şekilde herkes için sağlık isteyen sağlık durumu anlayışından ziyade sağlık hizmetleri anlayışına yönlendirmektedirler.

Hollanda'nın sağlık sisteminin çoğulcu karakterindeki esas vurgu sağlık hizmetleri politikası üzerine olmaktadır ve gerçekte yıllardır politika gündemi sağlık hizmetleri reformları tarafından baskılanmıştır. Bu durum 1994'te yeni Kabinenin iş başına gelmesiyle değişti. Maliyeti önleme şimdi ilk önceliktir. Geçmiş yıllar kanıtlamıştır ki sağlık sisteminin çoğulcu ve yeni-işletmecî yapısı Avrupa'daki uygulamadan hiç farkı olmayan radikal reformlara direnmiştir. Verilen bu içeriksel faktörler özellikle ki sağlık sisteminin çoğulcu ve yeni işletmecî yapısı ve sağlık hizmetleri reformlarının politika gündeminde baskın olması sağlık politikasının (ki bu çalışmada sağlık durumunu geliştirme anlamında) başlıca politika modeli olmasını engellemiştir. Odak hala arz tarafındadır (hastane organizasyonları, sağlık profesyonelleri ve sigorta organizasyonları) ve talep (sağlık politikasının özü olan herkes için sağlık) tarafına geçememiştir.

Hollanda 1 Ocak 2006 yılı itibariyle yine hastane organizasyonları, sağlık

profesyonelleri ve sigorta organizasyonlarının dominant etkisiyle yaptığı yeni bir düzenlemeyle sağlık politikasını piyasa rekabeti üzerine kurmuştur. Buna göre “primleri düşüren, müşterilerini daha sağlıklı yaşamaya ikna eden ve hastaneleri daha iyi hizmeti daha ucuza vermeye zorlayan sigorta şirketleri arasındaki rekabete dayanır. Ancak Hollanda yaklaşımı gerçek sınavını vermemiştir: Sigortacılar hastaneleri ücretlerini düşürürken kalitelerini artırmaya zorlayabilecek midir? 2003 yılından 2007 yılı başına kadar Sağlık Bakanı olan Hans Hoogervorst’a göre hastaneler arasındaki rekabeti arttırmak için daha epey uzun bir yol vardır” (Anonim: 2007).

4.3.3 Yeni Zelanda

Yeni Zelanda sosyal güvenlik uygulamasına geçen ilk ülkelerden biridir. 1938’de çıkarılan sosyal güvenlik yasasıyla, kişilerin hastane ve sağlık hizmetleri masraflarının tamamen devlet tarafından karşılanması amaçlanmıştır (Sargutan, 2006: 188).

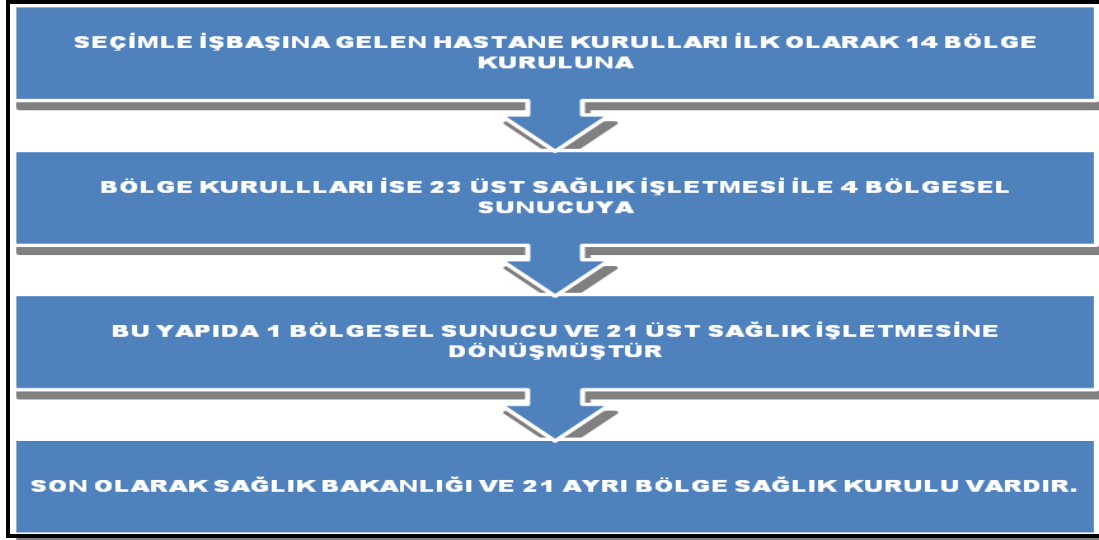
Yeni Zelanda’da başlatılan reformlar, ekonomi- yoğun gerekçelerle uygulanmaya başlamıştır. Ülke kapsamlı reform hareketine giriştiği 80’li yıllarda GSYİH’nin %9’u oranında bütçe açığı, %60’ı oranında ise kamu borcu içindeydi (Bale ve Dale, 1998: 103).

Yeni Zelanda’da, İşçi Partisi hükümeti tarafından 1984 yılından itibaren gerçekleştirilen reformlarla değişen sosyal ve ekonomik politikalar ile reform sonrası kabul edilenler karşılaştırıldığında devletin rolüne ilişkin bir u-dönüşü yaşandığı ve devlet müdahaleciliğinin terk edilerek, liberal politikaların benimsendiği söylenebilir (Sobacı, 2009: 132).

Sağlık sistemindeki dönüşüm 1991 yılında “Green and White Paper” olarak da adlandırılan Sağlık Bakanlığı’nın “Your Health and The Public Health” çalışmasıyla başlatılmıştır. Bu çalışmalar bu konuda konuşma hakkına sahip olduğu varsayılan sağlık profesyonelleri ile bile tartışılmadan, halka danışılmadan gizlice, Yeni Sağ, işletmecilik ve kamu hizmetlerinin özelleştirmesi tarzında yapılmıştır (Hornblow, 1997).

Ülkenin sağlık sistemi, Şekil 9’ da görüldüğü şekilde reformun başlangıcından

bu yana beş kez kapsamlı değişiklikle uğratılmıştır. Bu sistemde “o kadar hızlı reformlar yapılmaktadır ki bir önceki reformun yerleşmesine bile zaman tanınmamaktadır” (Lister, 2005/2008, 312).



Şekil 9. Yeni Zelanda'da 15 Yılda Gerçekleştirilen Yapısal Sağlık Reformları

Kaynak: Lister, J. (2008). Sağlık Politikası Reformu: Yanlış Yolda mı Gidiyoruz? S. 312'den derlenmiştir.

Yeni Zelanda'nın reforme edilmiş sağlık sistemi şu bileşenlerden oluşur (Lister, 2005/2008: 312-316; Bale ve Dale, 1998: 114):

- Temel Sağlık hizmetleri oldukça desentralize özel pratisyen hekimlerce sunulur. Yoksul kesimin doktora gidebilmesinin önündeki en büyük engel pratisyen başvurularında alınan ücret olarak belirtilmektedir. Hamileler, çocuklar ve yoksullar dışındaki diğer birçok hasta da birinci basamak bakım harcamaları için görece yüksek meblağlar ödemektedir.
- Hastane hizmetlerinin sunumunda bölge otoriteleri sorumludur. Bunlar kendilerine sağlanan belirli bir fonla nüfuslarına sağlık hizmeti sunmaya çalışırlar. Özerk olan hastanelerin yönetim kurullarında seçilmiş kişiler yer verilmeyerek, sağlık hizmetinin kâr getirmeyen alanlarından çekilmeleri teşvik edilmektedir.
- Hastanelerde, kaynak sıkıntısı nedeniyle hastalar için bir skor geliştirilmiş, eğer belirlenen kriterlere göre hasta yeterli skoru elde edemezse

pratisyenine geri dönmek zorunda bırakılmaktadır. Kısmen bu kapasite yetersizliği yüzünden, Yeni Zelanda 'daki planlı ameliyatların yaklaşık üçte ikisinin özel sektörde yapıldığı tahmin edilmektedir.

- Reformlar kapsamında hastanede kalınan her gün için kullanıcı ödentisi (katılım payı) ödenmesi zorunluluğu getirilmiştir.
- Üst sağlık işletmelerinin ayakta kalması için kar etmesi gerekliliği halka anlatılamamakta, ayakta kalması için hükümet tarafından fonlanmaktadır.
- Politika belirleme ve hizmet satın alma arasındaki ayrım halen var olmasına rağmen uygulanamamakta sonuç olarak satın alma kararları üzerinde etkili olan kamu görevlileri nedeniyle ek fonlara ihtiyaç duyulmaktadır.
- Piyasa odaklı rekabete ve performansa yönelik reformlar siyasi kaygılar nedeniyle uygulanamamaktadır (Lister, 2005/2008: 312-316; Bale ve Dale, 1998: 114).

1996 seçiminde seçmenlerin kaygıları arasında en önemli başlık sağlık sistemi olarak gösterilmiş ve seçim sonucunda reformlara karşı olan bir parti yeni koalisyonda yer edinmiştir. Yeni koalisyon hükümetinin 9 Aralık 1996'da yayınladığı sağlık politikası belgesine göre: Kamu hizmeti ilkelerinin ticari kar amaçlarının yerini almalıdır” ve kamu hizmeti sunumunda rekabetten ziyade işbirliği ve dayanışmanın daha iyi olduğu” dur (Hornblow, 2007).

Yeni Zelanda'nın sağlık reformu, işletmecilik anlayışı kapsamında birçok başarıya (!) ulaşsa da “kısıtlı başarılı” olarak kabul edilmektedir (Bale ve Dale, 1998: 114). Hornblow'a göre “sağlık pazarlanarak kar edilecek bir emtia olmadığından, Kamu Sağlığı sisteminin esas amacı, olabildiğince etkin, etkili, eşit sağlık hizmeti sunmak olmalıdır. Yeni Zelanda'nın bu son reform deneyimi, piyasa yönelimli sağlık sistemlerinin taşıdıkları riskleri ve sınırlıkları göstermektedir” (Hornblow, 2007).

4.3.4 Türkiye ve Seçilmiş Ülkelerin Karşılaştırılması

Hollanda herkes için sağlık stratejisini kabul etmiş, bu konuda birçok

dokümana da imza atmıştır fakat hükümet bunu uygulama yönünde önemli hiçbir adım atmamıştır. Herkes için sağlık politikası kapsamında bir türlü temel sağlık hizmetleri ile ilgili uygulamaları gerçekleştiremeyen hükümet; yarı otonom kurumların etkisi altında Hollanda'da (ki bunlar fiili hizmet sunumunda büyük rol almaktadırlar ve politika gündemini belirlemede oldukça etkilidirler) 2006 yılı itibariyle genel sağlık sigortası üzerine yerleşmiş 3 farklı özel sigorta ile sistemi serbest pazar koşullarına uyumlu hale getirmiş ve rekabete açmıştır. Türkiye'de de benzer şekilde herkesi kapsayacak Genel Sağlık Sigortası'nın sağlık hizmetlerine tüm yurttaşların erişmesinde büyük önemi olduğu, 1993 yılındaki Ulusal Sağlık Planı'nda yer almıştır. O zamandan bu yana sürekli tekrar edilse de aradan geçen 15 yıla karşı gerek bir meslek kuruluşu olan TTB'nin direnişi gerek politik istikrarsızlıklar gerekse muhalefet partilerinin sağlık harcamalarının genel vergilendirmeden karşılanması yönündeki tutumu nedeniyle son aşamasına gelinmesine rağmen bir türlü genel sağlık sigortası uygulamaya geçirilememiştir. En son Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilen kanun ancak 8 Mayıs 2008 tarihinde iptal gerekçelerine göre tekrar hazırlanarak yasalaştırılabilmektedir.

Dört ülkede başlangıçta genel vergilerle finanse ettiği sağlık hizmetleri giderlerinin giderek artması sonucu, Birleşik Krallık dışındakiler 80'lerin sonunda reform hareketlerine hız vermiş ve bireysel prim ödemeye dayanan sisteme dayalı genel sağlık sigortasına geçmek için çaba sarf etmiştir. Fakat ironik olarak, halen bireysel prim ödemeye dayalı sigorta sistemini uygulamakta olan İtalya, İspanya, Portekiz ve Yunanistan'ın bu sistemden geri dönerek genel vergilendirme yoluyla sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlamaya çalışması da gözden kaçırılmaması gereken bir noktadır. Bu noktada politika transferinin tek yönlü olmadığı bir ülkenin maliyetlerin aşırı artması nedeniyle vazgeçtiği genel vergilerle finansmanı, bireysel prime dayalı sigorta sistemine sahip bir başka ülkenin kapsayıcı olması nedeniyle tercih etme olasılığının bulunduğu bilinmelidir.

Dört ülkenin de sağlık reformlarını uygulama nedeni esasen artan maliyetleri önlemek içindir. Bu süreçte Hollanda'nın politikasını belirleyen hastane

organizasyonları, sağlık profesyonelleri ve sigorta organizasyonlarının dominant etkisidir. Türkiye açısından ise sağlık reformlarını içeren politikalar IMF'in tavsiyeleri dikkate alınarak Dünya Bankası'nın rehberliğinde, iç muhalefetin gücüne göre şekillenmiştir. Yeni Zelanda açısından ise Hazine yetkilileri ve Business Roundtable isimli bir baskı grubunun etkisiyle başlayan reformlar, yurttaşların tepkileri ve partilerin oy kaygısı ile şekillenmektedir. Birleşik Krallık açısından ise siyasi partiler (özellikle Muhafazakar Parti-Thatcher Dönemi) etkili bir aktördür.

Özellikle Hollanda'da hazırlanan bir dokümandan diğerine geçmede en önemli nedenlerden biri de bilim dünyasının bulguları olmuştur. Hazırlanan bir dokümandan diğerine geçişte bu faktör mutlaka belirtilmiştir. Diğer bir örnek olan Birleşik Krallık'ta Working for patients adı verilen 1989'da basılan yayın ile olmuştur. Burada tartışılan medikal teknolojilerinin gelişimi ile sağlık hizmetlerinde toplumsal beklentilerin artmış olması fakat kaynakların aynı oranda artmamasıdır. Bu problemin üstesinden gelinebilmesi için sağlık hizmetleri nasıl yapılandırılmalı ve yönetilmeli diye sorulmasının da reformist sağlık politikalarının uygulanmasının önünü açmıştır. Özellikle kronik hastalıklar ve tedavi protokolleri konusunda da yine ulaşılan yeni bilimsel bulgular hükümetlerin politikalarını değiştirmelerine sebep olabilmektedir. Yeni Zelanda sistem değişimi genellikle işletmeci yaklaşımla tasarlanan, fayda maliyet analizi sonuçlarına göre belirlenmektedir. Türkiye açısından radikal olmayan politika değişikliği genellikle maliyet ve siyasi kaygılar ile olmaktadır. Birleşik Krallık açısından küçük politika değişiklikleri İşçi Partisi ve Muhafazakâr Parti ile olan iktidar nöbetlerine bağlı olarak gerçekleşmekte, aslında aynı politikalar uygulanırken söylem değişmektedir.

Birleşik Krallık'ta reformist uygulamalardan önce uygulanan sistemde, maliyetleri önlemenin yolu arzı kısmak olarak belirlenmişti. Bu politika Türkiye'de de sağlık kuruluşlarında 2000'li yıllar boyunca defalarca uygulanmaya çalışıldı. Tek fiyat uygulamaları (yaptığınız işlemin niteliğine bakılmaksızın sayıya göre), paket fiyat uygulamaları (sabit bir fiyatın üzerine çıkıldığında aradaki fark kurumun hesabına eksi olarak yazılır) gibi politikalarla Türkiye 'de de aynı süreç 2000'li yıllarda yaşanmıştır. Halen

uygulanan global bütçe kapsamında, veri dönem için belirlenen bütçeyi aşan kurumlara ödeme yapılmamaktadır. Yeni Zelanda ise getirdiği kriterlere göre hastaları puanlandırarak, düşük puan alanların hizmet almasını engellemekte talebi kısmaktadır.

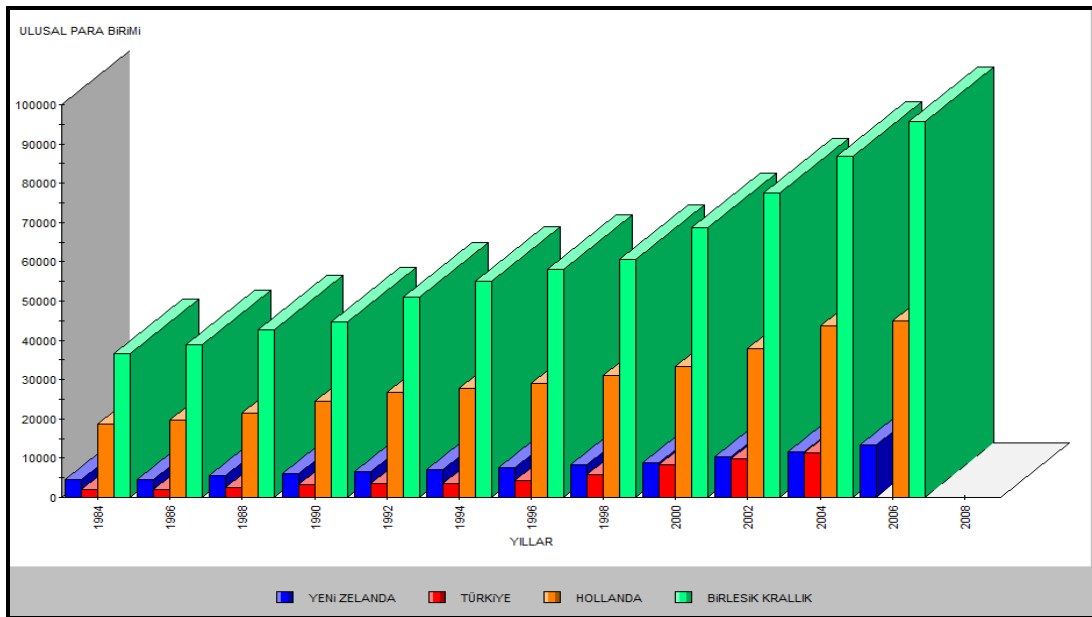
Türkiye’de sağlık politikalarının belirlenmesinde yoğun bir şekilde faaliyet gösteren iki kurum Türk Tabipler Birliği ve Sağlık Sendikalarıdır. Özellikle Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası bu konuda Hükümet politikalarının kesinlikle kabul edilmemesi konusunda büyük bir dirence sahiptir. Değişmekte olan sağlık sistemi ile ilgili Birleşik Krallık’tan verilen örnek de dikkate değerdir:

Birleşik Krallık’ta ‘özerkleşme’, bürokrasiyi azaltacağı, ayrıcalıkları sona erdireceği daha iyi hizmet imkânı getireceği ve sağlıkta eşitsizlikleri azaltacağı iddia edilerek uygulandı. Çalışanlar arasında ücret farklılıkları yaratıldı. İlk etapta 8500 hemşire ve 5000 sağlık emekçisinin işine son verildi. Özerkleşme ile birlikte finansman sorunu yaşayan hastaneler kapatıldı. Kapanmalar ve özel sektöre devirler nedeniyle 1959’da 2441 olan kamu hastanelerinin sayısı 1990 yılında 1714’e geriledi. Aynı nedenlerle kamuda 1959’da 455.138 olan hastane yatak kapasitesi 1990 yılında 283. 469’a düştü. Birleşik Krallık’ta sağlık reformuyla beraber, acil servis hizmetlerine giderek son verilmesi nedeniyle 1992’de 238 olan acil servis sayısı, 1994’te 218’e düştü. Yaşlı bakımı hizmetleri, seçmeli cerrahi hizmetler (estetik gibi tıbbi zorunluluğu bulunmayan müdahaleler), temizlik ve mutfak hizmetleri gibi otelcilik hizmetleri özel şirketlere devredildi. Maliyetleri artıran ve hastane yataklarının % 47’sini kullanan yaşlılar, evlerine ya da huzurevlerine gönderildi. İngilizler evlerinde daha önce ücretsiz olan uzun dönemli hemşirelik bakım hizmetlerini, reformlar sonucunda paralı olarak almaya başladılar. Birleşik Krallık’ta devamlı bakıma muhtaç hastaların kullandığı yatak sayısı 1988’den bugüne yüzde 40 oranında düşmüştür. İlaç katkıları artırılmış; hastalar, 1979’da reçete tutarının yüzde 36’sını öderken bu oran 1995 yılı itibariyle yüzde 51 olmuştur. Diş hizmetlerine hasta katkısı da %21.8’ den, 1988’de %31’e yükselmiştir (SES, 2007).

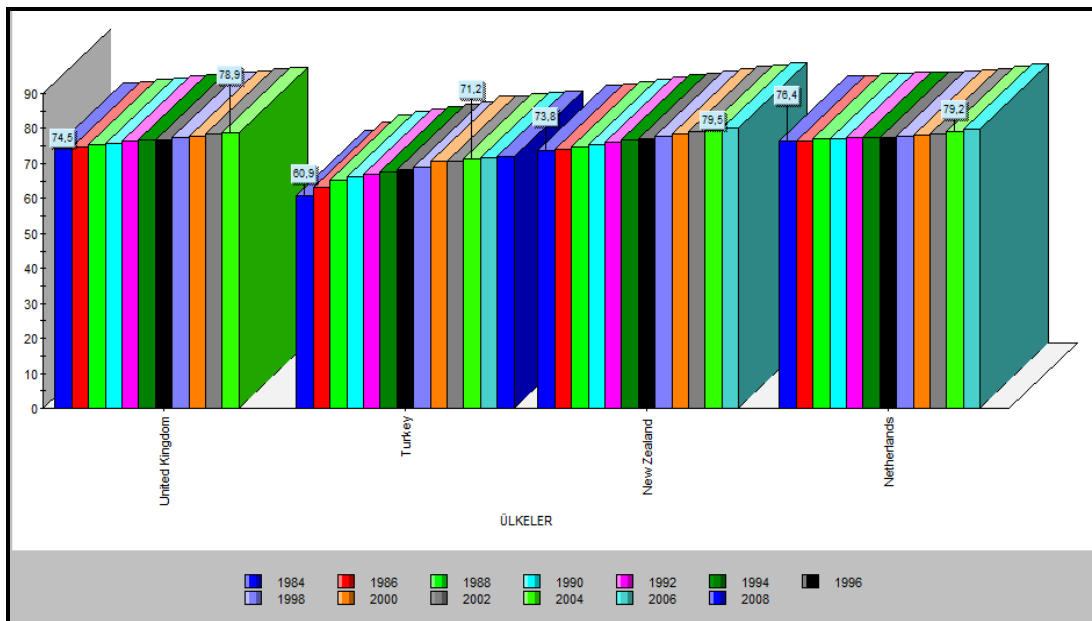
Bu çerçevede yapılan reformların temel sebebi artan sağlık maliyetleri olmasına rağmen Şekil 10’da görüldüğü gibi seçilmiş ülkelerin hiçbirinde maliyetlerin azalmasına yönelik bir eğilim görülmemektedir. Özellikle, Hollanda ve Büyük Britanya ve Türkiye’de maliyetler ciddi bir biçimde artış eğilimi göstermektedir.

Şekil 11, seçilmiş ülkelerin sağlık göstergelerine örnek olması açısından bu

ülkelerde gerçekleştirilen reformlardan doğrudan etkilenmesi beklen toplam nüfusun doğuştan yaşam beklenti süresini göstermektedir. Gerçekleştirilen reformlardan önceki doğuştan yaşam beklentisi ile Hollanda dışındaki ülkeler için on yıllarla ifade edilebilecek sürecin anlamlı bir değişiklik görülmemektedir.

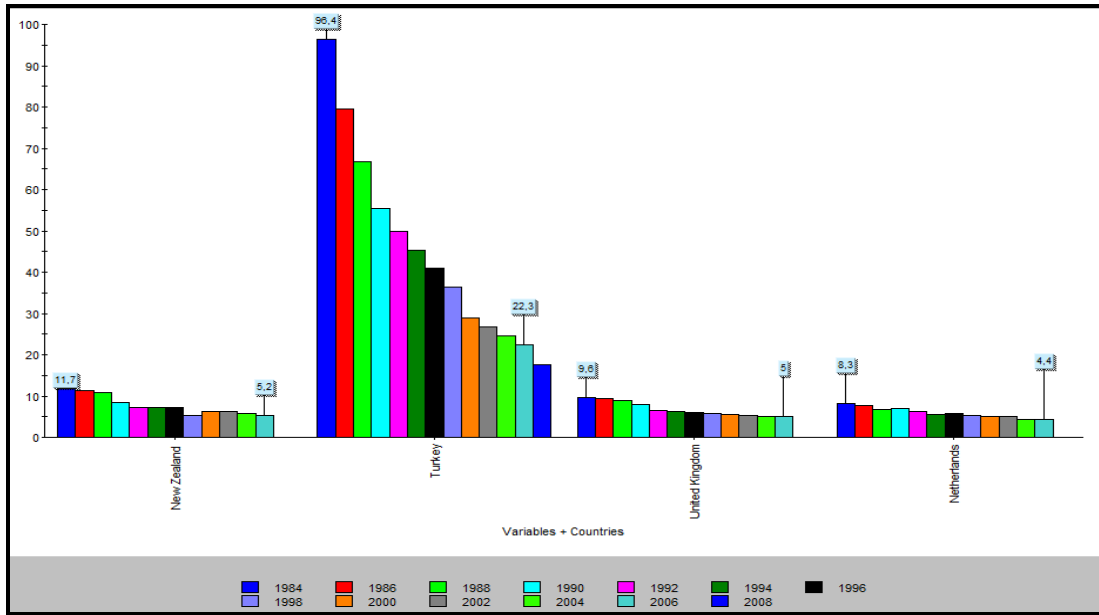


Şekil 10. 1984'ten Günümüze Karşılaştırmalı Toplam Sağlık Harcamaları
Kaynak: OECD Health Data,2009



Şekil 11. 1984'ten Günümüze Seçilmiş Ülkelerde Doğuştan Yaşam Beklentisi

Kaynak: OECD Health Data 2009



Şekil 12. 1984'ten Günümüze Seçilmiş Ülkelerde Bebek Ölüm Sayısı (Her 1000 bebekte)

Kaynak: OECD Health Data 2009

Şekil 12'de ise literatürde bir diğer gelişmişlik göstergesi olarak kabul edilen bebek ölüm hızı seçilmiş ülkelerde gösterilmektedir. Diğer ülkelerde anlamlı bir değişiklik görülmesi de Türkiye'nin ciddi bir ilerleme gösterdiği söylenebilir. Fakat bu başarının reformların hayata geçirilmeden gerçekleştirilmiş olması özellikle üzerinde durulması gereken bir husustur. Yani, sağlık alanında başarılı uygulamalar için sistemin tamamen değiştirilmesi değil, gösterdiği başarıların iyileştirilmesi için revize edilmesi de bu yıllarda bir seçenek olarak politika yapıcıların önünde durmaktadır.

Sonuç olarak dört ülke açısından da uygulanan sağlık politikalarının özellikle II. Dünya Savaşı sonrası dönemde erişilen Refah Devleti'nin kazanımlarından bir "geriye düşüş" olduğunu söyleyebiliriz. Bu sürecin en büyük destekçisi ise, yeni sağ hareketi ile neoliberal ekonomi politikalarına eklenen "işletmecilik" uygulamalarından oluşan Kamu İşletmeciliği Yaklaşımı'dır.

Bölüm Değerlendirmesi

SDP öncesi dönemin sağlık politikasında iki önemli değişim görülmektedir. Bunların ilki, 1960 sonrası dönemin planlama anlayışıyla sağlık hizmetlerin

sosyalizasyonuna gidilmesidir. Sosyalizasyon dönemi gerek kavramın bir ideolojiyi çağrıştırdığı “saplantısı”, gerekse sınırlı mali imkânlar nedeniyle Türk Sağlık Sektörü için kaçırılmış bir fırsattır. İkinci değişim dalgası ise 1980 sonrası yaşanan dış borçların ödenememesi ve IMF’in devreye girerek tüm sektörleri yeniden yapılandıracak politika değişimi için siyasi iradeyi zorlamasıyla başlamaktadır. Türkiye, 1980’lerin sonlarına doğru sağlık sektörünü (özellikle IMF’in ikiz kardeşi Dünya Bankası’nın rehberliğinde) reforme etmeye girişmiştir. Bu dönemde gerek Dünya Bankası’nın koşullu hibe ve kredileri, gerekse IMF ile gerçekleşen Stand-by’lar nedeniyle sektör zorlayıcı politika transferine maruz kalmıştır. Özgün bir sağlık politikası belirleme yetisi ve yetkisi, Sağlık Bakanlığı’ndan uluslararası kuruluşlara ve onların Bakanlık içinde görece özerk koordinatörlüklerine kaymıştır. Özellikle 1990-2002 yılları arasında zorunlu politika transferi ile gerçekleştirilmeye çalışılan değişimler, TTB’nin ve sendikaların direnişi, Anayasa Mahkemesi’nin kararları ve bu yılların siyasi istikrarsızlığı nedeniyle sonuçsuz kalmıştır. Elbette ki bu dönemde yapılmaya çalışılanların hepsi (örneğin genel sağlık sigortasının hayata geçirilme çabası) olumsuz olarak nitelenemez. Fakat, istikrarsız siyasi çevre nedeniyle en olumlu uygulama ve düzenlemelerin bile bu dönemde uluslararası kuruluşlar tarafından (tabii olarak uluslararası sermaye yararına) manipüle edilebileceği göz önüne alındığında, bu dönemdeki siyasi istikrarsızlık Türk Sağlık Sektörü için bir “şans” olarak değerlendirilmelidir.

Türkiye’nin SDP’si 1980’li yıllarda başlayan ve 1990’lı yıllarda somutlaşan sağlık sektörünün neoliberal ilkeler ve Kamu İşletmeciliği Yaklaşımı çerçevesinde dönüştürülmesinin son kavşağıdır. SDP kapsamında gerçekleştirilen tüm yapısal reformlar, 1990’li yıllardaki Sağlık Sektörü Master Planı’ndan bu yana Dünya Bankası’nca finanse edilmektedir. Türkiye Cumhuriyeti Devleti’nin “değişimi” ve sağlık sektörünün “dönüşümü” tutarlı bir çizgide görünmektedir. Devlette yaşanan, birçok yetkiyi ve sorumluluğu “yerelleştirme”, üst kurullarda somutlaşan özerkleştirme, kamu iktisadi teşebbüslerinde somutlaşan özelleştirme, kamu personel sisteminde yaşanan “güvencesizleştirme ve esnekleştirme”, sağlık sisteminde yaşanan dönüşümü kolaylaştırmaktadır.

Buna karşın, SDP'nin başlangıcından bu yana Türkiye'de sağlığa erişim düzeyi ve sağlık hizmetlerinin kalitesi artmıştır. Bunun yanında sağlık sektörü kalifiye personel istihdamında (sözleşmeli de olsa) ciddi yol almıştır. Her yıl binlerce sağlık çalışanının ataması yapılmış ve sağlık işsizleri ordusunun oluşması engellenmiştir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak faaliyette bulunan Hıfzıssıhha Mektebi ise, 90'lı yıllardaki reform sürecinde rol alan Sağlık Proje Koordinatörlünün aksine dönüşümde faal olarak yer alarak dönüşümün tüm yurttaşların yararına olacak şekilde tasarlanmasında önemli görevler üstlenmiştir. Bu durum, Mektep tarafından yayınlanan çalışmaların³⁶ niteliğinin ve niceliğinin araştırılması ile kanıtlanabilir.

Bölümün büyük bir bölümünün SGK ve sağlık harcamalarına ayrılmasının da gösterdiği gibi SDP'nin başlangıcından bu yana mali kaynaklar pek bir kısıtlama olmaksızın kullanılmakta, bir nevi Sağlıkta Dönüşüm'ün "Lale Devri" tüm yurttaşlarca yaşanmaktadır. Fakat SDP'nin en büyük sorunu sağlık giderlerinin sürekli artışının bütçeyi zorlamasıdır. SDP'nin Dünya Bankası destekli birinci fazı 30 Haziran 2009'da tamamlanmış ve Sağlık ve Sosyal Güvenlik Projesi olarak adlandırılan ve 2013 yılına kadar uygulanacak ikinci fazına yine Dünya Bankası ikrazıyla geçilmiştir.

Artık anlaşılmalıdır ki, sağlık sisteminde yaşanan her ekonomik darboğaz, hükümetin sağlık hizmeti sunumu ve finansmanı alanından çekilme eğilimi nedeni ile sistemi, daha da libere olmaya zorlayacaktır. Sağlıkta dönüşüm kapsamında sistem ne kadar özerkleşir ya da özelleşir ise eşitlikten, hakkaniyetten, sosyal devlet anlayışından o kadar uzaklaşılacak, Kenya gibi Dünya Bankası ve IMF'in güdümünde sağlık alanında insanlık trajedileri yaşayan ülkelere o kadar yaklaşılabilecektir.

Bu bölümün son ana başlığında, karşılaştırmalı bir perspektif sağlaması açısından sağlık sistemlerini ciddi şekilde reforme eden üç ülke incelenmiş, sonrasında ayrıntılarıyla incelenen Türkiye'de analize katılarak sağlık sistemlerinin temel reformları karşılaştırılmıştır. Ulaşılan sonuç, sağlık sektörünün reforme edilmesinin sebebi maliyet artışları olmasına rağmen,

³⁶ Bu çalışmaların tümüne aşağıdaki adresten erişilebilir:
<http://ekutuphane.tusak.saglik.gov.tr/Default.aspx>. (Erişim:10 Haziran 2010).

reformlar maliyet artışıları engelleyememiş, bunun yanında da sağlık sektöru özelleştikçe/özerkleştikçe daha sağlıklı bir toplumun oluşmasına katkıda bulunmamaktadır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1 Sonuçlar

Çalışmanın temel amacını SDP'nin ortaya çıkmasının; sağlık sektörünün reformasyon ihtiyacından daha çok sosyal devlet uygulamalarının deformasyonunu sağlamak ile ilgili olduğu ve bu değişimin yurtiçi taleplerin değil Dünya Bankası ve IMF önderliğindeki uluslararası kuruluşların oluşturduğu yurtdışı baskıların eseri olduğuna dair hipotezin betimsel bir yöntemle sınanması oluşturmaktadır.

Bunu sınamak için ilk olarak kavramsal bir çerçeve çizilerek küresel ölçekte yaşanan politika değişimi, devletin ve kamu yönetiminin değişmesi bağlamında tanımlanmış, politika değişiminin ortaya çıkış nedenleri genel olarak kamu politikalarında özeldense sağlık politikaları bağlamında irdelenerek; değişimin alternatifsiz olmadığı Kamu Hizmetleri Yaklaşımı ile ortaya konulduktan sonra; değişimin küresel ölçekte yayılmasının aracı olarak politika transferi bir bağımsız değişken olarak analiz edilmiştir. Buna göre ulaşılan sonuçlar aşağıda listelenmiştir:

- Sağlık politikasında yaşanan değişimler, altyapısını dönemin ekonomik konjonktürünün ürünü olan neoliberal politikalarla, Yeni Sağ'ın yükselişinin oluşturduğu Kamu İşletmeciliği Yaklaşımı'nın kamusal mal ve hizmetlerin devlet tarafından üretilmesi ile ilgili algıyı hemen her ülkede değiştirmesinin doğrudan sonucudur.
- Kamu sektöründe refah devleti paradigmasının yerini, Kamu İşletmeciliği paradigmasının aldığını ve bu sürecin bir paradigma değişimi olduğudur. Bunun yanında değişimin her ülkede gerçekleştiği bariz olmakla birlikte, değişimin tek bir modeli olmadığı göz önüne alındığında paradigma

değişimi kavramı biraz abartılı görünmektedir.

- Bu değişim dalgası gelişmekte/az gelişmiş olan ülkelere, uluslararası kurumların koşulsallık içeren borç/hibe antlaşmalarının doğrudan sonucu olarak koşullu/zorunlu politika transferi ile sağlanmaktadır. Gelişmiş ülkelerde ise daha ideoloji-yoğun gerçekleşen dönüşüm, “ders çıkarma” olarak da adlandırılan gönüllü politika transferi ile gerçekleşmektedir.
- Refah Devleti deneyimi yaşamış ülkelerde kamu işletmeciliği yönünde gerçekleşen politika transferinin yarattığı olumsuzluklara toplumun verdiği reaksiyon demokratik ülkelerdeki siyasilerin seçim kaygısı ile bazı refah devleti uygulamalarını sürdürmelerine ya da geri dönmelerine neden olmaktadır. Bundan dolayı, refah devleti paradigmasının yerini Kamu İşletmeciliği Yaklaşımı'nın değil Denhardt'ların Yeni Kamu Hizmetleri Yaklaşımı'nın alması daha olası görünmektedir.

Alana katkı yapılmasına çalışılan dördüncü bölümde ilk ana başlıkta Cumhuriyet döneminden SDP'ye kadar Türkiye sağlık politikasında gerçekleşen değişimler incelenmiştir. Bu incelemeden elde edilen sonuçlar şöyledir:

- Savaş yorgunu olan Türkiye'de daha Cumhuriyet ilan edilmeden Sağlık Bakanlığı'nı kurmuş olmakla sağlığa verdiği önemi göstermiş ve hemen kurumsallaşma için çalışmalara girişilmiştir. Bu dönemin özellikle ilk yıllarında sağlık politikası, politika gündemin en önemli maddelerinden biri haline gelmiştir.
- Bu dönemin sağlık politikası idealist ve reformist Sağlık Bakanları'nın (Refik Saydam, Behçet Uz ve Nusret Fişek), yenilikçi ve ulusalcı politikaları yörüngesinde, eşitlikçi ve halkçı kavrayışlara sahip programlarla bilinirler. Fakat diğer politikacıların ve bürokrasinin bu politikaları sahiplenme konusundaki isteksizlikleri bu dönemin bir diğer özelliğidir.
- Bu dönemin en iyi kurgulanan, sağlık politikası, sosyalizasyon kavramının zamanın sağcı politikacılarında Sosyalizm'i çağrışımı saplantısı

oluşturması ve mali kaynak yetersizliği nedeniyle uygulanamamış ve Türkiye'nin günümüzde bile örnek gösterilebileceği halkçı bir sağlık sistemi olma yönündeki tarihi fırsat kaçırılmıştır.

- Demokrasi'de darbelerle yaşanan kesintiler sağlık politikasının halkçı ve eşitlikçi yanının daha da seyreltilmesi ile sonuçlanmıştır ki bunun en iyi örneği darbe yönetimince hazırlatılan 1982 Anayasası'dır.
- Türkiye'de başlatılan sağlık reformu girişiminin ilki bu dönemin sonlarında, Sağlık Sektörü Master Planı'nda somutlaştırılmıştır. Bu değişim, Türkiye'nin sağlık göstergelerinin bunu gerektirmesinden değil, dış borç krizi yaşayan ülkenin ekonomik göstergelerinin bu değişimi zorunlu kıldığına siyasi iradendin IMF ve Dünya Bankası'nca inandırılması/ inanmak zorunda bırakılmasındandır.
- Türkiye bu değişimin hemen öncesinde Dünya Sağlık Örgütü önderliğinde Herkes için Sağlık kapsamında çalışacağını taahhüt etmesine rağmen, tüm toplumun yararına olan stratejiyi değil, ekonomik olarak bağımlı olduğu "ikiz kardeşlerin", ÇUŞ'ların daha fazla kar elde etmesi için tasarladığı daha libere bir stratejiyi seçmek zorunda bırakılmış, zorunlu politika transferini gerçekleştirmek için çalışmaya başlamıştır.
- Dönemin istikrarsız politika çevresi radikal değişimlerin gerçekleşmesini engellemiştir. Dünya Bankası'nca eleştirilen bu atmosfer Türk Sağlık Politikası için ise bir şans olarak değerlendirilmektedir.

Dördüncü bölümün ikinci ana başlığında, SDP ayrıntılarıyla incelenmiş ve aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- Sağlıkta dönüşüm programı içerik olarak, 1980'lerden bu yana gerçekleştirilmek istenen reform girişimlerinden farklı değildir. SDP'nin farkı politika değişimi yönünde güçlü bir siyasi irade ile *reform* kavramının *dönüşüm* ile değiştirilmesi ve dönüşümün muhalefete imkân vermeyecek kadar hızlı gerçekleştirilmesidir.
- Dönüşüm Dünya Bankası önderliğinde, Kamu İşletmeciliği Yaklaşımı ile

tutarlı bir çizgide gerçekleştirilmekle birlikte, mali imkânların zorlanması ile olabildiğince tüm toplum kesimlerine daha iyi ve kaliteli hizmet sunmayı da öncelikli amaç edinmesi ile geniş bir toplumsal desteğe mazhar olmuştur.

- Dönüşüm kapsamında birçok ülkede uygulanmakta olan AHS sürekli artan sağlık giderlerini kontrol etmek için kontrol unsuru (gatekeeper) olarak sisteme entegre edilmiştir. Kamu Hastane Birlikleri ile işletmecilik yönünde bir adım daha atılarak özerk hastane işletmelerinin oluşturulması, kamu-özel sektör ortaklığı ile yarı-özel sağlık tesislerinin tesisi ile ulusal ve uluslararası sermayenin sektöre girişi kolaylaştırılmıştır. Bu sürecin getirdiği desentralizasyon, özelleştirme, deregülasyon ve re-regülasyon ile sağlık sektörünün Kamu İşletmeciliği Yaklaşımı kapsamında dönüştürüldüğünün kanıtıdır. Politika transferi olgusu bu süreçte Dünya Bankası aracılığıyla Birleşik Krallık, Yeni Zelanda gibi ülkelerin deneyimlerinin aktarımının gerçekleştiğini ortaya koyması bakımından önemlidir.
- Kamu İşletmeciliği'nin fiyat-piyasa mekanizmasının: *rekabet* içinde hizmet sunumunun daha etkin ve ucuz gerçekleştirileceği, *performans değerlendirmesinin* etkinliği ve etkililiği artıracığı, *sözleşmecilik* ile aynı nitelikte mal ve hizmet alımının daha etkin ve ucuza olacağı, *hizmeti sunan ile satın alanın ayrılması* yönündeki temel argümanları ülkenin toplumsal ve kültürel yapısı göz ardı edilerek, özellikle hastane hizmetlerine ve ilgili mevzuata transfer edilmiş bu kapsamda Sosyal Güvenlik Kurumu kurulmuştur.
- SDP en büyük sınavını ekonomik gerekçelerle gerçekleştirilen dönüşümün tüm diğer işletmecilik reformları yaşayan devletlerde olduğu gibi ciddi maliyet artışları ile verecektir. Dönüşüm kapsamında, halkın desteğini kazanan uygulamalar SGK'ya oldukça pahalıya mal olmaktadır. Özerk bütçeli bir kurum olan SGK, genel bütçesinin yarısına ulaşan bütçe büyüklüğü ile hem ÇUŞ'ların iştihanı kabartmakta; hem de verdiği açıklarla yüklü miktarlarda bütçe transferine ihtiyacı ile makro-ekonomik

istikrarı tehdit etmektedir. Bu durum ise işletmecilik reformlarına girişen diğer ülkelerdeki kullanıcı ücretlerinin/katkı paylarının sisteme transfer edilmesi ile sonuçlanmıştır.

Dördüncü bölümün son ana başlığında ise, Kamu İşletmeciliği kapsamında ilk reformlara girişerek, politika değişimini gerçekleştiren Büyük Britanya ile Kamu İşletmeciliği'nin en iyi uygulayıcısı olarak kabul edilen Yeni Zelanda ve karma ve kar amaçlı olmayan sağlık kurumlarının hizmet sunumunda önemli bir ağırlığa sahip olduğu Hollanda'da sağlık politikasında değişimler incelenmiştir. Türkiye'nin de katıldığı analizle şu sonuçlara ulaşılmıştır:

- Sosyal politika alanındaki reformlarında genellikle yüzünü Birleşik Devletler'e dönen Büyük Britanya'da ideoloji-yoğun bir bakış daha fazla hissedilse de aslında tüm ülkelerde sağlık politikası değişimlerinin esas nedeni sağlık sisteminden memnuniyetsizlik değil sektörün yüksek maliyeti gibi ekonomik gerekçelerdir.
- Ekonomik gerekçelerle gerçekleşen politika değişimleri, ne maliyeti azaltmada ne de sağlık göstergelerini iyileştirmede anlamlı bir etki gösterememiş, hatta değişimin ileriki safhalarında sağlık giderleri ciddi oranda artış eğilimi göstermiştir ki bu durumun politika transferi literatüründeki karşılığı *politika başarısızlığı*dır.

5.2 Öneriler

Bu çalışma, özellikle Türk Sağlık Sektörü'nde gerçekleşen politika değişimini politika transferi bağlamında ortaya koyarken yaptığı yapıcı-eleştirel analizle bu alandaki bir eksikliği kapatmanın yanında, SDP'nin tüm toplumun yararına olacak şekilde yeniden düzenlenmesi yönündeki algıyı güçlendirmeye az da olsa katkıda bulunmanın bir yurttaşlık ödevi olduğu algısıyla hazırlanmıştır. SDP'ye bu algıyla bakıldığında görülen en büyük ikilem, AHS'nin etkin olarak çalıştırılmasının, özertleştirilme/özelleştirilme yönünde politikalarla işletmeleştirilen, hastanelerin finansmanını engelleyeceğidir. Hastane hizmetleri ulusal ve uluslararası özel sektör tarafından karlı ve güvenli bir sektör olarak görülmektedir. Bu bağlamda etkin çalışan AHS, hastane

işletmelerinin kârlılığına, kârlı hastane işletmeleri ise AHS'nin etkin alıştırılmasına engeldir. Bu ikileme Kamu İşletmeciliği Yaklaşımı'nın özümü: Her durum ve şartta özel sektörü destekleyen, toplum sağlığı hizmetlerini ise ikinci plana atan bir seçim yapılması olacağı, özellikle Dünya Bankası ve IMF kılavuzluğunda Afrika ülkeleri sağlık sistemi dönüşümlerinde açıkça görölmektedir.

Bu bağlamda Türkiye'nin 2002 yılından bu yana yaşadığı siyasi istikrarı fırsata dönüştürme şansı Türk Sağlık Sistemi açısından halen mevcuttur. Politika yapıcılarca tek yapılması gereken, benzer bileşenlere sahip dönüşüm yaşayan ülkelerden *ders çıkarmak*, toplumsal ve kültürel yapımıza, devlet algımıza daha uygun olan Yeni Kamu Hizmeti Yaklaşımı kapsamında SDP'yi son kavşağa gelinmeden geri çevirmektir.

KAYNAKÇA

- Agartan, T.I. (2005). **Health sector reform in Turkey: old policies new politics.** http://www.cevipof.msh-paris.fr/rencontres/jours/200509-ante/palier/clegg/YR_papers/Agartan.pdf adresinden 15 Mayıs 2008'de alınmıştır.
- Akat, A.S. (2004). **"24 Ocak" İstikrar Programı.** Gazate Yazıları-2: 1995 Yılı Sabah Gazetesi. İstanbul: Bilgi Üniversitesi. <http://akat.bilgi.edu.tr/pdf/00-1995-2.pdf> adresinden 23 Ocak 2010'da alınmıştır.
- Akçay, Ü. (2007). **Kapitalizmi Planlamak: Türkiye'de Planlama ve DPT'nin Dönüşümü.** İstanbul: Sosyal Araştırmalar Vakfı Yayınları
- Akdağ, R. (Ed.) (2008a). **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri: Kasım 2002-2008.** Ankara: Sağlık Bakanlığı
- Akdağ, R. (Ed.). (2008b). **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı: Ağustos 2008.** Ankara: Sağlık Bakanlığı
- Akdağ, R. (Ed.). (2007). **Nereden Nereye: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Kasım 2002 - Haziran 2007.** Ankara: Sağlık Bakanlığı
- Akdur, R. (2008). **Cumhuriyetten günümüze Türkiye'de sağlık.** http://www.recepakdur.com/getfile.asp?file=CUMHURİYETTEN_GÜNÜMÜZE_TÜRKİYE.pdf adresinden 4 Ocak 2010'da alınmıştır.
- Aktan.C. (2007). **Sağlık Hizmetlerinde Devletin Değişen Rolü.** Web: <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/devlet-rolu.pdf> adresinden 02 Haziran 2010'da alınmıştır.
- Annemans, L. (2008). **Health Economics for Non-Economists; An Introduction to the Concepts, Methods and Pitfalls of Health Economic Evaluations.** Gent: Acedemia Press
- Anonim.(10 Eylül 2007). **Netherlands' health care system could provide model for U.S.** Web: <http://www.medicalnewstoday.com/articles/81787.php> adresinden 3 Haziran 2008'de alınmıştır.
- Ardıç, F. (1992). **Sağlık "Reform Paketi" Neyin Peşinde.** İstanbul: Sorun Yayınları
- Aydinonat, N.E. (2008). **The Invisible Hand in Economics:How Economists Explain Unintended Social Consequences.** UK: Routledge
- Balcı, A. ve Kırılmaz, H. (2007). **Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Türk Sağlık Sektörüne Yansımaları.** Web:

http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/performans_yazilari/yk_ytssy.pdf adresinden 27 Mayıs 2010'da alınmıştır.

- Bale, M. ve Dale, T. (1998). Public Sector Reform in New Zealand and Its Relevance to Developing Countries. **The World Bank Research Observer**, 13 (1), ss. 103-21
- Barbara, Mcpake. (2002). "The Globalisation of Health Sector Reform Policies: Is 'Lesson Drawing' Part of the Process?". In K. Lee, K. Buse and S. Fustukian (Eds.). **Health Policy in a Globalising World**, New York: Cambridge University Press. ss.120-140
- Belek, H. ve Belek, İ. (1997). Sağlık Hizmetlerinde Desantralizasyon. **Toplum ve Hekim**. 12(76), ss.44-53
- Belgenet. (2002a). **AKP İktidarının "Acil Eylem Planı"**. http://www.belgenet.com/eko/acileylem_161102.html adresinden 30 Aralık 2009' da alınmıştır.
- Belgenet. (2002b). **58. Hükümet Bakanlar Kurulu - Abdullah Gül Hükümeti**. <http://www.belgenet.com/hukumet/58h.html> adresinden 30 Aralık 2009' da alınmıştır.
- Bevan, G. (2000). Health sector reform in England. Web: http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealth/ResearchNetworks/EHPGS_EPTMBER2000/paper2sep2000.pdf adresinden 14 Haziran 2008'de alınmıştır.
- Borgmann, A. (1992). **Crossing the Postmodern Divide**. Chicago: University of Chicago Press'den aktaran Box ve diğerleri (2001).
- Bossert, T. (20 Ekim 2005). **Introduction to Political Analysis**. Flagship Course on Health Sector and Sustainable Financing'de sunuldu, Washington, USA.
- Box, R.C., Marshall, G.S., Reed, B.J. ve Reed, C.M. (2001). New Public Management and Substantive Democracy. **Public Administration Review**, 61(5), ss.608-620
- Burden, T. ve Campbell, M. (1985). **Capitalism and Public Policy in the U.K.** London: Croom Helm
- Burki S. J., Perry G. ve Dillinger, W. (1999). **Beyond the Centre: Decentralizing the State**. World Bank. Web: <http://siteresources.worldbank.org/PAKISTANEXTN/Resources/pdf-Files-in-Events/IRISD/beyondTheCenter.pdf> adresinden 3 Haziran 2010'da alınmıştır.
- Buse, K., Mays, N. ve Walt, G. (2005). **Making Health Policy**. Berkshire: Open University Press

- Celasun, M., Rodrik, D.(1989). Debt, Adjustment, and Growth: Turkey. In Sachs, J. D.(Editor). **Developing Country Debt and Economic Performance, Volume 3 : Country Studies : Indonesia, Korea, Philippines,Turkey.** (p. 615-808). Chicago: University of Chicago Press. <http://site.ebrary.com/lib/Balikesir/Doc?id=10216927> adresinden 21 Ocak 2010' da alınmıştır.
- Coleman, W.D. (1994). Policy Convergence in Banking: A Comparative Study. **Political Studies**, 42 (2), ss. 272-294. Web: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9248.1994.tb01912.x/pdf> adresinden 27 Mayıs 2010'da alınmıştır.
- Çoban, A.R. (2003). "Kamu Tercihi Teorisi". M. Acar ve H. Özgür (Editörler). **Çağdaş Kamu Yönetimi I**, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım. ss. 75-97.
- Dolowitz, D. ve Marsh, D. (1996). Who Learns What from Whom: a Review of the Policy Transfer Literature. **Political Studies** , XLIV, ss. 343-351. Web: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/119206405/PDFSTART> adresinden 2 Kasım 2008'de alınmıştır.
- Dolowitz,D. ve Marsh, D. (2000). Learning from Abroad: The Role of Policy Transfer in Contemporary Policy-Making. **Governance: An International Journal of Policy and Administration**,13 (1), ss.5-24.Web: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/119046305/PDFSTART> adresinden 2 Kasım 2008'de alınmıştır.
- Dorn,S. (2008). **Uninsured and Dying Because of It: Updating the Institute of Medicine Analysis on the Impact of Uninsurance on Mortality.** Web: http://www.urban.org/UploadedPDF/411588_uninsured_dying.pdf adresinden 5 Haziran 2010'da alınmıştır.
- DPT. (1963). **Birinci Beş Kalkınma Planı:1963-1967.** <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan1.pdf> adresinden 12 Ocak 2010' da alınmıştır.
- DPT. (1968). **İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı: 1968-1972.** <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan2.pdf> adresinden 12 Ocak 2010' da alınmıştır.
- DPT. (1973). **Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı: 1973-1977.** <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan3.pdf> adresinden 12 Ocak 2010' da alınmıştır.
- DPT. (1979). **Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı: 1979-1983.** <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan4.pdf> adresinden 12 Ocak 2010' da alınmıştır.

- DPT. (1985). **Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı: 1985-1989.**
<http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan5.pdf> adresinden 12 Ocak 2010' da alınmıştır.
- DPT. (1990). **Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı: 1990-1994.**
<http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan6.pdf> adresinden 12 Ocak 2010' da alınmıştır.
- DPT. (1996). **Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı: 1996-2000.**
<http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan7.pdf> adresinden 12 Ocak 2010' da alınmıştır.
- DPT. (2009). **Genel Ekonomik Hedefler ve Yatırımlar 2010.**
<http://www.dpt.gov.tr/PortalDesign/PortalControls/WebIcerikGosterim.aspx?Enc=83D5A6FF03C7B4FC9F38684094BC4B9B> adresinden 3 Şubat 2010' da alınmıştır.
- Dünya Bankası Yoksulluğu Azaltma ve Ekonomik Yönetim Birimi. (2010). **Türkiye Ülke Ekonomik Raporu Kayıt Dışılık: Nedenler, Sonuçlar, Politikalar.** Dünya Bankası.
- Dünya Bankası. (2010). **Yatırım Ortamı Değerlendirmesi: Krizden Özel Sektör Öncülüğünde Büyümeye.** Dünya Bankası
- Ener, M. ve Demircan, E. (2008). Küreselleşme Sürecinde Değişen Devlet anlayışından Kamu Hizmetlerinin Dönüşümüne: Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Mekanizmaları. **Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, 13(1), ss.57-82
- Evans, M., Davies J. (1999). Understanding Policy Transfer: A Multi-Level, Multi-Disciplinary Perspective. **Public Administration**, 77 (2), ss. 361–385. Web: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9299.00158/pdf> adresinden 27 Mayıs 2010' da alındı.
- Eyestone, R. (1977). Confusion, Diffusion, and Innovation. **The American Political Science Review**, 71 (2), ss. 441-447. Web: <http://www.jstor.org/stable/1978339> adresinden 27 Mayıs 2010' da alındı.
- Farazmand, A. (Ed.). (2002). **Administrative Reform in Developing Nations.** USA: Praeger Publishers
- Fişek, N.H. (1963). **Halk Sağlığına Giriş.** Ankara: Hacettepe Üniversitesi
- Frederickson, H.G. (1972). **Toward a New Public Administration: The Minnowbrook Perspective.** In Frank Marini (Ed.), USA, Chandler Publishing Company, ss. 309-331
- Frederickson, H.G. ve Smith, K.B. (2003). **The Public Administration Theory Primer.** USA: Westview Press

- Fukuyama, F. (2005). **Devlet İnşası: 21. Yüzyılda Dünya Düzeni ve Yönetişim** (Çev.D.Çetinkasap). İstanbul, Remzi Kitabevi (Eserin orijinali 2004'te yayımlandı.)
- Gourevitch,P.(1996). On the Interaction of Comparative and International Politics. **Newsletter of the APSA OrganizedSection in Comparative Politics** 7(2): 16'dan aktaran Solingen (2009).
- Gözler, K. (1999). Türk Anayasaları. Bursa: Ekin Kitabevi
<http://www.anayasa.gen.tr/turkanayasalari.htm> adresinden 23 Ocak 2010' da alınmıştır.
- Gruening, G. (2001). Origin and Theoretical Basis of New Public Management. **International Public Management Journal**, 4,ss.1-25
- Green, A., Ross,D., Mirzoev, T. (2007). Primary Health Care And England: The Coming of Age of Alma Ata? **Health Policy**, 80 (1), 11–31. Web: <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6V8X-4JHMRN5-1/2/34dd9c478d3ba8cbc9c7ac3f88f43c9f> adresinden 3 Haziran 2008' de alınmıştır.
- Griffin, C.C. (1992). Welfare Gains From User Charges for Government Health Services. **Health Policy and Planning** [Abstract]; 7(2): 177-180. Web: <http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/7/2/177> adresinden 3 Haziran 2010'da alınmıştır.
- Güler, B.A. (2003). Yönetişim: Tüm İktidar Sermayeye. **Praksis**, 9, ss.93-117
- Gürsel, S. (2000). **Cumhuriyet Döneminde Türkiye Ekonomisi ve İktisat Politikaları**. Yayınlanmamış Çalışma. Galatasaray Üniversitesi 'den aktaran Parasız (2003).
- Haas,P.M. (1992). Introduction: Epistemic Communities and International Policy Coordination. **International Organization**,46 (1), ss. 1-35. Web: <http://www.jstor.org/stable/2706951> adresinden 03 Haziran 2010'da alınmıştır.
- Harvard School of Public Health. (2010). **Flagship Course on Health Sector Reform and Sustainable Financing**. Web: http://www.hsph.harvard.edu/ihsq/course_flagship.html adresinden 3 Haziran 2010'da alınmıştır.
- Hatun,Ş. (2009). Sağlık Hizmetlerinde Güncel Sorunlar ve Tartışmalar. **Birikim**,243,38-41.
- Heidenheimer, A.J., Hecló,H. ve Adams,C.T. (1983). **Comparative Public Policy: The Politics of Social Choice İn Europe And America**. (2.Baskı). New York: St. Martin's Pres
- Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. (2007). **Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007**. Ankara, Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü

- Homedes,N. ,Ugalde, A. (2005). Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. **Health Policy**, 71, 83–96. Web: <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5519.pdf> adresinden 9 Ekim 2008'de alındı.
- Hsiao, W. ve Heller, P.S. (2007). **What Should Macroeconomists Know about Health Care Policy?** IMF Working Paper. Web: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2007/wp0713.pdf> adresinden 27 Şubat 2010'da alınmıştır.
- Hsiao, W.C. (1995). Abnormal Economics in the Health Sector. **Health Policy**, 32, ss.125-139.
- Hughes, O.E. (2003). **Public Management and Administration: An Introduction**. New York: Palgrave Macmillan
- Hulme, R. (2005). Policy Transfer and the Internationalisation of Social Policy. **Social Policy & Society**, 4 (4), 417–425. Web: http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FSPS%2FSPS4_04%2FS1474746405002605a.pdf&code=294c4faf8cb4a77b6ca4bcf617ba24df adresinden 10 Eylül 2008'de alındı.
- James, O., Lode, M. (2003). The Limitations of 'Policy Transfer' and 'Lesson Drawing' for Public Policy Research. **Political Studies Review**, 1, ss. 179–193. Web: http://people.exeter.ac.uk/ojames/psr_3.pdf adresinden 02 Haziran 2010'da alınmıştır.
- Lane, J.E. (2005). **Public Administration and Public Management : The Principal-Agent Perspective**. London:Routledge
- Lane, J.E. (2000). **New Public Management**. London: Routledge
- Laurell, A.C. (2008). Latin Amerika'da Sağlık Reformları. **Toplum ve Hekim**, 23 (2),134-143
- Lister,J. (2008). **Sağlık Politikası Reformu: Yanlış Yolda mı Gidiyoruz?**.(Çev. Melis İnan ve diğerleri). İstanbul, İnsev Yayınları. (Eserin orijinali 2005'te yayınlandı).
- Lynn, L.E. (1998). A Critical Analysis of the New Public Management. **International Public Management Journal**, 1(1),ss.107-123
- Magnusse, J., Hagen, T.P. ve Kaarboe, O. M. (2007). Centralized or Decentralized? A Case Study of Norwegian Hospital Reform. **Social Science&Medicine**, 64, ss.2129-2137
- Martinez,E. ve Garcia, A. (1997). **What is Neo-Liberalism?** <http://www.corpwatch.org/article.php?id=376> adresinden 2 Temmuz 2010'da alındı.

- Metin, B. (2002). **Türkiye'nin sağlık sorunları – Cumhuriyet döneminde sağlık reformları.**
<http://undp.un.org.tr/who/bulten/turk/bul7turksorunlar.htm> adresinden 06 Ocak 2010'da alınmıştır.
- Murray, C. (2006). **In Our Hands: A Plan to Replace Welfare State.**
 Washington: The AEI Press
- Navarro, V. (2003). Birleşik Devletler Sağlık Hizmetlerinin İnsanlık Dışı Durumu.(Çev. E.Sevin). **Toplum ve Hekim**, 18(6),443-445 (Orijinal Makalenin Yayım Tarihi:2003)
- OECD (2009), **Health at a Glance 2009: OECD Indicators**, OECD Publishing.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2009-en adresinden 27 Aralık 2009' da alınmıştır.
- OECD ve Dünya Bankası. (2009). **OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri: Türkiye.** Ankara, Sağlık Bakanlığı
- Ömürgönülşen, U. (2003). "Kamu Sektörünün Yönetimi Sorununa Yeni Bir Yaklaşım: Yeni Kamu İşletmeciliği". M. Acar ve H. Özgür (Editörler). **Çağdaş Kamu Yönetimi I**, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım. ss. 3-45.
- Özalp,A. (2008). Diyalektik Düzlemde Refah Devleti ile Yeni Sağ İlişkisi. **Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi**, Sayı:23,106-119
- Özdemir, Y.E. (2001a). Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları - Cumhuriyetin Kuruluşundan 1980'li Yıllara Sağlık Politikaları. **Yeni Türkiye Dergisi**, Yıl:7, Sayı:39, 257-276.
- Özdemir, Y.E. (2001b). Sağlık Reformları- 1980 ve 90'lı Yılların Sağlık Politikaları-. **Yeni Türkiye Dergisi**, Yıl:7, Sayı:39, 276-294.
- Özer, M.A. (2005). **Yeni Kamu Yönetimi: Teoriden Uygulamaya.** Ankara:Platin Yayınları
- Özkan, O.H. (2001). Kendinize iyi bakın. **Yeni Türkiye Dergisi**, Yıl: 7, Sayı: 39, 46-60.
- Pala, K. (2003). Dünya Bankası'nın Türkiye İçin Sağlık Politikası ve Genel Sağlık Sigortası. **Toplum ve Hekim**,18(2),115-119.
- Parasız, İ. (2001). **Enfasyon- Kriz- Ayarlamalar: Dünyada ve Türkiye'de Kalkınma Makro Ekonomisi Sorunları.** Bursa: Ezgi Kitabevi.
- Peters, B.G. (1997). Policy transfers between governments: The case of administrative reforms', **West European Politics**, 20: 4, ss. 71-88.
 Web:

http://pdfserve.informaworld.com/775301_758064766_787794048.pdf adresinden 27 Mayıs 2010'da alınmıştır.

Ranson, M.K., Beaglehole, R., Correa, C.M., Mirza, Z., Buse, K. ve Drager, N. (2002). "The Public Health Implications of Multilateral Trade Agreements". In K. Lee, K. Buse and S. Fustukian (Eds.). **Health Policy in a Globalising World**, New York: Cambridge University Press. ss.18-41

Rose, R. (1991). Introduction: Lesson-Drawing across Nations. **Journal of Public Policy** [Abstract], 11, ss.1-2 Web: <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract.jsessionid=D976F6C0345E9D8C310A57D1AC3FB99D.tomcat1?fromPage=online&aid=2751232#> adresinden 27 Mayıs 2010'da alınmıştır.

Rose, R. (1993). **Lesson-drawing in Public Policy: A Guide to Learning across Time and Space**. Chatham: Chatham House Publishers

Ruger, J.P. (2005). The Changing Role of the World Bank in Global Health. **American Journal of Public Health**, 95 (1), ss.60-70 Web: <http://ajph.aphapublications.org/cgi/reprint/95/1/60> adresinden 03 Haziran 2010'da alınmıştır.

Sağlık Bakanlığı. (2003). **Sağlıkta Dönüşüm**. Ankara, Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı. (2007). **Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Bakanlığı'nın Değişen Rolü**. Ankara: Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı. (2006). **Sağlıkta Performans Yönetimi: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi**. Ankara: Sağlık Bakanlığı

Saltman, R.B. (2008). Decentralization, Recentralization and Future of European Health Policy. **European Journal of Public Health**. 18 (2), ss.104-106

Sargutan, E.A. (2006). **Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri**. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları

Savaş, B. S., Karahan, Ö., Saka, R.Ö. (2002). **Sağlık Sistemlerinde Dönüşüm: Türkiye**. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı

SES. (2007). **Sağlık Bakanı'ndan tam gün inciler dökülüyor!** http://ses.org.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=78&Itemid=29 adresinden 18 Haziran 2008'de alınmıştır.

Sezen, S. (1999). **Devletçilikten Özelleştirmeye Türkiye'de Planlama**, Ankara: TODAİE Yayınları' dan aktaran Soyak, A., Eroğlu, N. (2008).

- Shanmanesh, M. (2009). Neo-Liberal Küreselleşme ve Sağlık. (Çev. E. Altındış). **Birikim**, 243, 42-54. (Orijinal Makalenin Yayın Tarihi, 2007)
- Smith, A. (2007). **An Inquiry into the Nature and Causes of The Wealth of Nations**. Hampshire: Harriman House. (Eserin orijinali 1776'da yayımlandı).
- Sobacı, Z. (2009). **İdari Reform ve Politika Transferi: Yeni Kamu İşletmeciliğinin Yayılışı**. Ankara: Turhan Kitabevi
- alınmıştır
- Solingen, E. (2009). "The Global Context of Comparative Politics". In M.I. Lichbach and A. S. Zuckerman (Eds.). **Comparative Politics: Rationality, Culture and Structure**. USA: Cambridge University Press. ss.220-260
- Soyak, A., Eroğlu, N. (2008). **Türkiye'nin Kalkınma Anlayışının Dönüşümünde IMF-Dünya Bankası Yapısal Uyum Politikalarının Rolü**. http://mpr.a.ub.uni-muenchen.de/11466/1/MPRA_paper_11466.pdf adresinden 24 Ocak 2010'da alınmıştır.
- Soyak, A. (2006). **Yoksullukla Savaşın Sahte (İkiz) Melekleri**. http://www.ucnokta.com/modules.php?name=Kose_Yazilari&op=viewarticle&artid=35 adresinden 23 Ocak 2010'da alınmıştır.
- Soyer, A. (2003). **1980' den Günümüze Sağlık Politikaları**. Web: <http://www.praksis.org/files/009-11.pdf> adresinden 23 Ocak 2010'da alınmıştır.
- Stigler, G. (1975). **The Citizen and the State**. Chicago: University of Chicago Press 'den aktaran Hughes (2003).
- Stoffers, M. (2003). Kenya'da Kamu Sağlığı ve GATS. Web: <http://www.antimai.org/mkyk/kenyagats.htm> adresinden 27 Aralık 2009'da alınmıştır.
- Stone, D. (2000). **Learning Lessons, Policy Transfer and the International Diffusion of Policy Ideas**. Web: <http://poli.haifa.ac.il/~levi/res/stone-2000.pdf> adresinden 9 Ekim 2008'de alınmıştır.
- Şener, H.E. (2003). **Yeni Sağın Yerellik Değişimindeki Söylemi Anlamlandırmak**. Web: <http://kamyon.politics.ankara.edu.tr/dergi/belgeler/kydd/59.pdf> adresinden 4 Ocak 2010'da alınmıştır.
- Tatar, M. (2009). Teorik Çerçevesiyle Sağlık ekonomisi ve Türkiye'ye İlişkin Teorik bir Değerlendirme. **Sağlık Ekonomisi Dergisi**, 1, 8-12

- Tatar, M. ve Tatar, F. (1997). Primary Health Care in Turkey: A Passing Fashion? **Health Policy and Planning**, 12 (3). ss.224-233
- T.C. Anayasası - İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi - Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi.** (2008). Ankara: Adalet Yayınevi
- Toprak, M. (2001). **Türkiye'nin Ekonomi-Politigi ve Mali Krizler.** Web: http://mpr.ub.uni-muenchen.de/9093/1/MPRA_paper_9093.pdf adresinden 23 Ocak 2010' da alınmıştır.
- Whitehead, M., Dahlgren, G. ve Evans, T. (2003). Eşitlik ve Sağlık Sektörü Reformları: Düşük Gelirli Ülkeler Medikal Yoksulluk tuzağından Kaçabilir Mi? (Çev. M. Kara, İ. Belek). **Toplum ve Hekim**, 18 (4), 273-279. (Orijinal Makalenin Yayın Tarihi, 2001)
- Williams, D.W. (2000). Reinventing the Proverbs of Government. **Public Administration Review**, 60 (6), ss.522-535
- World Health Organization. (2000). **Exploring Health Policy Development in Europe.** <http://site.ebrary.com/lib/Balikesir/Doc?id=10040319> adresinden 24 Haziran 2008' de alınmıştır.
- World Health Organization. (2007). **Stewardship.** Web: http://www.euro.who.int/healthsystems/stewardship/20061004_1 adresinden 8 Şubat 2010' da alınmıştır.
- World Bank. (2005). **1993-2004 Ülke Yardım Değerlendirmesi.** Web: [http://lnweb90.worldbank.org/oed/oeddoclib.nsf/DocUNIDViewForJavaScript/01E60B8ED2AA74DD8525712C007D8D86/\\$file/turkey_cae_turkish.pdf](http://lnweb90.worldbank.org/oed/oeddoclib.nsf/DocUNIDViewForJavaScript/01E60B8ED2AA74DD8525712C007D8D86/$file/turkey_cae_turkish.pdf) adresinden 8 Şubat 2010'da alındı.
- Vreeland, J.R. (2007). **The International Monetary Fund: Politics of Conditional Lending.** London: Routledge
- Xu, K, Evans D.B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J. Murray C.J.L. (2003). **Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis.** http://www.who.int/health_financing/documents/lancet-catastrophic_expenditure.pdf adresinden 2 Nisan 2010 tarihinde alınmıştır.
- Yaşar, G.Y. (2008). Türkiye' de 1980 Sonrası Sağlık Politikalarında Gözlenen Neoliberal Dönüşüm ve Sonuçları Üzerine Değerlendirmeler. **Mülkiye Dergisi**, 32 (260), 157-192.
- Yıldırım, H.H. (1999). Piyasa, Sağlık Bakımı ve Piyasa Başarısızlıkları. **Amme İdaresi Dergisi**, 32 (1), ss.123-135
- Zengin, O. (2009). "Günümüz Kamu Yönetiminde Ön Plana Çıkan Yaklaşımlar". B. Övgün (Editör). **Kamu Yönetimi: Yapı İşleyiş Reformu**, Ankara: KAYAUM Yayınları. ss. 1-43

[FFAAF6AA849816B2EFF5B2058CC7F44E0E](http://www.pydb.saglik.gov.tr) adresinden 8 Şubat 2010' da alınmıştır.

Sağlık Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi. (2009).
<http://www.pydb.saglik.gov.tr> adresinden 22 Temmuz 2010'da alınmıştır.

Sağlık Dönüşüm Projesi (I.Faz). (2004). Web:
<http://www.pydb.saglik.gov.tr> adresinden 22 Temmuz 2010'da alınmıştır.

Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması ile Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik. (2006).
<http://www.saglik.gov.tr/KOODB/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CF8FE9074FF19B0005A35405BFDD9C147A> adresinden 8 Şubat 2010' da alınmıştır.

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. (2006).
<http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/c71ae3004e2b80d1b683beb00c7ce123/5510.pdf?MOD=AJPERES> adresinden 2 Mart 2010' da alınmıştır.

T.C. 58. Hükümet Acil Eylem Planı. (2003).
<http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/aep.pdf> adresinden 30 Aralık 2009'da alınmıştır.

T.C. Anayasası. (1961).
<http://www.hukukturk.com/fractal/hukukTurk/pages/findMevzuatDetail.jsp?plInstanceId=804471&pObjectId=414&pViewId=496&pTabId=443&pKunye=&pSearchKeyToBold=1961+anayasas%FD> adresinden 20 Ocak 2010' da alınmıştır.

T.C. Anayasası. (1982).
<http://www.hukukturk.com/fractal/hukukTurk/pages/findMevzuatDetail.jsp?plInstanceId=2961&pObjectId=414&pViewId=496&pTabId=443&pKunye=&pSearchKeyToBold=anayasa> adresinden 20 Ocak 2010' da alınmıştır.

19/04/1988 tarih 1987 / 16 Esas No'lu 1988 / 8 Karar No'lu Gerekçeli Karar. (1988). <http://www.hukukturk.com> veritabanından 7 Ocak 2010 da alınmıştır.

EKLER

EK 1. SDP Kapsamında Gerçekleştirilen Önemli Uygulamalar ve Çıkarılan Mevzuata İlişkin Zaman Çizelgesi

2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ambulans hizmetlerinin ücretsiz yapılması.	Bireysel performansla devamlı ödeme sisteminin SB kuruluşlarında uygulanmaya geçirilmesi	Yeşil Kart sahiplerinin ayakta tedavide verilen reçeteli ilaçlarının kapsama alınması	SB hastaneleri için global bütçenin uygulanmaya başlaması	Sosyal güvence kapsamında olmasa bile birinci basamak sağlık hizmetlerinin ücretsiz hale getirilmesi	Özel Ayakta Tanı ve Tedavi merkezleri konulu yeni SB Yönetmeliğinin kabul edilmesi ve "İhtiyaç Ruhsatı" koşulunun konulması ve yeni ruhsatlandırma prosedürlerinin SB tarafından kabul edilmesi
Ödeme yapmadığı için hastaların hastanede rehlin tutulması sisteminin ortadan kaldırılmasına yönelik mekanizmaların uygulanması	Yeşil Kart sahiplerinin ayakta tedavi kapsamına alınması	Kurumsal kriterlerin ve kalite kriterlerinin SB kuruluşlarındaki performansına dayalı ek ödeme sisteminin eklenmesi	5502 sayılı kanunun (Sosyal Güvenlik Kurumlarının Entegrasyonu) uygulanmasına başlanması		Sosyal Sigortalar ve GSS kanunu değişikliklerinin Meclis tarafından kabulü ve Cumhurbaşkanlığı tarafından imzalanması
Toplam Kalite Yönetimi'nin (TKY) SB'nde uygulanması	Maliye Bakanlığının kararnameyi uyarınca geri ödeme kararlarından sorumlu Geri Ödeme Komisyonu'nun kurulması	SSK eczanelerinin kapatılması ve üyelerin özel kuruluşlara erişimine izin verilmesi	Alile Hekimliğinin Eskişehir'de uygulamaya konulması	Yeni Sağlık Uygulama Tebliği'nin (SUT) kabulü, buna göre: i) SSK ve Bağ-Kur için SB hastanesinden üniversite hastanesine sevk zorunluluğunun kaldırılması i) Kronik rahatsızlığı olan hastaların önce hekim onayı olmadan eczanede tekrar reçete yaptırabilmesi ii) SGK ile sözleşmeli tüm SB hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel hastanelerde CPT ve ICD-10'a dayalı ayakta ve yatan hasta prosedürlerine yönelik toplu (sabit fiyat) ödemenin getirilmesi iv) SGK ile sözleşmeli hastanelerin yatan hasta ilaç ve tıbbi malzemeleri (sigorta kapsamında) ücretsiz sağlanması ve hastadan ücret alırsa cezalandırılması v) SGK ile sözleşmeli tüm SB, üniversite ve özel hastanelerin talepleri MEDULA üzerinden bildirme zorunluluğu getirilmesi	GSS uygulamasının başlaması. Yeşil Kart programının GSS kapsamına alınması. Yeşil Kart sahiplerinin GSS kapsamındaki diğer sağlık sigortası sistemlerinde aynı teminatlardan yararlanması
Performansa dayalı ödemelerin 10 SB hastanesinde pilot olarak uygulanması	Hekim seçme hakkının SB hastanelerinde uygulanması	SSK hastanelerinin SB'ne devredilmesi	Alile Hekimliğinin Edirne, Denizli, Adıyaman ve Gümüşhane illerinde uygulamaya konulması	Ambulans hizmetlerinin kişi erişimi zor alanlarda daha erişilebilir hale getirilmesi	Pentavalan aşlarının rutin bağışıklama programına alınması
Kozamığa karşı ulusal bağışıklama kampanyası bağlamında aşılama günlerinin organize edilmesi	Ülke çapında gebelere ücretsiz demir desteği sağlanması	İlaçlar için Yeşil Kartlılara yönelik katkı payı koşulu getirilmesi	SGK'ya ilaç harcaması takip sisteminin kurulması ve SGK için MEDULA'nın başlatılması	Alile Hekimliğinin Elazığ, Isparta, Samsun ve İzmir illerinde uygulamaya konulması	Açık ve kapalı kamu alanlarında sigara içilmesini yasaklayan Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanunun kabul edilmesi
	Alile Hekimliğinin ilk olarak Düzce'de uygulamaya konulması	İlaçlar için ruhsatlandırma yönetmeliğinin kabul edilmesi	Sağlık için Kamu Özel Ortaklığı (KOO) Kanunu'nun Meclis'te kabul edilmesi		
	İlaçlar için ruhsatlandırma yönetmeliğinin kabul edilmesi	Kızamık, kabakulak ve kızamıkçık aşlarının rutin aşılama programına alınması			

Kaynak: Dünya Bankası ve OECD - OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri, s.37

Ek 2. Sağlıkta Dönüşüm Projesi Bileşen ve Uygulayıcıları

Sağlıkta Dönüşüm Projesi (I.Faz)	
Toplam Bütçe: 75,16 Milyon \$/49,4 Milyon \$ Dünya Bankası İkrarı	
11 Haziran 2004 – 30 Haziran 2009	Uygulayıcı Kurum/Birim
Bileşen A- Etkili Kılavuzluk için Sağlık Bakanlığının Yeniden Yapılandırılması	
A.1. SB Strateji Planlama ve Politika Geliştirme Kapasitesinin Güçlendirilmesi	Strateji Geliştirme Başkanlığı
A.2. Ulusal İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumunun Kurulması	İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü
A.3. Özerk Sağlık Tesislerinin Performans Yönetimi Çerçevesi	Proje Yönetim Destek Birimi (PYDB)
A.4. Sağlık Reformu Uygulaması ve İzleme ve Değerlendirme Kapasitesinin Kurulması	İzleme Değerlendirme Birimi
A.5. SB için Sağlık Bilgi Sistemi'nin Kurulması	Bilgi İşlem Daire Başkanlığı
Bileşen B – Sağlık Sigorta Fonu ve Sosyal Güvenlik Kurumlarının Kapasitesinin Geliştirilmesi	
B1 – Sosyal Güvenlik Kurumunun (SGK) Kapasitesinin Geliştirilmesi	SGK
B2 – Sosyal Güvenlik Bilgi Sisteminin Kurulması	SGK
Bileşen C- Sağlık Hizmetleri Sunumunun Reorganizasyonu	
C.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri için Aile Hekimliğinin Uygulamaya Konulması	Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
C.2. Devlet Hastanelerinde Özerkliğe Giriş	Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
C.3. Halkı Bilinçlendirme ve İletişim	Basın Müşavirliği
C.4 Toplum Sağlığı Programlarının Güçlendirilmesi	Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı(RSHMB)- Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü (HMM)
Bileşen D- Halk Sağlığı Fonksiyonlarının ve İnsan Kaynakları Kapasitesinin Güçlendirilmesi	
D.1. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığının Güçlendirilmesi	RSHMB
D.2. Halk Sağlığı Okulu'nun Güçlendirilmesi (RSHMB-HMM)	RSHMB-HMM
Bileşen E- Proje Yönetimi	PYDB
Bileşen F- Sağlık Eğitim Merkezlerinin Tamamlanması	PYDB

Kaynak: <http://web.worldbank.org/external/projects> ve <http://www.pydb.saglik.gov.tr> 'den derlenmiştir.

Ek 3. Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi Bileşen ve Uygulayıcıları

Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi (II.FAZ) 11 Haziran 2009 – 30 Temmuz 2013 Toplam Bütçe: 75,13 Milyon \$/56,1 Milyon \$ Dünya Bankası İkrası		Uygulayıcı Kurum - Birim
Bileşen A - (Stratejik Plan desteği ile) Sağlık Bakanlığı Kılavuzluk, Hizmet Sunumu ve Toplum Sağlığı Fonksiyonlarının Güçlendirilmesi.		Sağlık Bakanlığı
Bileşen B - (Çıktı-Odaklı proje desteği ile) Koruyucu Sağlık Hizmetleri için Çıktı-Odaklı Finansman Sağlanması Pilot Çalışmasının yapılması.		Sağlık Bakanlığı
Bileşen C - Sosyal Güvenlik Kurumu'nun kapasitesinin oluşturulması.		SGK

Kaynak: <http://web.worldbank.org/external/projects> ve <http://www.pydb.saglik.gov.tr> 'den derlenmiştir.