

## TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN DÖNÜŞÜMÜ

Aytül KASAPOĞLU<sup>1</sup>

### ÖZ

Bu makalede sağlık hizmet anlayışındaki değişmelerin toplumun içinde bulunduğu sosyo-ekonomik ve kültürel yapının yanı sıra bilimsel gelişmelerle de yakından ilişkisi bulunduğu varsayımından hareket edilmiştir. “Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü” olarak da adlandırılan süreci anlayabilmek için mevcut çalışmalar Weed’in (2005) “sistemik tarama” (systematic review) ve Elias’ın (1977; 2000) “yöntembilimsel ilişkişelcilik” (methodological relationalism) olarak belirlediği tarzda değerlendirilmiştir. Araştırma bulguları Türkiye’de 1980 sonrasında egemen olan rejimin “esnek sermaye birikimi” ve buna bağlı olarak sanayisizleşme ve özelleştirme olduğunu göstermiştir. Türkiye’de Neo-liberal politikalarla Güneydoğu Avrupa Modeli uygulanırken temel ilke özellikle sağlık alanında hizmet sunumu ile bunun finansmanının birbirinden ayrılmasıdır. İkinci temel özellik ise merkez-dış (adem-i merkezizetçi) yönetime geçilmesidir. Kuşkusuz tüm değişmeler, bazı ilkelere bağlanmışsa da hizmetin finansmandan ayrılması hizmet kalitesini olumsuz etkilemiştir. Çünkü harcamalarda kısıntı yapılması ve işletme mantığı ile maliyetin düşürülmesi beklenmektedir. Ancak hastanelerin bazı gerekliler yerine daha fazla karlı olan işlemlerde yoğunlaşmaları söz konusudur. Ayrıca teşhis ve tedavi sürecindeki denetleyici kısıtlamalar da hekimlik mesleğinin icrası kadar kalitesini de olumsuz etkileyebilmektedir. Hekimlerin gerekli gördüğu tetkikler fiyatlandırma yönetmeliği uyarınca kısıtlandığında ortaya çıkan sonuç hekimin mesleki özerkliğinin kısıtlanmasından başka bir şey değildir.

**Anahtar kelimeler:** Sağlık, Politikalar, Dönüşüm, İlişkişel Sosyoloji, Türkiye

---

<sup>1</sup> Prof. Dr., Muđla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sosyoloji Bölümü

---

## TRANSFORMATION OF HEALTH POLICIES IN TURKEY

### ABSTRACT

In this paper it is assumed that there is a close relationship between the health policy changes and socio-economic structural changes of the Turkish society. Certainly scientific developments and globalization process are also important on social transformations of any society. Therefore, at the beginning of this paper in order to understand the process that is called “Transformation of Health Work Process”, historical background of health system in Turkey is reviewed based on relevant literature. “Systematic review” method (Weed,2007) and process based sociology namely “methodological relationalism” (Elias,1977) are used to achieve study purposes. Findings revealed that we live in a period that is called “flexible” period in terms of capital accumulation. This period starting from 1990’s is characterized by non-industrialization and privatization. In Turkey Southern European Model is applied based on Neo-liberal Policies which mainly separates finance from health services. Second characteristic future is application of decentralization of administrative system. Majority of hospitals are transformed from social to economic organizations who run after profits by applying high numbers of operations to get money from insurances. Although there are some regulations to be followed, separation of services from finance also reduced the quality of health care. Besides some malpractices are observed regarding expensive unnecessary operations. Furthermore, some supervisory limitations on diagnostic and treatment processes can be interpreted lack of professional freedom of physicians.

**Key words:** Health, Policy, Transformation, Relational Sociology, Turkey.

## **GİRİŞ**

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin dolayısıyla sağlık politikalarının ilişkisel sosyolojik olarak ele alan çalışmaların yetersizliği bu çalışmanın temel problemidir. Tarihsel süreç içinde ilgili literatürü tarayarak sağlık politikalarını değerlendirmek bu çalışmanın temel amacıdır. Mevcut yazı ve belgelerin sıradan bir taramasını yapmak yerine, Weed’in (2005) özenle belirttiği gibi sistematik olarak literatür (systematic review) tarandıktan sonra Elias’ın (1977; 2000) uyguladığı tarzda “methodolojik ilişkisellik” (methodological relationalism), diğer bir ifade ile süreç temelli olarak sağlık politikalarının değerlendirilme girişimi ise çalışmayı özgün ve önemli kılmaktadır.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tarihsel arka planını Osmanlı ve Cumhuriyet dönemi olarak ikiye ayırarak incelemek eldeki bilgilerin kısıtlı olması yüzünden karşılaştırma amaçlı olmaktan çok bazı yapısal farkların anlaşılması açısından önem taşımaktadır. Çünkü sağlık hizmet anlayışındaki değişmelerin toplumun içinde bulunduğu sosyo-ekonomik ve kültürel yapının yanı sıra bilimsel gelişmelerle de yakından ilişkisi bulunmaktadır. Söz gelimi imparatorluktan ulus devlete geçiş başta eğitim ve sağlık olmak üzere kamu hizmet anlayışlarında köklü değişmelere yol açmıştır. Çünkü Osmanlı dönemindeki geleneksel şifahaneler ve şifacıardan Cumhuriyet döneminde bilimsel tıp ve mektepli hekimlerce verilen organize ve kamusal sağlık hizmetlerine geçiş söz konusudur. Bu amaçla aşağıda önce Osmanlı dönemi sağlık sistemi hakkında bazı kısa bilgiler sunulmuştur.

## **OSMANLI DÖNEMİNDE SAĞLIK**

Osmanlı merkezi monarşi sistemiyle yönetilen bir imparatorluk olduğu için diğer kurumları gibi sağlık sistemi de saray ve ordu/asker merkezlidir. Osmanlı devletinin sağlık hizmetlerinin başında “Hekim Başı” bulunmaktadır. Hekim başı saray ve çevresindeki kamu kuruluşlarındaki başta hekimler olmak üzere sağlık personelinin atamasından sorumludur. Geniş halk kitleleri ise serbest çalışan hekimlerden ücret karşılığı hizmet almaktaydılar. Osmanlı’da da Selçuklular döneminde de sağlık hizmetinin belkemiğini oluşturan bazı hayır amaçlı dernekler, vakıflar vardı. Ayrıca askeri hekimler tarafından İstanbul, Bursa, Selanik gibi büyük kentlerde halka sınırlı olmakla birlikte ücretsiz hizmetler verilmekteydi. Sağlık devletin sorumluluğunda olan bir hizmet alanı olmaktan uzaktı (Akdur,1999).

Öte yandan Bardakçı'nın (2013) incelemelerine göre, Osmanlı'da sağlığın bir kamu hizmeti olarak sunulmaya başlaması ancak 19.yy da Batılılaşma hareketleri ile başlamıştır. Bu bağlamda ilk tıp eğitimi vermek üzere aynı yıl (1826) “Yeniçeri Ocağını” kaldırarak daha düzenli askeri sistem olan “Nizam-Cedit” e geçilmesini sağlayan II. Mahmut tarafından kurulan “Tıphane” den söz etmek mümkündür. Bundan beş yıl sonra cerrahiye bölümü açıldığında ise, okulun adı Mekteb-i Tıbbiye (1831) olarak değiştirilmiştir. Buradaki eğitimler için Avusturya'dan bir profesör getirilmiş, uygulamalı derslerde model yerine kadavraya geçmek büyük sorun olmuştur. Önceleri “Çürükhane” denilen kimsesizler mezarlığından kadavra temin edilmek istendiyse de halkın tepkisinden çekinilerek bundan vazgeçilmiştir (Bardakçı, 2013). Tüm bunlar sağlığın sadece teknik bir konu olmayıp sosyo-kültürel boyutları olduğunun da göstergeleridir. Daha sonra 1849'da Hekim Başı Kurumu kaldırılarak yerine 1850 yılında Tıbbiye Nezareti (Bakanlığı) kurulmuştur. 1862 yılında da diplomasız olanların hekimlik yapamayacağına dair yasa çıkarılmıştır.

Sonuç olarak sadece saraya ve askere sağlık hizmeti sunan zihniyetten Batıya yönelim ile birlikte daha geniş halk kesimlerine sağlık hizmeti sunmakla yükümlü bir devlet ve kamu yönetimine dönüşüm olmuştur. Nitekim 1867 de genel idari örgütlenme içinde artık sağlık da yer alırken; 1870 de ilk merkezi sağlık birimi (Nezareti Tıbbiye-i Mülkiye) kurulmuştur. Sonuç olarak Birinci (1876) ve İkinci Meşruiyet (1908) dönemleri sağlık alanında önemli gelişmelerin yaşandığı dönemler olmuştur. Özellikle İtalya örnek alınarak sağlık teşkilatı yenilenmiş ve 1914'de genel müdürlük statüsünde olan yapı bakanlık düzeyine yükseltilmiştir. İlk önce İçişleri ile birlikte anılan bakanlık (Dâhiliye ve Sıhhiye Nezareti) daha sonra 3 Mayıs 1920'de Sıhhiye ve Muavenat-ı İçtimaiye Vekâletine (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) dönüştürülmüş ve sağlık temel bir devlet görevi haline gelmiştir.

## **CUMHURİYET DÖNEMİNDE SAĞLIK**

Cumhuriyet dönemindeki sağlık anlayışının temellerinin Osmanlı İmparatorluğunun Batılılaşma çabaları ile atıldığı açıktır. Bu yüzden birçok kaynak Cumhuriyetin 1923'deki ilanından önce 1920'de

TBMM Hükümetince Sağlık Bakanlığının kurulmasını Osmanlı sonrası dönemin başlangıcı olarak almaktadır (Akdur, 1998). Bu bağlamda Cumhuriyet sonrasını altıya ayırarak incelemek mümkündür:

### **Birinci dönem (1920-1938)**

Bazı kaynaklar ilk dönemi 1923’den 1960’a kadar çok daha uzatarak, “Ulus İnşasında Araç: 1923-1960 dönemi” (Ulutaş,2011) olarak niteleseler de genellikle 1920’de Sağlık Bakanlığının kurulmasından Mustafa Kemal’in ölümüne kadar olan dönem ilk dönem olarak kabul edilmektedir. TBMM Hükümetinin ilk Sağlık Bakanı Adnan Adıvar atandığında sağlık alt yapısını düzenleyecek yasa ve yönetmelikler henüz çıkarılmış değildi. 1923 yılı itibariyle de ülkede sadece 6437 hasta yatağı 86 hastane bulunmaktadır. Ayrıca bunlardan çoğu özel vakıf veya yabancılar tarafından açılmış kuruluşlardır. 1921 atanan ve 1937 kadar görevde kalan Dr. Refik Saydam Batıdaki örnekleri gibi ilk halk sağlığı okulunu ve enstitüsünü kuran kişidir. Hıfzıssıhha Enstitüsü ve buna bağlı Hıfzıssıhha Okulu (School of Public Health) bulaşıcı hastalıklarla mücadelede araştırmaların yapılması ve gerekli aşuların üretilmesinde öncü rolü oynamıştır. O dönemdeki yöneticilerin çok yönlü bağımsızlık mücadelelerinin iyi bir örneği olarak tarihe geçen bu yaklaşımlar maalesef daha sonra terkedilmiş, 2000’li yıllarda kuş ve domuz gribi salgınlarında ithal aşı skandalları yaşanmıştır.

Cumhuriyetin ilk 15 yılında yapılan düzenlemeler ve çıkarılan kanunlar bugünkü sağlık hizmetlerinin de temelini oluşturacak şekilde ileri görüşlülükle hazırlanmıştır. Örneğin illerde il sağlık müdürlükleri, ilçelerde hükümet tabiplikleri kurulması, tedaviden çok birinci basamağı oluşturan koruyucu hekimlik anlayışının ön plana çıkarılan düzenlemeler hep bu dönemde gerçekleşmiştir. Özellikle 1930 yılında çıkarılan “Umumi Hıfzıssıhha Kanunu” tüm sağlık politikalarını düzenleyen bir anayasa olarak görülebilir. Ayrıca bir kamu hizmeti olarak sağlığın kabulü başta nitelikli hekim ve hekim dışı sağlık insan gücünün yetiştirme sorumluluğunu da beraberinde getirmiştir. Yatılı tıp öğrencisi yetiştirmek için

yurtlar açılmış, nüfusunun %90’ı köylerde yaşayan ülkenin kırsal kesimlerindeki koruyucu sağlık hizmetlerini teşvik için hükümet tabipliklerinde çalışanların ücretleri iyileştirilmiştir.

Kısaca ilk 1920-1937 dönemi, Cumhuriyet Türkiye’sinin en önemli atılımlarının yapıldığı parlak dönemdir denilebilir (Dirican,1970; Aydın,2002). Çünkü bu dönemde devletin sağlık örgütünü geliştirmek; doktor sayısını arttırmak; numune hastaneleri açmak; ebe yetiştirmek; sağlık memuru yetiştirmek; doğum ve çocuk bakımevi açmak, verem sanatoryumu açmak; sıtma mücadelesi yapmak, frengi ve diğer sosyal hastalıklarla mücadele; trahom ile mücadele, sağlık ve sosyal örgütlenmeyi köylere kadar götürmek, sağlık ve sosyal yasaları yapmak ve Merkez Hıfzıssıhha Mektebini açmak hedeflerine ulaşılmıştır (Berman ve Tatar,2004; Metintaş, Elçioğlu,2007).

### **İkinci dönem (1938-1960):**

Cumhuriyet tarihimizde ikinci dönem içinde en önemli faaliyetlerin başında Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından 1946 yılında gerçekleştirilen ve onun adıyla da anılan “Birinci Sağlık Planı” gelmektedir. Söz konusu planın hazırlık çalışmaları oldukça uzun zaman almış ve 9. Milli Tıp Kongresinde kabul edildikten sonra yürürlüğe girmiştir. Bu plan çağdaş anlamda koruyucu ve tedavi edici hizmetleri bir bütün olarak aynı şemsiye altına toplamaktadır. Devlet artık yerel yönetimlere bıraktığı yataklı tedavi hizmetlerinin de sorumluluğunu üstlenmeye başlamıştır. Bu amaçla ülke yedi coğrafi bölge esasında sağlık hizmetleri açısında örgütlenirken, her 40 köy için 10 yataklı “Sağlık Merkezi” öngörmekteydi. Maalesef bu plandaki hedefler tam anlamıyla gerçekleşmemiş ve her ilçeye bir merkez veya hastane yapımı ve dolayısıyla tedaviye ağırlık veren anlayışa dönüşmüştür. Koruyucu sağlık hizmetlerini teşvik eden Sağlık Merkezlerinde çalışan hekimlerin maaşlarının düşmesine yol açan ücret politikalarına da bağlı olarak hizmet verecek hekim bulunamaz hale gelmiştir. Hekimlerin önemli bir kısmı geçimlerini sağlayabilmek için sağlık merkezlerinden ayrılarak serbest çalışmaya başlamışlardır. Ancak Behçet Uz dönemi Verem Savaş, Sıtma Savaş gibi dernekler aracılığıyla bulaşıcı hastalıklarla mücadelede önemli adımların atıldığı bir dönem olarak da tarihe geçmiştir (Dirican,1970).

### **Üçüncü dönem (1938-1960):**

Cumhuriyet tarihinde sosyal amaçlı önemli kamu kuruluşlarının kurulması bu dönemde gerçekleşmiş ve sağlık alanına da önemli yansımaları olmuştur. Bunlardan ilki 1945 yılında yasası çıkarılan ve 1952 yılında aktif hale gelen Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) ile 1953 yılında kurulan Emekli Sandığıdır. Böylelikle hem işçiler hem de memurlar devlet güvencesindeki sosyal sigortaları bağlamında sağlık hizmeti almaya başlamışlardır. SSK’nın kurulması ve İş Güvenliği Yasasının yürürlüğe girmesi ile Türkiye’de emekçilerin sosyal ve sağlık hakları yasal güvenceye kavuşmuştur. Ayrıca 1954 yılında Sağlık Bakanlığının, yerel yönetimlere /belediyelere bağlı hastaneleri de kendine bağlaması ile sağlık hizmetlerinde devletin denetim alanı daha da genişlemiştir. Aslında devlet SSK, MSB (Milli Savunma Bakanlığı)ve üniversite hastaneleri dışındaki tüm hastaneleri denetler konuma gelmiştir.

Bu döneme damgasını vuran temel özelliklerin ilki, yataklı tedavi kuruluşu olan hastanelerin önem kazanması ve bunun karşılığında birinci basamak koruyucu hekimlik hizmetlerinin ikinci plana itilmesidir. Çünkü Demokrat Parti (DP) iktidarı Ankara ve İstanbul gibi büyük kentlerdeki hastanelere yığılını önlemek ve halka ihtiyacı olan hizmeti daha yakınında sunabilmek için tüm kentlerde ve büyük ilçelerde hastane açma politikası izlemiştir. İkinci temel özellik ise, 1950 yılında iktidara gelen DP’nin daha liberal politikalar izlemesi sonucunda sağlık alanında da özel sektörün gelişiminin teşvikidir. Bunun kaçınılmaz sonucu, bir yandan kamu bir yandan özel sektörün sağlık alanındaki faaliyetlerinin yarattığı belirsizlik ve hatta çok başlılık olmuştur. Örneğin bu dönemde SSK üyelerine daha iyi sağlık hizmeti sunmak üzere Sağlık Bakanlığına bağlı olmayan hastaneler kurmaya başlamıştır. Örneğin İlk olarak 1951 de İstanbul SSK hastanesi kurulmuştur. Ülkede 1946 yılı rakamlarına göre 16.100 yatak ve sadece 5500 civarındaki hekim ile Sağlık Bakanlığının çalışanlara yeterli sağlık hizmeti sağlayamaması SSK yı kendi hastanelerini kurmaya yöneltmiştir. Bu ise Sağlık Bakanlığının tekel olmaktan çıkması ve dolayısıyla sağlık hizmetlerinde çok başlılığa bağlı olarak ortaya çıkan koordinasyon/eşgüdüm eksikliği ve kaynak kaybı başta olmak üzere kalite ve denetim sorunlarının artmasına yol açmıştır. Bu dönemde Türk Tabipler Birliği (1953); Eczacılar ve Eczaneler (1953) ve Türk Eczacılar Birliği (1956) ve Hemşirelik (1954) yasaları çıkarılmış olması da önemli adımlar olmuştur (Dirican,1970).

---

### **Dördüncü dönem (1960-1980):**

1950 yılında Türkiye tek partili dönemden çok partili dönem geçmiştir. Demokrat Partinin 10 yıl süren iktidarının son yıllarına doğru giderek yükselen muhalefet ise, 1960 askeri müdahalesi ile sonuçlanmıştır. Bu dönemin en önemli özelliği merkezi bir planlama teşkilatı olan Devlet Planlama Teşkilatının (DPT) kurulması ve ülkenin beşer yıllık planlar yapılarak yönetilmesidir. 1960 askeri darbesini takiben DPT aracılığıyla sağlık, eğitim başta olmak üzere ülke kalkınmasına yönelik olarak tüm sektörler arasında eşgüdüm sağlanmaya çalışılmış ve entegre projeler yapılmıştır. Askeri yönetim tarafından hazırlanan 1960 Anayasasında sağlık ve sosyal güvenlik 48 ve 49 maddelerde devletin temel görevi olarak tanımlanmıştır. Devletin bu görevlerini yerine getirebilmesi için aynı zamanda Hacettepe Üniversitesi öğretim üyesi olan Sağlık Bakanlığı müsteşarı Dr. Nusret Fişek’in Milli Birlik Komitesi üyelerinin de desteğini alarak hazırladığı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun” 1961 yılında yürürlüğe girmiştir (Fişek, 1983). En az gelişmiş yörelerden başlatılan hizmeti “Gökte Allah yerde Sosyalizm” şeklinde tanımlayan Muş’a bağlı köylerden bir vatandaşın sözleri döneme damgasını vurmuştur. Bu yasanın temel hükümleri şunlardır:

- a) Sağlık hizmetlerinin programa bağlanması. Diğer bir ifade ile planın gerekli koşullar sağlanmadan uygulamaya geçilmemesidir.
- b) Herkesin sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlanması. Köylü ve kentliler, Doğu ve Batı illerinde yaşayan vatandaşlar eşit derecede sağlık hizmeti alacaktır.
- c) Sağlık örgütünün il içindeki yönetsel iş-bölümüne uymaması. Genel idare yerine sağlık personeli kendi amirlerine bağlı olarak çalışacaktır.
- d) Sağlık örgütünün temelini sağlık ocakları olması. Sağlık ocakları kurulan yerlerde hükümet tabiplikleri kaldırılacaktır. Sağlık Ocakları 5-10.000; Sağlık evleri de 2-3.000 kişiye etkili hizmet verecektir. Nüfusa göre örgütlenme sisteminin belirgin özelliğidir. Ev halkı Tespit Fişleri (ETF) ile ebeler tarafından hanelerin tek tek dolaşarak bölge nüfusu hakkında temel bilgilerin planlama yapmak üzere toplanması ön görülmüştür.



- e) Sağlık örgütünde çalışan personelin serbest meslek icra edemeyeceği. Hükümet sağlık personelinin sözleşme ile çalıştırırken ücret belirlemede serbest olacaktır. Hatta teşvik amaçlı olarak hekimlere yüksek ücret ödenecektir.
- f) Kamu sektöründen hizmet almak istemeyen kişilerin, ücretini ödeyerek serbest meslek icra eden hekimlere gidebilmesi. Hastanın hekim seçme özgürlüğüne saygı esastır.
- g) Sağlık örgütlenmesinde birkaç ilden oluşan bölgelerin kurulması. Merkezi yönetim yerine bölgelere yetki devredilmelidir.
- h) Halkla sağlık örgütü arasında ilişkilerin geliştirilmesi. Sağlık örgütlerinin halk tarafından benimsenmesine çalışılacaktır.
- i) Yönetime, ülkenin bir bölümünde önceden deneme amaçlı inceleme yapma olanağı sağlanması. Böylelikle yüksek maliyeti olan hataların yapılması önlenecektir.
- j) Türkiye’deki sağlık hizmet kuruluşlarının tek elde toplanması ve Sağlık Bakanlığına bunları denetleme yetkisi verilmesi. Her devlet kuruluşunun örneğin SSK veya DDY (Devlet Demir Yolları), PTT (Posta ve Telgraf Teşkilat) veya devlet bankalarının ayrı sağlık örgütünün olması ekonomik kayıplara yol açmaktadır. Sağlık hizmetlerinin tek çatı altında toplanması hedefi 45 yıl sonra gerçeklemiştir.
- k) Sağlık hizmetlerinin kademeli olarak sosyalleştirilebilmesi için gerekli personelin eğitime öncelik tanınması. Koruyucu hizmetlerin maliyetini düşürmek için uygulama bölgeleri dışındaki personel de devlete bağlanacaktır.
- l) Hastalara parasız olarak hangi ilaçların verileceğini belirleme yetkisinin Sağlık Bakanlığında olması. İlaç israfını önlemek sağlık bütçesini dengelemek için zorunludur.
- m) Belediyelerin sağlık alanındaki sorumluluklarının bütçe olanakları göz önünde bulundurularak azaltılması ve sadece çevre sağlığı hizmetleri ile sınırlanması.

- n) Tedavi ve koruyucu hizmet kuruluşları birbirini tamamlar biçimde ele alınması. Hatta tedavi kuruluşlarını modern ülkelerde olduğu gibi koruyucu hekimlik hizmetlerini destekleme sorumluluğu verilmiştir.
- o) Hastaların sağlık kuruluşlarına başvurma şekilleri ve ücretsiz hizmetten yararlanma olanaklarının bir düzene bağlanması. Tıbbi hizmetler dışında yemek ve yatak ücreti alınabileceği kararlaştırılmıştır.

Sağlıkta sosyalizasyon dönemi 1963 yılında Muş ilinden başlamış ve 1983’de tüm ülkeye yayılmıştır. Geniş bölgede tek yönlü hizmet anlayışı terk edilerek dar bölgede çok yönlü hizmet anlayışı getirilmiştir. Sağlık Ocaklarının sistemin bel kemiğini oluşturduğu sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde verilebilmesi için ocak hekimlerin özel muayenehane açmasına izin verilmemiştir. Ancak uygulamalarda bu her zaman sağlanamamış ve sistem giderek aşınmaya başlamıştır. Sistemi desteklemek amacıyla hazırlanan Genel Sağlık Sigortası yasası ikinci beş yıllık planda yer almasına rağmen yasalasamamıştır. Buna karşılık 1978 de kamuda çalışan hekimlerin tam gün çalışması için özel muayenehane açması yasayla yasaklanmıştır. Daha sonra ise, 1980 askeri darbesi ile gelen hükümet hekimlere muayenehane açma serbestisi getiren düzenlemeler yapmıştır. Tüm bunlar sağlığın kamusal bir hizmet olarak sunumunda devlet politikalarındaki tutarsız kesintiler ya da süreksizlikler olarak tarihe geçmiştir. Çünkü 1960 askeri müdahalesi ve arkasından gelen 1961 Anayasası ülkede sosyal haklar ve iş barışı açısından önemli iyileşmeler sağlamışken; 1980 müdahalesi ve 1982 Anayasası hak ve özgürlüklerin kısıtlanması, başta Yüksek Öğretim Kanunu olmak üzere tüm alanlarda geriye adımlarla sonuçlanmıştır.

Sağlıkta sosyalleşme İngiltere’de uygulanan ulusal sağlık hizmetleri gibi (nationalized health services) temelde “Toplum Hekimliği” (Community Medicine) anlayışına dayanır. Fişek (1985) bu anlayışın temellerinin başında koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerin bütünsel (holistic) bir biçimde sunulmasının geldiğini belirtir. Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından önemle altı çizilen sağlığın bedensel, zihinsel ve sosyal yönden bir bütün olduğu toplum hekimliğinin de kabul ettiği temel

bir ilkedir. Sağlık hizmetinin sadece hekimlik değil bir ekip işi olması, herkese sağlık hizmeti götürülmesi ve son olarak sağlığın sosyo-ekonomik kalkınmanın bir parçası olduğunun kabulü toplum hekimliği yaklaşımının temel ilkeleridir.

Çok önemli bir adım olarak tarihe geçen sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hedeflerine ulaşmadaki engeller modelin mimarı Fişek(1983) tarafından değerlendirilirken en başta bütçeden sağlığa ayrılan payın yeterli olmadığı ve dolayısıyla taşıttan, ilaçtan, personelden yoksun kalınarak en ücra köşelere en başta kırsal kesime verimli hizmet sağlanamadığı belirtilmiştir. Ayrıca hastaneler ile sağlık ocakları arasındaki bağ yeterli sayıda hekim atanamaması yüzünden kurulamamıştır. Hekimlerin sağlık ocaklarında çalışmalarını teşvik edecek ücretlerin ödenememesi kadar daha sonra muayenehane açmalarına izin verilmesi de sistemi işlemez hale getirmiştir.

1960’lı yıllarda sağlığın sosyalleştirilmesi onun metalaşmasını büyük ölçüde engellediği gibi sağlık çalışanlarının da haklarını alabilmelerine için örgütlenerek güçlenmelerini de sağlamıştır. Örneğin 1961’de “Türkiye Sağlık İşçileri ve Müstahdemleri Sendikası” 1962 yılında “Türkiye Sağlık İşçileri ve Personeli Sendikası” kurulmuştur. Ancak işçi-memur ayırımından kaynaklı dayanışma yetersizliği örgütlü mücadeleyi her zaman zayıflatmıştır. Bununla birlikte 1971 Askeri müdahalesi sırasında 657 sayılı yasa ile hak kayıplarına uğrayan sendikalar Türk Tabipler Birliği (TTB) önderliğinde kurulan “Türk Sağlık Hizmetleri Güçbirliği” platformunda bir araya gelmişlerdir. Bu birliktelikte TTB, Türkiye Hekimler ve Eczacılar Sendikası, SSK Hekim ve Eczacıları Sendikası, Türkiye Hekim Sendikaları Federasyonu, Türkiye Sağlık memurları sendikası, Türkiye Hemşireler Sendikası, Türkiye Ebeler Sendikası, SSK Hemşire, Laborantce Sağlık Memurları Sendikası katılmıştır. Veteriner Hekimleri Sendikası ile Türk Eczacılar Sendikası da destek vermiştir (Fişek,1997). Sendika sayısının çokluğu ilk bakışta sivil toplumun gelişmişliği adına umut kaynağıdır. Çünkü 1971’de Ankara ve İstanbul’da 20 hastanede acil vaka dışında hasta bakılmayan ihtar direnişlerine yüzde yüz katılım sağlanması meslekler arasında istendiğinde dayanışma sağlanarak hakların alınacağına iyi bir örnek oluşturmuştur. Öte

yandan SSK hastanelerinde meslek hastalıkları kliniklerinin 1976’da kurulması da önemli bir adım olmuştur.

### **Beşinci dönem (1980 -2000)**

Sağlık Bakanlığı örgütlenmesi ve sorumlulukları hakkında çok sayıda çıkarılan Kanun Hükmünde Kararnemelerle bazı değişiklikler yapılmıştır. Bunlardan biri de bakanlığın adının değiştirilmesidir. 1989 yılında “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı” (SSYB) yerine “Sağlık Bakanlığı” (SB) denilmeye başlanması bu dönemde gerçekleşmiştir. Bu düzenlemelere göre Sağlık Bakanlığı birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri vermekten sorumlu temel kuruluştur. Birinci basamak hizmetler Bakanlık tarafından sağlık ocakları, sağlık evleri, ana ve çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, verem savaş dispanserleri, sıtma merkezleri, kanser savaş aracılığıyla sağlanırken; ikinci ve üçüncü basamak hizmetler diğer kamu kuruluşları, dernek, vakıf ve özel kişilerle birlikte SB tarafından verilir. Ayrıca SB merkezi düzeyde sağlık hizmetleri ile ilgili genel politikaları belirlemekten sorumludur. SB’nin Ankara merkez dışındaki taşra örgütlenmesinde ise yönetsel olarak ilin en yüksek yöneticisi olarak valiye, teknik olarak ise SB’ ye bağlı olarak görev yapan İl Sağlık Müdürlükleri vardır. Bu yüzden bakanlık il sağlık müdürlerini, valinin onayıyla atamak zorundadır.

Bilindiği üzere ülkede gerek gençleri gerekse işçileri direnişe sevk eden sosyal olayları önlemek için işverenlerin de desteğini alan askerlerin 12 Eylül 1980’deki müdahalesinin hemen ardından çıkarılan ve tarihe 24 Ocak Kararları olarak geçen ekonomi kadar sağlığın da liberalleşmesini hedefleyen politik kararlar alınmıştır. Akdur (1999) tarafından “Aktif Özelleştirme denilen bu dönemde sağlık ve sosyal güvenlik, kamunun sorumluluğundan çıkarılarak piyasanın insafına terk edilmiştir. Öyle ki 1982 Anayasasında “insan haklarına dayalı devlet” tanımı da değiştirilerek “insan haklarına saygılı devlet” haline dönüştürülmüş; sağlık devlet görevi olmaktan çıkarılmıştır. Bunun yerine devletin sağlık hizmetlerini gözeteceği ve düzenleyeceği maddeleri yazılmıştır. Böylelikle 1982 Anayasasında daha önce 1950 ve 1970’lerde başlayan sağlıkta özel sektörün yer alması görüşüne resmen değinilmiştir. Sağlık hizmetlerine erişimde eşitliği sağlamak görüşünden hareketle, özel sağlık kuruluşlarının hizmet

vermesi ve kamu ile rekabet etmeleri hedeflenmiştir (Berman ve Tatar, 2004). Bu dönemde de özellikle 1987’de Genel Sağlık Sigortasına geçilme girişimleri olmuşsa da gerçekleştirilememiştir. Aynı yıl “Sağlık Hizmetleri Temel Yasası” çıkarılmışsa da gerekli düzenlemeler yapılamadığı için fazlaca uygulanamamıştır. Daha sonra Anayasa Mahkemesi tarafından birçok maddesi iptal edilen bu yasanın temel amaçlarından bazıları şunlardır (Soyer,2000):

- a) Kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşları veya sağlık işletmelerinde her türlü hizmetin fiyatlandırılması
- b) Kamu sağlık kuruluşlarının kamu tüzel kişiliğine sahip işletmelere dönüştürülmesi
- c) Sözleşmeli yabancı uyruklu personel çalıştırılmasının önünün açılması
- d) Sağlık işletmelerinde görevli olan ve mesleklerini serbest icra etmeyen hekimlerin mesai dışında kuruluşa özel teşhis ve tedavi yapabilmesi. Bu madde özellikle üniversitelerin eğitim hastanelerinde öğretim üyelerinin çalışmaya devamını teşvik amaçlı olarak geniş çaplı uygulanmıştır.

Bu dönemde Türk Tabipler Birliği (TTB) dört yıl kapalı kalmıştır. Ayrıca üyelik sadece özel muayenehane hekimlerine zorunlu hale getirilerek birliğin etkisizleştirilmeye çalışıldığı açıktır.

Bu dönemin ikiye ayırarak, başlangıç yıllarını özellikle de 1980-1989 arasını “Sermeyenin Karşı Saldırısı ve Sağlıkta Metalaşma”; ve 1989-2002 yıllarını ise “Uluslararası Finans Kapitalin Gölgesinde Sağlık Reformları” olarak değerlendirenler bulunmaktadır (Ulutaş,2011). Önemli olan bu dönemde Altıncı Kalkınma Planı (1990-1994) ile paralellik içinde sağlık hizmetlerinin “rasyonalizasyonu” adı altında sağlık kuruluşlarının özelleştirilmesi hedefinin açıkça ortaya konmuş olmasıdır. Bu dönemde uluslararası teşvik ve zorlama ile alternatif yeni politikalar seslendirilmeye başlamıştır. Örneğin,1992’de yapılan Ulusal Sağlık Kongresi ile 1993’de düzenlenen İkinci Ulusal Sağlık Kongresinden ülke çapında yeni sağlık politikaları çıkmıştır. Özellikle sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması bağlamında hastanelerin özelleştirilmesine ve özertleştirilmesine yönelik kararlar hep bu kongrelerde alınmıştır.

Uluslararası finans örgütleri (IMF ve Dünya Bankası) tarafından tüm iktidarlara dayatılan reçeteler, sağlıkta reform iddiası ile sağlık hizmetlerini kamunun sorumluluğundan alarak özelleştirmeyi hedeflemekteydi. Neo-liberal politikalar gereği 1994 den itibaren uluslararası kuruluşların denetimine giren Türkiye ekonomisi, IMF ile “stand by” denilen anlaşmalar imzalamaktaydı. Bu anlaşmalar “acı reçete” olarak metaforik bir biçimde topluma anlatılırken esas büyük darbe sağlık alanında yaşanmış, iki büyük hastane (Ankara’da Yüksek İhtisas ve İstanbul’da Koşuyolu hastaneleri) 5 Nisan 1994 Kararları çerçevesinde birer işletmeye dönüştürülerek, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin doğrudan özelleştirilmesinin ilk somut örneği verilmiştir (Soyer,2003).

Beşinci dönemde “Ulusal Sağlık Dokumanı “ olarak yayınlanan maddelerin, bundan 20 yıl sonra büyük ölçüde gerçekleştiği açıktır. “Yeşil Kart” ve “Aile Hekimliği” kavramlarını da içermesi açısından söz konusu dokuman son derece önemlidir ve şu hedefleri içermektedir:

- a) Herhangi bir sağlık güvencesine sahip olmayan nüfusun genel sağlık güvencesine alınması (Bu dönemde birinci basamak hizmetlerinde eşitlik ve ücretsiz hizmet modelini hayata geçirmek iddiasıyla 1992 yılında “Yeşil Kart” uygulaması başlatılmıştır).
- b) Birinci basamak hizmetler için kentsel alanlarda kişi başına ödeme ilkesini benimseyen “Aile Hekimliği” (Sağlık Ocaklarının kaldırılarak yerine muayenehane temeline dayanan sistemin yerleştirilmesidir).
- c) Mevcut Hastanelerin büyük ölçüde finansal özerklik ile birlikte özerk bir yapıya kavuşması (Devlet hastanelerinin önce özerkleştirilmesi zamanla da özelleştirilmesidir).
- d) Hizmeti sunanlarla satın alanların birbirinden ayrılması ve hizmet sunucuların aynı havuzdaki kaynaklar için birbiri ile rekabet ettiği bir dahili piyasanın oluşturulması (Genel Sağlık Sigortası üzerine oturtulmuş, özel sigortacılık ve cepten ödeme).

### Altıncı dönem (2000 ve sonrası)

Bu döneme damgasını vuran hiç kuşkusuz Sağlık Bakanlığının 2003’de yayınladığı “Sağlıkta Dönüşüm Programı” (SDP) ile “Kürek Çeken Değil, Dümen Tutan Bakanlık” (Ulutaş,2011) şeklinde tanımlanan bir duruma gerilemiş olmasıdır. Tamamen serbest piyasa mantığıyla sağlık hizmetlerini metalaştırarak sağlık hizmet kuruluşlarını kar amaçlı işletmeye dönüştüren Sağlık Bakanlığı (2003) tarafından halkın sağlık düzeyini yükseltmek iddiası ile Dünya Bankası desteği ile hazırlanan ve ilk bakışta son derece cazip görünen SDP’ nin temel ilkeleri şunlardır (Akdağ,2007) :

- a) Sürdürülebilirlik (Sistemin bünyeye uygun olması; kendini beslemesi ve devam ettirebilmesi)
- b) Sürekli kalite gelişimi (Geri bildirimlerle sürekli daha iyiyi arama, hatalardan öğrenme)
- c) Katılımcılık (Kaynak birliğini sağlamak üzere tüm paydaların görüş ve önerilerinin alınması)
- d) Uzlaşmacılık (Çatışma yerine uyumlu çalışma için ortak noktaları arama)
- e) Gönüllülük (Hizmet alan ve veren kesimlerin zorunluluk yerine isteyerek sistemde yer alması)
- f) Güçler Ayrılığı (Sağlık hizmetlerinin finansman, denetim ve hizmet birimlerinin birbirinden ayrılması)
- g) Desantralizasyon (Yönetmel ve parasal bakımdan bağımsız birimler kendi kararlarını daha hızlı ve uygun olarak verecekler)
- h) Hizmette rekabet (Sağlığın tekel olmaktan çıkarılması, kaliteli ve verimli çalışma ortamı yaratılması)

Sağlıkta Dönüşüm Programının bileşenleri aşağıda sıralanmıştır (Akdağ,2007):

- a) **Sağlık Bakanlığı:** Planlama ve denetlemeden sorumlu stratejik bir örgüt olarak sağlık hizmetlerinin tek elden daha etkin bir biçimde yürütülmesini sağlayacaktır. Öncelik birinci

basamak/ koruyucu hizmetlere verilirken, kalitenin izlenmesi, kuruluşların akreditasyonu, uzmanlara lisans verilmesi v.b. sorumlulukları da yerine getirecektir.

- b) Genel Sağlık Sigortası:** SSK, Emekli Sandığı ve BAĞ-KUR gibi ayrı kuruluşlarca sunulan hizmeti aynı çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası, programın vatandaşlardan ödeme gücü oranında katkıda bulunmalarını öngörmektedir.
- c) Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık sistemi.
- d) Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü.
- e) Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kuruluşları.
- f) Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon.
- g) Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma
- h) Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi
- i) Söz konusu bileşenlerin hepsinin çok önemli olduğu açıktır. Özellikle bilgi çağında sağlık bilgi sisteminin önemi büyüktür. Sağlık Bakanlığının satın aldığı gelişmiş bilgisayar programlarının daha etkili hizmet sunmak amacıyla görsel medyada yer alması kamuoyunu bilgilendirme olduğu kadar etkileme amacı da taşımaktadır. Ancak en yaygın şekilde halka dokunan hizmet Aile Hekimliği ve 2012’de sona eren Yeşil Kart’tır.

## **GENEL SAĞLIK SİGORTASI**

1946 yılından beri çıkarılmaya çalışan “Genel Sağlık Sigortası” (GSS) yasası 2008’de yürürlüğe girmiştir. Ancak yine ilk başlangıç hedeflerinden çok uzakta tamamen özel sigortacılık temelinde bir sistem getirildiği için eleştirilmiştir. Çünkü sigortanın kapsadığı temel teminat paketi daraltılmış ve cepten ödemeler arttırılmıştır. Cepten ödeme gerektirmesi yoksulların yine sağlık hizmetine erişememesi ile sonuçlanmıştır. Kaldı ki kayıt dışı çalışanların çok yüksek oranlara ulaştığı ülkemizde prim ödeyerek çalışan sayısı çok sınırlı olduğundan, oranı %12’ye varan sigorta primlerinin ödenmesi



mümkün olamamaktadır. Sadece en yoksul olup “asgari ücretin üçte birinden daha az geliri olanların” primlerinin devlet tarafından ödenmesi söz konusudur (Yenimahalleli-Yaşar, 2008). Bu da aslında devlet yardımlarına bağımlı vatandaş sayısını arttırarak ekonomiye olumsuz etki yapmakla birlikte siyasal iktidarlara olumlu yansıdığından sürdürülmektedir. Öte yandan çalıştığı halde prim borcu olanların GSS’den yararlanması mümkün değildir. Bu da adaletsizlik yarattığı için eleştirilmek zorundadır.

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, yürürlüğe girdiği 01.10.2008 tarihinde, mevcut SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı sigortalılarını; 15.01.2010 tarihi itibariyle de kamuda çalışanlarını kapsamına alırken; 1992 yılından beri uygulanan Yeşil Kart sistemine de 1 Ocak 2012’de son verilmiştir.

1995 yılında 1.7 milyon kişi yeşil kart sahibiyken, bu sayının 2010 yılında 10 milyonu aşması tüm iktidarların sağlık aracılığıyla oy devşirmeye çalıştıklarının göstergesidir. Çünkü iktidarlar, tüm vatandaşların vergisiyle toplanan paralarla istihdam yaratıcı yatırımlar yapmak yerine kendine bağımlı nüfus yaratma politikasını tercih etmektedirler. Öte yandan yoksulların tam tespit edilememesi nedeniyle kötüye kullanımlar da artmıştır. Bu nedenle çok sayıda Yeşil Kart iptal edilmiştir. Genel Sağlık Sigortası’nda yapılan düzenlemeler çerçevesinde, aslında 1 Ekim 2010’da kaldırılması öngörülen Yeşil Kart, genel seçim sonrasına ve 1 Ocak 2012 tarihine ertelenmiştir. Nitekim En son, büyük bir grup olan yeşil kartlıların 01.01.2012 tarihi itibariyle Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamına alınmasıyla, kapsam dışı kalanların sayısı oldukça azalmıştır. Ayrıca 2013’de özel banka ve oda sandıklarının da Sosyal Güvenlik Kurumuna (SGK) devredilmesi öngörülmüştür.

Yeşil kart sahiplerinin bilgileri, olduğu gibi SGK veri tabanına aktarılmıştır. Böylelikle 01.01.2012 tarihi itibariyle GSS’li olan yeşil kart alan vatandaşların, yeşil kart vizeleri doluncaya kadar herhangi bir işlem yapmalarına gerek olmaksızın yeşil kart sağlık hizmetlerinden yararlanmaları mümkün kılınmıştır.

## AİLE HEKİMLİĞİ

SDP ile birlikte 2004 yılında çıkarılan 5238 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yasa” ile bazı illerde uygulanmaya başlamıştır. Bu uygulama başlangıçtan itibaren çeşitli nedenlerle eleştirilmiştir. Bu eleştirilerin başında kuşkusuz sağlığın metalaşması gelmektedir. Çünkü uygulama ile SSK ya bağlı 148 hastane ve 370 sağlık tesisi ve 56.000 sağlık personeli Sağlık Bakanlığına devir edilmiştir. Bir tür “Ver Kurtul” (Fişek,2004) mantığı ile “Sosyal Güvenlik Kurumu” (SGK) kurularak tüm sağlık hizmetleri tek bir şemsiye altında toplanmıştır. Aslında bu birleştirmenin özlenen bir şey olmasına rağmen, sağlık hizmetinin kamu hizmeti olmaktan çıkarılıp özelleştirilmesini desteklemek üzere gerçekleştirilmesi eleştirilmek zorundadır. Çünkü sağlığın serbest piyasanın acımasız koşullarına terk edilmesi, piyasada alınıp-satılan bir hizmet haline dönüşmesi, yani metalaşmasının önu tamamen açılmış olmaktadır.

Temel sağlık hizmetlerinin önemli bir ayağı da Aile Hekimliğidir. Daha doğrusu temel sağlık hizmetlerini güçlendirmek için aile hekimliği tasarlanmıştır. Amaç devletin sorumluluğu vatandaşla paylaşmasıdır. Bireylerin kendi seçecekleri doktorlar tarafından sağlık hizmeti alabilmeleri ve dolayısıyla daha sıkı ve iyi bir doktor hasta ilişkisi sağlanacağı temel savlardır. Aile Hekimliği sistemine Türkiye’de 2004 yılında ilk pilot bölge olan Düzce’de başlanmış ve zamanla tüm Türkiye’ye yayılmıştır. Bu sistemin sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri ile pek çok benzer yönü olmakla birlikte, aralarındaki en temel fark, nüfusa göre ekip halinde çok amaçlı hizmet vermektir. Hatırlanacağı üzere sağlık ocaklarında hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, tıbbi sekreter ve şoför kadroları bulunmakta iken adından da anlaşılacağı üzere aile hekimliği tamamen hekim üzerine oturtulmuştur. Bu sistemde temel olarak birinci basamak sağlık hizmetinin sunulması hedeflenmiştir. Etkili ve kaliteli sevk zincirinin oluşmasında hastanın seçtiği ve güvendiği bir hekimden birinci basamak hizmeti alması kuşkusuz önemlidir. Aile hekimliği sistemini desteklemek üzere ayrıca Toplum Sağlığı Merkezleri oluşturulmuştur. Bu merkezlerde koruyucu sağlık hizmetlerini etkin bir şekilde vermek üzere “halk sağlığı” uzmanlarının istihdamı oldukça önemlidir. Kişilerin yararlanabilmek için aile hekimlerine kayıt yaptırmaları gereklidir. Ortalama 3500 kişiye bir aile hekimi düşmektedir.

Aile hekimleri tam gün çalışmaktadırlar ve aile hekimliği uzmanlık derecesine sahiptirler. Başlangıçtaki pilot uygulamada sağlık bakanlığı personeli kamudaki memur kadrolarını koruyarak bu göreve atanmışlardır. Sistemin özünde aile hekimlerinin valiliklerle sözleşmeli elaman olmaları vardır ve bu aslında birinci basamak sağlık hizmetlerinden büyük ölçüde devletin çekilmesi anlamına gelmektedir. Öte yandan sözleşme ile çalıştırılan hekimlerin iş güvenceli istihdamı sona ermiş bulunmaktadır.

Aslında sistemin işleyişi, hekimlerin iş yükü fazlalığı ve düşük kalite hizmet sorunları yüzünden toplumda yeni sorun kaynağı olmaya başlamıştır. En son 2015 Haziran ayında aile hekimleri acillerde gece nöbeti tutma ve hafta sonu çalışma zorunluluğu getirilmesine tepki göstermişlerdir. Öte yandan kayıtlı hasta sayısı iki aydan uzun süre 1000’in altına düşen aile hekiminin uyarıya gerek duyulmadan sözleşmesinin fesih edilerek yerine sıradaki başka bir hekimin atanması da birçok durumda suiistimale açıktır. Çünkü halkın kabul etmemesi ve hizmet talep etmemesinin sebebi her zaman hekim olmayabilir. Nüfusun kompozisyonu kadar bölgenin konumu da aile hekimine başvuruları olumlu veya olumsuz etkileyebilir. Örneğin yaşlı ve yerleşik nüfus bölgelerinde kronik hastalıklar nedeniyle aile hekimine başvuru daha fazla olabilir. Buna karşılık genç ve aktif nüfusun yoğun olduğu yerlerde çalışanlar başka merkezlerden hizmet alma şanslarını kullanabilirler.

Aile hekimliği sisteminde yer alan diğer bir pozisyon ise, “Aile Sağlığı Elemanı” olmaktır. Ebe, hemşire ve sağlık memurları aile sağlığı pozisyonuna sözleşmeli olarak atanmakta ve hekimin astı konumunda çalışmaktadırlar. Bu hekimin işveren veya patron olarak aile sağlığı elemanlarına iş vermesi durumu kuşkusuz eleştiriye açıktır (Hamzaoğlu ve Yavuz, 2006). Çünkü sağlık ocaklarında hemşire, ebe, sağlık memuru, tıbbi sekreter ekip halinde çalışırken de hekimin işbölümü ve hiyerarşide üst olma konumu vardı ve fakat tüm çalışanlar memur olarak iş güvencesine sahip idiler. İşte hekimin ve sağlık elemanlarının hepsinin sözleşmeli çalışması sağlığın piyasalaşması yani sağlık hizmetlerinin piyasada alınıp satılmasıdır. Bu durum hekimler ve diğer personel ne kadar idealist olurlarsa olsunlar kendi çıkarlarını korumak için hastalara insan yerine müşteri olarak bakmak ve geleceklerini riske atmamak için çeşitli mekanizmalara ister istemez başvurmak demektir.

Öte yandan, halk sağlığı ve aile hekimlik uzmanlık alanları arasında rekabet olması da eleştiriye açıktır. Çünkü birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerinde de ikinci basamak tedavi hizmetlerinde olduğu gibi uzmanlıklar arası rekabetin hizmette verimliliği düşürme riski bulunmaktadır (Aydın, 2007). Sonuç olarak devletin sağlık hizmetlerini kamusal bir sorumluluk olarak gördüğü sağlık ocağı sisteminden aile hekimliğine geçiş, aslında piyasa mantığı ile yeni bir sağlık hizmet örgütlenmesidir. Hizmetler hemen hemen aynı kalırken hizmet verilmiş biçimi özelleştirilerek değiştirilmiş olmaktadır.

## **TOPLAM KALİTE UYGULAMALARI**

2000’li yıllar Türkiye’de sağlık alanında sağlığın piyasalaşmasının ve hastaların müşteri olarak görülmesinin önemli işaretlerinin yaşandığı yıllar olarak tarihe geçmiştir. Bunlardan biri de hastaneleri işletme, hastaları da müşteri olarak gören zihniyetin hasta memnuniyetini ölçmesidir. Bu amaçla sağlık Bakanlığı 2001 yılında “Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi” çıkarmıştır (Dinçer,2005). Sağlık kuruluşlarının gelir-gider dengeleri bir işletme gibi izlenmeye başlanırken teşhis ve tedaviden çok görünüşteki kolaylıklar örneğin telefonla randevu gibi uygulamalar başlatılmıştır. Hızlı hizmete erişim ise, sağlık hizmetine talebi ikiden dörde çıkararak yüzde yüz arttırırken, aynı derecede iyileştirilmeyen alt yapı ve yetersiz hekim sayısı yüzünden bazı kuruluşlarda başta şiddet olmak üzere istenmeyen olayların yaşanmasına yol açmıştır. Sağlıkta “Performans Sistemi” (PS) olarak kısaca anılan uygulamalar çok boyutlu etkileri nedeniyle sosyolojik açıdan son derece önemlidir.

Sağlık Bakanlığı hastanelerde hizmet kalitesini ölçebilmek için bazı çalışmalar sonucunda, 2005 yılında “Hizmet Kalite Standartları Ölçeği” geliştirmiş ve 2009 yılından itibaren kamu hastaneleri hizmet kalite standartları açısından yılda iki kez değerlendirmeye alınmıştır.

Konumuz açısından önemli dönüm noktası 2007 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan “Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi” ve bu değerlendirmelerde esas alınan dört katsayıdır (Ulutaş,2011):

- a) **Muayeneye Erişim Katsayısı:** Bu katsayı, kurumlarda poliklinik hizmetlerinde aktif olarak kullanılan ve her hekim için ayrı döşenen oda sayısı ile aktif olarak kullanılan dış ünite sayısı

toplamının hekim sayısına bölünmesi ile hesaplanır. Bundan amaç 2004 yılından itibaren uygulamaya konulan hastaların rekabet ortamında serbestçe hekim seçmelerinin ortamını hazırlamaktır.

- b) Kurum Alt-yapı ve Süreç Değerlendirme Ölçütleri Katsayısı:** Burada amaç hastanelerin alt yapılarını iyileştirmektir. Bu amaçla hastanenin bulunduğu ilin performans koordinatörlüğü tarafından her yıl “Değerlendirme Formu” doldurulur. İl çapındaki değerlendirmelerde kurumun aldığı puan onun alt-yapı açısından konumunu gösterir. Uluslararası bir standart olan JCI temelinde, kuruluşun, danışma ve hasta bekleme bölümleri, laboratuvar tetkik süreçleri değerlendirilmektedir. Ancak teşhis ve tedavi süreçlerinden memnuniyeti belirlerken bu alt yapı değerlendirmelerinin göz önüne alınmaması eleştiri konusudur. Hasta memnuniyetini belirleyici güce sahip olmasına rağmen performans değerlendirmelerinde göz önünde bulundurulmaması yine belirli bir mantığın, piyasa işleyiş mekanizmalarının gereğidir. Çünkü alt-yapının iyileştirilmesinin maliyeti çok yüksek iken, personelin cezalandırılması veya ödüllendirilmesi çok daha kolaydır.
- c) Kurum Verimlilik Katsayısı:** Bu katsayı temelde yatakların doluluk oranı ve hastaların ortalama yatma gün sayısı ile belirlenmektedir.
- d) Hasta ve Hasta Yakınları Memnuniyet Anket Katsayısı:** Sosyologların da katkılarıyla hazırlanan ve 2007’den bu yana uygulanan, memnuniyet anketinde hekim muayenesi, diğer sağlık görevlilerin ilgisi, polikliniklerdeki muayeneler, teşhis ve tedavi hakkında bilgilendirme ve son olarak genel memnuniyet değerlendirmesi ve cinsiyet, yaş, eğitim, meslek gibi demografik sorular yer almaktadır.

Aşağıda hekim muayenesinden memnuniyeti ölçmek için hazırlanan soruları yer almaktadır. Bu soruların daha çok zaman/süre ve iletişim odaklı olduğu anlaşılmaktadır. Daha az bekleyerek daha fazla hekimle birlikte olmak çok yüksek puanlarla değerlendirilmektedir. Ancak her sağlık kuruluşunda aynı performansın gösterilmesini mümkün görünmemektedir. Örneğin bir mesai gününde 140 hasta bakan

bir poliklinikteki hekimin hastalarla iletişim kurmaya ne vakti ne de gücü kalmadığı yapılan araştırmalarla ortaya konmuştur (Kasapoğlu, 2015).

- a) Hastaneye geldikten sonra muayene olmak için bürokratik işlemlere (hasta kabul ve kayıt) harcadığınız toplam süre ne kadardı?
- b) Hekimin sizi muayene süresi ne kadardı?
- c) Hekim şikâyetlerinizi dinleyip, hastalığınızla ilgili sorularınıza anlayacağınız şekilde cevap verdi mi?
- d) Aynı rahatsızlıktan dolayı başka bir hekime muayene olmayı düşünür müsünüz?
- e) Hekimler ve hemşireler size karşı için yeterince ilgili ve nazik miydi?

Tarihsel açıdan bakıldığında hasta hakları ile ilgili düzenlemelerin daha eski tarihlere kadar gittiği görülmektedir. Nitekim Sağlık Bakanlığı 1998 yılında “Hasta Hakları Yönetmeliği” çıkarmıştır. Bu yönetmelik maddeleri 2003’de “Sağlık tesislerinde Hasta Hakları ve Uygulamalarına İlişkin Yönerge” ile yenilenmiştir. Bu yeni yönergenin getirdiği en önemli katkı sağlık kuruluşlarında “Hasta Hakları Birimleri ve Kurullarının” oluşturulmasıdır. Bu yaklaşımın sosyolojik açıdan önemi, örgüt odaklı hizmet sunumunda “hasta odaklı” ya da hasta merkezli hizmete doğru bir dönüşümü hedeflemesidir (Tengilimioğlu v.d. 2010). Ancak bu durum yani hasta yönelimli yaklaşım da hastanın bir müşteri gibi görülerek, kar ve piyasa koşullarında hizmetin fiyatlandırılmasına aracılık etme amaçlı olduğu için eleştirilmelidir (Ulutaş,2011).

Öte yandan sermaye birikim rejiminin esnek olmasına bağlı olarak hekim dışındaki sağlık personelinin de sözleşmeli ve esnek istihdamı söz konusudur. Ancak onların durumu hak ihlaline daha fazla uğradıkları için daha da vahimdir. Çünkü başlangıçta yemek, temizlik ve güvenlik hizmetlerinde taşeronlaşma söz konusu iken daha sonra hastane temizlik ihalelerine hemşireler ve teknisyenler de dâhil edilmiştir. Üniversite hastanelerinde bile hemşireler, radyoloji ve laboratuvar teknisyenleri, hasta

bakıcılar taşeron işçi olarak istihdam edilmeye başlamıştır. Sertlek (2008) tarafından yapılan bir inceleme kadrolu ve kadrosuz yani taşeron işçi olarak çalışanlar arasında farklı statülerde ve dolayısıyla haklardan kaynaklı çatışma olduğu, kadroluların taşeron işçilerden her zaman daha iyi koşullarda olduğu ortaya konmuştur. Örneğin kadrolular en fazla haftada 40 saat çalışırken taşeron yani sözleşmeli geçici işçiler 45 saat çalışmaktadır. Bu durumun sağlık çalışanları arasında “parçalanma” yarattığı önemli tespitler arasındadır. Nitekim bu düzen iş barışını bozmakta, aralarında dayanışmayan işçiler birbirlerini suçlamaktadır (Acar,2010). 2004 yılında “Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetleri Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usuller” hakkında kanun, bedeli döner sermayeden ödenerek sağlık hizmeti satın alınmasına olanak tanımıştır.

Bu kanun Türk Tabipler Birliği tarafından Danıştay’a yürütmenin durdurulması amacıyla dava edilmiştir. Daha sonra Danıştay’ın Anayasaya aykırılık olduğu için konuyu Anayasa Mahkemesine götürmesine rağmen, yüksek mahkeme sağlık hizmetlerinin sadece memurlar tarafından görülmesi zorunlu bir hizmet olmadığı ve özel hukuk sözleşmesiyle üçüncü kişiler yaptırılabilceği kararı verdiği için halen yürürlüktedir. Temmuz 2015’deki dersanelerin kapatılmasını reddeden kararında olduğu gibi Anayasa Mahkemesi sağlığı da tıpkı eğitim gibi, özel sektörün kazanç, rekabet ve büyüme dinamiklerinden yarar sağlayacak türde hizmetlerden saymıştır.

Toplam Kalite ve dolayısıyla performans sisteminin çok yönlü etkilerinden biri de ücretler üzerinde oynadığı roldür. Aslında 1989’dan itibaren tedavi kuruluşlarının döner sermaye kazançlarının %50 sinin çalışanlara ek ücret olarak dağıtılması söz konusudur. Ancak 2003 yılında 10 hastanede pilot olarak başlayan ve 2004’de ülkeye yaygınlaşan uygulamanın getirdiği yenilik birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlara da ek ücret ödenmesidir. Sağlık Bakanlığı çeşitli cetveller aracılığıyla tüm hizmetleri puanlayarak fiyatlandırmıştır. Örneğin acil ve normal poliklinik muayene ücreti 21 puan; apse (iltihap) drenajı (akıtma) işlemi 150 puandır. Buna karşılık serum takılması (IV, IM enjeksiyonları) sıfır puandır. Tüm bu puanlamaların çeşitli açılardan yorumlanması mümkündür.

- a) **Gerekli olmayan işlemlerin yapılması:** Uygulayıcılar yüksek puanlı işlemleri tercih ederek bireysel ve toplam performansı yükseltmek eğilimine girebilirler. Örneğin SSK ve Devlet Hastanelerinde 2002’de 600.000 den daha az ameliyat yapılırken bu sayı 2008 de bir buçuk milyona ulaşmıştır (S.B., 2008).
- b) **Hizmet kalitesini düşmesi:** Performans değerlendirmede hastanede yatma gün sayısı maliyeti etkilediğinden, hastalar daha az süre ile yatırılmaya başlanmıştır. Diğer bir ifade ile “hasta devri” de denilen, daha çok kişiye hizmet vermek için, yatma gün sayısı Türkiye genlinde 2003’de dört iken 2013’de ikiye gerilemiştir (S.B., 2014).
- c) **İş barışını bozma:** Serum takma, mayi enjeksiyonunun sıfır puan olması ve hekim dışındaki personel tarafından verilen bu hizmetlerin performans ve dolayısıyla ücretlendirmede göz ardı edilmesidir. Bu durum hekim ve hekim dışı personelin bir ekip halinde sunduğu hizmette iş barışına önemli tehdittir.
- d) **Kurum içi ve kurumsal arası rekabetin etkileri:** TTB Etik Kurulu tarafından 2009 yılında yapılan bir araştırmaya katılanlara göre, rekabetin hem çalışanlar arasında (%81.1) hem de klinikler arasında (%69.3)eskiye göre çok artmasına karşın mesleki dayanışma oldukça azalmıştır (%56.1). TTB araştırması aynı zamanda katılımcıların %96 gibi çok yüksek bir oranda performansa dayalı ücretlendirme sisteminin dürüst çalışmayı azalttığı yönünde görüş belirttiğini ortaya koyarak, sağlık gibi insanı doğrudan ilgilendiren bir alanda etik ihlallerinin yaşandığını gözler önüne sermiş bulunmaktadır. Ulutaş (2011) tarafından bu uygulamaların hastane yöneticilerini karlarını en yüksek düzeye çıkartmaya çalışan işletmecilere dönüştürdüğü saptaması ile birlikte düşünüldüğünde, sağlığın kapitalist serbest piyasa mantığının acımasız çarklarına teslim edilmesi sürecine Türkiye’nin de uluslararası baskılar ve buna boyun eğen iktidarların politikalarıyla girdiğini bize göstermektedir. Navarro’nun (1976) bu süreci Güney Amerika’da bundan 40 yıl önce “Sağlığın Gaspi” olarak adlandırdığını ve küreselleşmenin



etkisiyle bu uygulamaların tüm ülkelere yayıldığını hatırlamakta yarar vardır (Kasapoğlu,1999;2001).

Aslında performans sisteminin çalışanlar arasında bir tür denetim mekanizması olarak işlev gördüğünü söylemek mümkündür. Çünkü klinik şeflerinin ücretleri keniğin genel ortalama puanından etkilenmektedir. Bu durumda şeflerin klinikte daha fazla işlem yapılarak puanın yükseltilmesi için diğer hekimlere baskı yapması kaçınılmaz olabilmektedir. Ancak tüm olumsuz yanlarına rağmen performansa dayalı ücretlendirme yönetici ve yönetici olmayan tüm hekimlerin ücretlerinde önemli artışlar sağlamıştır. Bu yüzden bazı hekimlerin bireysel ekonomik çıkarları doğrultusunda performans sistemine destek çıktıkları gözlenmiştir (Zencir, 2009).Öte yandan performansa dayalı ücretlendirmenin hekim dışı sağlık personeline yansımadaki adaletsizlikler onları rahatsız etmektedir. Weber’in (1947) terminolojisi ile ifade etmek gerekirse, burada hekimlerin sisteme entegrasyonunda büyük ölçüde onayları alınırken ve uygulanan güç meşrulaşırken (legitimate power); hekim dışı personel için artık zorlama (force) söz konusudur. Çünkü hekimlerin daha fazla ücret almalarına yol açan işlem sayısında doğrudan artış sağlayan yardımcı sağlık personelinin rızasına başvurulmamaktadır.

### **Sağlıkta Dönüşümün Hekimlik Mesleğine Etkileri**

Ekonomik ücret iyileşmesi dışında sağlıktaki dönüşümün hekimler üzerinde sosyolojik açıdan önemli etkileri söz konusudur (Bkz. Şekil 1). Bunların başında aşırı uzmanlaşma ve buna bağlı olarak vasıfsızlaşma, işçileşme/proleterleşme, bürokratikleşme ve ileri teknoloji gelmektedir (Ulutaş 2011).

#### **Aşırı uzmanlaşma:**

Sosyolojinin kurucularından biri olarak Durkheim’in (1928) modern toplumda işbölümü ve uzmanlaşmanın dayanışma yarattığı düşüncesi uzmanlaşmaya olumlu bakılmasının gerekçelerinden biri olmuştur. Ancak aşırı uzmanlaşmanın metaforik anlatımla orman yerine ağaçlarla ilgilenmenin o bilim dalı veya mesleği güçsüzleştirdiği tartışmalarıyla birlikte eleştirilmeye de başlamıştır.

1900’lerin başında Amerika’da “Bilimsel Yöneticilik” anlayışı ile sanayide üretim artışı sağlamak üzere F. Taylor’un (1911;1947) geliştirdiği bir sistem, Ford araba fabrikalarında iş/görev en küçük parçalarına

kadar bölündükten sonra işçilere öğretilmek suretiyle uygulanmıştır. Taylorizm olarak literatüre geçen, Fordizm olarak da anılan bu yönetim anlayışı,1930’ ların Büyük Ekonomik Buhranından çıkmayı sağlayan üretim artışını Amerikan sanayisinde sağlamıştır. Moore’a göre (1945) Elton Mayo ve arkadaşlarının geliştirdiği İnsan İlişkileri okulu, çalışanlara odaklı ve daha insani görülerek tercih edilmeye başlamıştır. Çünkü Bilimsel Yönetim, başlangıçta üretimin artmasına yol açmasına rağmen daha sonra çalışanların, ürettikleri malın planlanmasından üretimine kadar tüm süreçte söz sahibi olamamalarının yol açtığı başta yabancılaşma olmak üzere önemli sorunlara ve en önemlisi uzun vadede verim düşüklüğüne yol açmıştır. Bu yüzden uzmanlaşma konusunun sağlıkta ilk nasıl ve hangi gerekçelerle başladığına bakmak gerekmektedir.

Tıpta uzmanlaşmaya yol açan faktörler olarak şunlar sayılabilir (Rosen,1944;Ulutaş,2011):

- a) **Patolojik anatomiye geçiş:** Tıp tarihçilerine göre, bilime destek anlamında toplumsal değerlerde değişmeye paralel olarak kadavralar üzerinde çalışma imkânı, önceki hastalık nedenleri hakkındaki düşüncelerin değişmesine yol açmıştır. Örneğin hastalık kaynakları olarak “vücut sıvıları”nın görülmesi yerine artık “organlardaki bozulmalar”, kadavra incelemeleri sonucunda daha önem kazanmıştır. Bilindiği üzere daha önce ölü bedenler üzerinde çalışmak Osmanlı döneminde olduğu gibi Batı’da da toplumsal değerlerle bağdaşmayan, halktan tepki alan uygulamalardır. Bilimsel çalışmalar ilerleyip, toplumlar daha liberalleştikçe anatomi dersleri de daha büyük ölçüde maketler yerine hakiki organlar üzerinde yapılmaya başlanmıştır. Ancak unutmamak gerekir ki, sağlıkta metalaşma ve piyasalaşma ile bağlantılı olarak tıpta uzmanlaşmanın belirleyici nedeni patolojik anatomiye geçiş değildir. Bu şekilde düşünmek sınırlı/yetersiz ve hatta yanlış olacağından “sağlığın ekonomi-politiği” ile tıptaki gelişmeleri birlikte düşünmek gereklidir. Aslında insanı bir bütün olarak görmek yerine onun tek tek organlarına yoğunlaşan ve insan bedenini “makine modeli” çerçevesinde ele alan yaklaşım sağlığın endüstrileşmesinin temel göstergesidir (Kasapoğlu,2001).

- b) Tıbbi teknolojilerin ortaya çıkması:** İleri teknolojilerin her alanda olduğu gibi sağlık alanında çok geniş biçimde uygulanması daha ayrıntılı organ incelemelerini mümkün kılınca kaçınılmaz olarak bazı yeni uzmanlık alanları ortaya çıkmıştır. Örneğin eskiden tek bir radyoloji alanı varken, MR (Manyetik Rezonans) ve Tomografi cihazları gelişince bunlarla ilgili ayrı ayrı uzmanlık alan ve klinikleri oluşmuştur. Öte yandan özel sağlık kuruluşlarının da bu ileri teknolojilere yatırım yaparak göz ve kalp alanında en çok rastlandığı üzere uzmanlık hastaneleri açtıkları gözlenmektedir. Tek bir organ üzerinde sürekli benzer işlemlerin yapılması hem maliyeti düşürmekte hem de tecrübeyi arttırarak başarıyı beraberinde getirmektedir. Özellikle göz hastaneleri ve kalp merkezleri tekelleşerek zincirler halinde tüm illerde hizmet pazarlamaktadırlar. Bu durum sağlığın karlı bir yatırım alanı olmasının da göstergesidir.
- c) Kentleşme:** Durkheim’in (1928) belirttiği gibi hızlı nüfus artışı ya da nüfus yoğunluğu iş bölümü ve uzmanlaşmayı arttırır. Konumuz açısından da kentler nüfusun yoğun olduğu yerleşim alanlarıdır. Yoğun nüfus kuşkusuz daha fazla hizmet talep edecek ve bunun karşılanması için yeni tip örgütlenmeye ihtiyaç duyulacaktır. Diğer bir ifade ile artan nüfus daha fazla hekimin kent merkezlerinde çalışması ve aralarında iş bölümü yaparak daha etkin hizmet sunmasına yol açmıştır.

Sağlık alanında uzmanlaşmanın özellikle hekimler açısından iki yönlü etkisinden söz etmek mümkündür. Uzman olmaları onlara statü ve gelir artışı sağlarken öte yandan diğer uzman ve sağlık çalışanlarına bağımlı hale getirmektedir. Çünkü önceki mit/efsane halindeki vazgeçilmez olarak algılanan güçleri, bütüncül tıp anlayışının yıkılarak parçalar üzerinde uzmanlaşma ile erozyona uğramıştır (Kasapoğlu,1999;2001). Günümüzde özellikle üniversite hastanelerinde ortopedi ve diş hekimliği alanları başta olmak üzere birçok alanda aşırı uzmanlaşma söz konusudur. Ortopedi içinde el ve bilek uzmanlıkları birbirinden ayrılmıştır. Aynı şekilde diş eti bakımı, kanal, dolgu, protez, röntgen bölümleri uzmanlaşarak farklı kliniklerde hizmet verirken, özel muayenehanesi olan bir diş hekimi tüm tedavileri yaparak veya gerektiğinde uzman getirterek çok daha fazla ücret talep edebilmektedir.

Aslında genel olarak bakıldığında uzmanlaşma bir hekimi vazgeçilmez ve biricik yaparken ve gelirlerini arttırırken, hasta yerine hastalık üzerinde uzmanlaşmalarının bir sonucu olarak genel bilgi ve beceri düzeyleri azalmaktadır. Onlar artık yakın alandaki diğer uzman hekimler ve diğer teknolojik destek sağlayan sağlık çalışanlarına bağımlıdırlar. Ayrıca psikolog ve psikiyatrist; fizik tedavi hekimi ve fizyoterapist olarak uzmanlaşan meslekler arası rekabetten de söz etmek mümkündür. Bu aşırı bölünmenin parçalanmaya yol açarak dayanışma yerine çatışma ile sonuçlandığı söylenebilir.

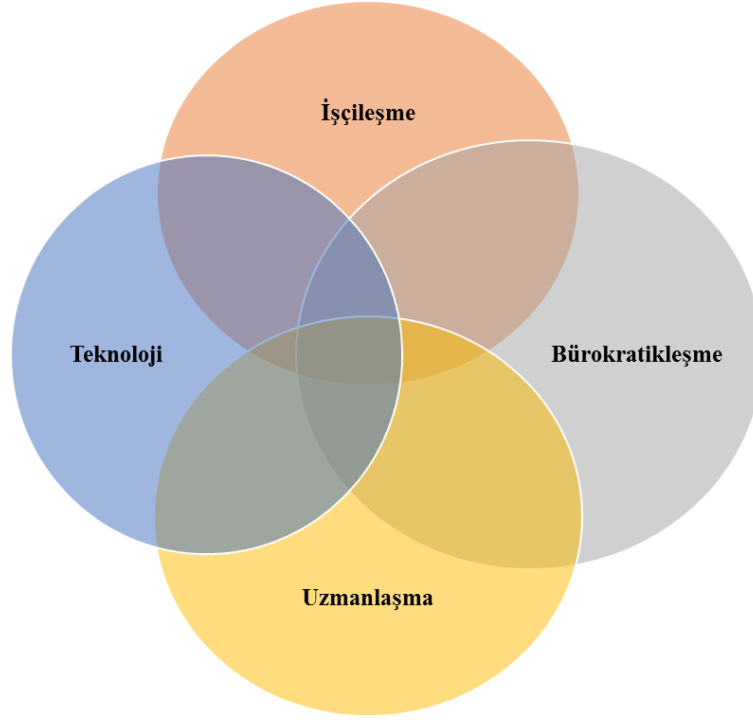
### **Statü değişimi olarak işçileşme:**

Eskinin saygın ve güçlü mesleği olan hekimlikte neo-liberal politikalar sonucunda ortaya çıkan bazı önemli statü değişikliklerinden söz etmek mümkündür (Soyer,2009). Bunların en önemli göstergeleri şunlardır:

- a) **Kamu çalışanı oranında artış:** Hekimlerin sınıfsal dönüşüme uğradığı konusunda çok kapsamlı araştırmalar bulunmamakla birlikte hekimlerin büyük çoğunluğunun kamu hastanelerinde ücretli çalışmaya başlaması önemli ipuçları vermektedir. Nitekim Sağlık Bakanlığı verilerine göre, 2002’de kamuda çalışan hekimlerin %89’u yarı zamanlı çalışarak hem devlet güvencesi hem de özel muayenehane geliri elde ederken; 2004 yılında Sağlıkta Performans yasası çıkarıldıktan sonra oranlar tamamen tersine dönmüş ve kamuda tam zamanlı çalışan hekim sayısı %92 olmuştur. Uzman hekimlerin önceki ve şimdiki statülerinde kazançları açısından fazla bir fark olmadığı, sadece muayenehane ve buradaki özel mülkiyetlerinde olan sağlık makine ve teçhizatlarından vazgeçmeleri, dolayısıyla hem kamu hem de özel sektördeki serbest çalışan statüsünü kaybettikleri söylenebilir.
- b) **Uzman ve pratisyen hekim olma:** Belek (2003) tarafından tartışmaya açılan önemli konu hekimler arasında gelir farklarının olması ve pratisyen hekimlerin uzman hekimlerden çok daha fazla gelir kaybına uğramalarıdır. Çünkü gerek kamuda gerekse özel sektörde en düşük ücret alanlar pratisyen hekimlerdir. Ayrıca bu durum onların sendikalı olma oranlarındaki farktan da anlaşılmaktadır. Etiler ve Urhan (2008) uzman hekimlerde sendikalı olan oranı daha düşük

(%16) iken pratisyenlerde iki kata yakın daha fazla olduğunu ortaya koymuştur (%26). Ulutaş (2011) tarafından önemle altı çizildiği üzere hekimler arasında ücret başta olmak üzere özerklik ve denetim gücü açısından bölünme dolayısıyla bir parçalanma söz konusudur. Eskinin bağımsız, güçlü ve ayrıcalıklı hekim mesleği artık dönüşüme uğramaktadır. Batı’da çok daha eski yıllardan hatta 1970’lerden başlayarak bürokratik ve teknolojik denetimlerle güçsüzleştirilen hekimlerin işçileşme ve profesyonellik kaybı süreci Türkiye’de de başlamıştır. Onların savunmasız ve çaresiz yüksek düzeyde şiddete uğramaları da eski güçlerinin aşınmış olduğunun işaretleri olarak yorumlanabilir. İşveren konumundaki sağlık işletmecileri sağlık hizmetlerini çok büyük kuruluşlarda adeta fabrika zihniyeti ile sürekli sunarak hekimler başta olmak üzere birçok mesleğin de saygınlığının, güç ve otoritesinin aşınmasına yol açmaktadır. Aslında sosyolog G.Ritzer (1993) Mc-Donaldlaşma olarak adlandırdığı süreçteki gelişmelerin Alış –Veriş Merkezleri (AVM) gibi sağlık hizmeti pazarlayan tüm kar amaçlı büyük işletmeler için de söz konusu olduğunu ve küreselleşme sonucu tüm dünyaya yayıldığını belirtmektedir. Amaç Weber’in deyişiyle kapitalizmin, “Büyüsü bozulan Dünyayı” yeniden büyük göstererek insanları etkilemesi ve aslında tüketime teşvikidir.

- c) **Örgütsel Bürokratik Yönetimde Güç Kaybı:** Üniversitelerin işletmeye rektörlerin işadamaına dönüştüğü günümüzde, hekimler de artık çok geniş ölçekli işletmeler haline gelen sağlık örgütlerinde uzman yöneticilerin astı konumundadırlar. Eskinin başhekiminin tartışılmaz otoritesi bugün artık söz konusu değildir. Artık onlar da yetkilerini hastane yöneticisiyle paylaşmak zorunda kalan ve bir yandan işletmenin karını kollarken bir yandan da kendi çıkarını düşünen sıradan emekçilere dönüşmüştür.



Şekil 1. Hekim mesleğinde dönüşümün göstergeleri

## SAĞLIKTA DÖNÜŞÜMÜN İSTATİKSEL GÖSTERGELERİ

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2002 ile 2013 arasında gerçekleşen farkları 2014 yılında internet sitesinden yayınlamış bulunmaktadır. Bunlar sırasıyla şunlardır:

### Sağlık personeli sayısı:

Rakamlar kamu ve özel sektör birlikte Türkiye açısında incelendiğinde en büyük artışın uzman hekim sayısında olduğunu göstermektedir. Çünkü Uzman hekim sayısı 2002’de 45.457 iken bu sayı 2013’de 738.762’ ya ulaşmıştır. Bu durum sağlıkta dönüşümün uzman hekimlerle sağlanması hedefine adım adım yaklaşıldığının önemli bir kanıtıdır. Çünkü pratisyen hekim sayısındaki artış sadece 8000’dir. 2002’de 30.900 olan pratisyen hekim sayısı 38.500’e yükselmiştir. Toplam hekim sayısı açısından artış ise oldukça fazladır. Türkiye’de 2002’de 91.949 olan hekim sayısı 2013 itibariyle 133.775’dir.

Hekim dışındaki personel sayısı da 2002’de 378.551 iken 735.159’a ulaşmıştır. Hemşire sayısındaki artış yüzde yüze yakındır. 2002’de 72.393 iken 2013 de 139.544 olmuştur. Rakamlar hekim sayısı ile hemşire sayısının eşitlendiğini göstermektedir. Ayrıca sistemdeki en önemli farklılığın diğer personel

ve hizmet alımı olarak (2002’de 83.964 iken 2013’de 224.618’e yükselme) tablolara yansıdığı söylenebilir. Bu fark ileri teknoloji kullanımı sonucu çok sayıda sağlık alanında diğer personelin/ teknisyenin sözleşmeli olarak istihdam edildiğini göstermektedir.

Sağlık personelinin sektörlere göre dağılımı incelendiğinde ise, gerek hekimler gerekse hekim dışı sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğunun SB tarafından istihdam edildiği anlaşılmaktadır. Örneğin toplam 73.000 uzman doktorun 35.081’i; toplam 38.000 pratisyen hekimin 36.000’i SB personelidir. Bekleneceği üzere dış hekimi ve eczacılar arasında serbest çalışanlar en fazladır. Nitekim kamuda çalışan dış hekimi 7.997 iken özel sektörde 13.151’dir. Aynı şekilde kamuda çalışan eczacı sayısı sadece 2067 iken özel çalışan 24.589’dur.

### **Hekim başına düşen insan sayısı:**

Türkiye’de ortalama her 100.000 kişiye düşen hekim sayısı 2014 itibariyle 174 olup, Dünya ortalaması olan 141’in oldukça üzerindedir. Buna karşılık Avrupa Birliği standartlarına göre ise çok düşüktür. Çünkü AB ‘de bu sayı 325’tir. Türkiye’nin kendi içinde de hekim dağılımı dengeli değildir. En yüksek hekim sayısı Batı Anadolu’da olup, 2002’de 228 iken 2014’de 278 yükselmiştir. Bekleneceği üzere Güneydoğu Anadolu’da en düşük sayılar görece bir artışa rağmen söz konusudur. Çünkü 2002’de 68 iken 2014’de 124 olmasına rağmen Türkiye ortalaması olan 174’ün hayli altındadır.

Hekimler uzman olup olmamalarına göre karşılaştırıldığında ise yine bölgeler arası dengesizlikler söz konusudur. Batı Anadolu ve özellikle İstanbul’da uzman hekim oranı en fazla (%60.9) Kuzeydoğu Anadolu’da (%47.1) en azdır. Pratisyen hekimler de ise düşük oranlarda da olsalar diğerlerine göre Kuzeydoğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde daha fazla çalışmaktadırlar.

### **Hemşire ve ebe başına düşen insan sayısı:**

Türkiye’de ortalama her 100.000 kişiye düşen hemşire ve ebe sayısı 2014 itibariyle 252 olup, Dünya ortalaması olan 292’nin altındadır. Ayrıca Avrupa Birliği standartlarına göre de çok düşüktür. Çünkü AB’de bu sayı 836’dır. Türkiye’nin kendi içinde de hemşire ve ebe dağılımı dengeli değildir. En yüksek sayı Doğu Karadeniz’de olup, 2002’de 241 iken 2014’te 343’e yükselmiştir. Bekleneceği üzere

Güneydoğu Anadolu’da en düşük sayılar görece bir artışa rağmen söz konusudur. Çünkü 2002’de 108 iken 2014’de 189 olmasına rağmen Türkiye ortalaması olan 252’nin hayli altındadır.

### **Yatak Devir Hızı**

Bilindiği üzere sağlık hizmetlerinde performans sistemi hastanede yatan kişi sayısının artmasını başarı ölçümünde esas almaktadır. Buna karşılık kısa dönemde yatak sayısını çok sayıda arttıramadığı için, bunun yerine hastaların hastanelerde geceledikleri gün sayısının azaltılması özendirilmeye başlamıştır. “Yatak Devir Hızı” adlı bir kavram ortaya atılarak istatistikler tutulmaya başlamıştır.

Kamu ve özel sektörler açısından yatak devir hızı incelendiğinde 2002’de 37.1 olan bu hızın her yıl sürekli artarak 2013’de 61.2’ye ulaştığı gözlenmektedir. Bölgeler açısından da farklar olduğu anlaşılmaktadır. Çünkü en yüksek yatak devir hızı Güneydoğu Anadolu (77.7) iken en düşük Doğu ve Batı Karadeniz bölgelerindedir (48.0). Ayrıca Güneydoğu Anadolu’da 2002’de 50.00 olan bu hızın 77.7’ye yükselmiş olması da bu bölgede kısa sürelerle hastanede kalmaya yol açan akut hastalıkların yoğunluğu kadar, sağlık hizmetlerine talepte artış olduğunu da göstermektedir. Ayrıca en düşük olan Karadeniz Bölgesi en çok göç veren dolayısıyla nüfus yoğunluğu düşük bölgemiz iken, Güneydoğu Anadolu hem kırdan kente göçün hem de genel olarak nüfus yoğunluğunun fazla olduğu bölgemizdir.

Yatak devir hızı performans sistemi ile ilgili önemli bir göstergedir. Nitekim kamu hastanelerinde bu fark, “yatak devir aralığı”(gün) temel alındığında Türkiye ortalaması olarak dört günden iki güne düşmüştür. Özel sektör hastanelerindeki düşüş de son derece fazladır ve 6.6’dan 2.1’e düşme olmuştur. Yatak devir aralığı gün olarak bölgeler arasında da farklılıklar göstermektedir. Nitekim Orta Anadolu 6.7 olan gün sayısını 2.7’ye düşürerek en fazla performans göstermiştir. Diğer tüm bölgelerde de görece olarak düşmeler gerçekleşmiştir. Ancak tüm rakamlar Türkiye ortalaması olan iki gün civarındadır. 2002 öncesi gerek devlet gerekse özel hastanelerde hastalar çok daha fazla süre kalarak maliyet artırıcı unsur olurken, 2013’e gelindiğinde artık çok daha kısa hastanelerde kalarak hizmetin maliyetini düşürürken,



hekimlerin performansına olumlu etki yaparak ücretlerini yükseltmektedir demek yanlış olmayacaktır.

### **Yaşam ve ölüm istatistikleri**

Kaba doğum ve ölüm oranları bir ülkenin sağlık profilinin önemli göstergeleridir. Kaba doğum oranı bilindiği üzere bir yılda doğan canlı bebek sayısını yıl ortası nüfusa bölünmesi ve 1000 ile çarpılmasıyla bulunan orandır. Nüfus kuşkusuz göçler yoluyla da artar. Örneğin ekonomik veya güvenlik gerekçeleriyle ülkemizdeki nüfus hareketleri bir hayli fazladır. Ancak doğumlar ile ölümler arasındaki fark bir ülkenin “doğal nüfus artışı” gösterir. Türkiye’de nüfus artış hızı giderek düşmektedir. 2014 yılı itibariyle nüfus artış hızı %13.3’dür. Bu yüzden natalist politikalara dönüş yapılarak çok çocukluk özendirilmeye başlamıştır. Türkiye’nin toplam nüfusu 2014’de ise 77.695.192’dir.

Kaba ölüm hızı veya Latince ölüm anlamına gelen mortalite oranı da yıllık olarak hesaplanan bir istatistik göstergedir. Bir hastalıktan veya genel olarak her 1000 kişi başına düşen ölümlerin oranlanmasıyla bulunan önemli bir istatistiktir. Türkiye’de tüm sektörler açısından hastanelerde kaba ölüm hızı 2013 itibariyle 16.7’dir. Bu hızın 2002’de de aynı olduğu (16.8) değişmemesinden anlaşılmaktadır. Ancak sektörler arasında bazı farklar olduğunu da söylemek gerekmektedir. Örneğin devlet hastanelerinde 2002’den 2013’e önemli düşüşler yaşanırken (32.5’den 25.3’e); üniversite hastanelerinde fazlaca değişmemiş ve sadece 14.8’den 15.7’ye yükselme olmuştur. Buna karşılık özel hastanelerde kaba ölüm hızında önemli bir artış olmuş ve 9.6’dan 14.7’ye yükselmiştir. Bu rakamlardan çıkarılacak sonuçlardan en önemlisi hastane ölümlerinin en fazla gerçekleştiği yerin devlet hastaneleri olmasıdır. Bunun nedeni buralardaki hizmetin kalitesinin düşüklüğünden çok özel hastanelerin ölümcül vakaları kabul etmeyerek kendilerini koruma eğilimleridir. Buna rağmen özel hastanelerdeki ölüm oranlarındaki artış ise son yıllarda özel sektörün sağlığa büyük yatırım yapması sonucu hastane ve dolayısıyla hasta sayılarının artmasıdır. Bunu doğrulayan bir veri özel hastanelerde yatılan toplam gün sayısının 2003’de 1.730.661 iken 2013’de 8.247.245’e yükselmiş olmasıdır.

## **Organ Nakli**

Bilindiği üzere gerek kültürel gerekse teknik engeller yüzünden Türkiye’de organ nakli istenen düzeyde gerçekleşmemektedir. Ancak böbrek ve karaciğer gibi bazı organlarda önemli gelişmelerden söz etmek mümkündür. Örneğin 2002’de 550 olan böbrek nakli 2013’de 2944’de ulaşmıştır. Karaciğer naklinde de 159’dan 1248’e gibi önemli bir artış söz konusudur. Kalp nakilleri de 20’den 63’e çıkmasına rağmen nüfusa ve ihtiyaçlara oranlandığında son derece yetersizdir. Organ bağış kampanyalarının artmasına rağmen hekimlerin bu alanda çekingen olmalarının birçok nedeni bulunmaktadır. Çünkü etik kurullardan izin alma, çalıştıkları hastaneleri ikna etmek kolay değildir.

## **Acil Yardım Hizmetleri**

Türkiye gibi nüfusu 78 milyona varan bir ülkede başta trafik ve iş kazaları olmak üzere acil yardım hizmeti gereksinimi çok yüksektir ve ihtiyaçları karşılayacak alt yapı ne yazık ki yetersizdir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin en büyük kısmı da zaten acil yardım kliniklerinde yaşanmaktadır. Aile Hekimleri dahil tüm hekimler bu yüzde acil nöbetine çağrılılar da gerekli verim alınamamaktadır. Rakamlar incelendiğinde 2002’de 112 Acil Yardım İstasyonu başına düşen vaka sayısı 796 iken 2013’de bu rakam 1769’a yükselmiştir. İstanbul (2292) Doğu Marmara (2064), Akdeniz (2053) bölgeleri en fazla istasyon başına acil yardım vakası düşen yerlerdir. Vakaların artışına paralel olarak 2002 de ambulans başına düşen toplam vaka sayısı 2002’de 620 iken 2013’de 1092’ye yükselmiştir. Ambulans başına düşen vaka sayı açısından da İstanbul 1615 ile ilk sıradadır. Zaten İstatistikler bölgelere verildiği halde ayrıca İstanbul verisinin verilmesinin temel nedeni bu kentin 17 milyonu aşan nüfusuyla artık bir “şehir bölgesi” (city region) olarak literatüre geçen özellikler taşımasındandır.

## **İlaç tüketimi**

Sosyolojik olarak bir ülkenin önemli sağlık göstergelerinden biri de ilaç tüketimidir. Kuşkusuz bunun nasıl tüketildiği de çok önemlidir. Ancak elimizde böylesine ayrıntılı bilgiler bulunmamaktadır. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu istatistiklerine göre Türkiye’de en çok mide rahatsızlıkları ilaçları tüketilmiştir. 2007’den bu yana tutulan istatistiklere göre 2007’de 221 milyon kutu mide ilacı tüketilirken 2013’de bu rakam 280.6 milyon kutuya yükselmiştir. Ayrıca tüketilen ilaçların orijinal veya

jenerik olması oranı 2007’den bu yana fazla değişmemiştir ve tüketilen ilaçların sadece %44’ü orijinal iken, diğer kısmı jeneriktir. Öte yandan ilaç harcamalarının daha çok orijinal ilaçları kapsadığı (%60.3) belirtilmelidir. Aynı şekilde yerli ilaçların tüketiminin daha fazla olmasına rağmen (%77), harcamalarda ithal ilaçlara ödenen miktarın daha fazla olduğu (%52.4) görülmektedir. Buradan Türkiye’de üretilmedikleri için daha az tüketilmelerine rağmen (%33) ithal ilaçların yerli ilaç kadar maliyet getirdiği anlaşılmaktadır. Sosyolojik açıdan ithal ilaç oranı dışa bağımlılık göstergesi olarak önemlidir.

### **Sağlık Hizmetlerinden Genel Memnuniyet**

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yayınlanan memnuniyet anketi sonuçları 2003’den 2013’e memnun oranında %39.5’den 74.7’ye bir artış olduğunu ortaya koymaktadır. Buradaki esas değişim daha önce orta diyenlerin %40’lardan %10’lara düşmesidir. Memnun olmayanlar da yıllar itibariyle %21’den %14.7’ye gerilemiştir. Gerek sağlık hizmetlerinde politika değişikliği yapılması gerekse yeşil kart ve aile hekimliği gibi uygulamalar nüfusun sağlık konusunda olumlu algılar sahip olmasına yol açmış ve bu durum mevcut iktidarın oylarına da yansımıştır.

Sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranlarındaki artış Avrupa Birliği ülkeleriyle karşılaştırıldığında olumlu yöndedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre Türkiye’de sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı 2002’de %40 iken 2013’de %75’e yükselmiştir. Aynı zaman aralığında Avrupa ülkelerinde ise sadece yüzde birlik bir artışla %62’den %63’e yükselmiştir. Kuşkusuz gelişmiş sanayi ülkelerinin çoğunluğunu oluşturduğu Avrupa Birliği, sağlık standartları açısından Türkiye’nin ancak son yıllarda yakaladığı iyileşmeyi çok uzun yıllar önce gerçekleştirmiş ve halen sürdürmektedir.

## SONUÇ

Sağlıkta Dönüşümün tüm eleştirilere rağmen, hastane, hasta yatağı sayısı, yoğun bakım üniteleri ve acil hizmetler dâhil hastanelerin teknik alt yapı kapasitesine olan katkısından söz etmek gerekmektedir. Ancak alt yapı gelişmesinin bir ölçüde sağlanmış olmasına rağmen başta hekim olmak üzer sağlık personeli sayısının, sağlık kuruluşuna yaratılan talep oranında artmamış olması, sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşmesi ve dolayısıyla artan şiddet sorunlarını birlikte getirmiştir. Alt yapı iyileşmeleri yetersiz kalmış, halkın eşit, ücretsiz ve fakat yüksek kalitede hizmet talebi karşılanamamıştır (Kasapoglu,2015).

Sonuç olarak sağlıkta dönüşüm ile sağlık alanının üç temel alanında önemli değişimler olmuştur (Ulutaş, 2011):

- a) Sağlık hizmet üretim süreci yeniden örgütlenmiştir.
- b) Sağlık personelinin istihdam süreci dönüştürülmüştür.
- c) Sağlık finansmanı yeniden yapılandırılmıştır.

“Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü” olarak da adlandırılan süreci anlayabilmek için genel olarak dünyadaki ekonomik süreçler ve bunlardaki dönüşümü de bilmek gerekmektedir. Çünkü küreselleşme sonucu gelişmiş sanayi toplumlarındaki ekonomik sermaye birikim rejimleri artık eskisi gibi değildir. Başlıca sermaye birikim rejimleri tarihsel olarak şunlardır: a) Serbest rekabet (1840-1922); b) Yaygın /extensive (1923-1958); c) Yoğun/intensive (1959-1980) d) Esnek /flexible (1980 sonrası).

1980 sonrası yeni sermaye birikim rejiminin temel özellikleri sanayisizleşme ve özelleştirmedir. Neo-liberal politikalarla Güneydoğu Avrupa Modeli uygulanırken temel ilke özellikle sağlık alanında hizmet sunumu ile bunun finansmanının birbirinden ayrılmasıdır. İkinci temel özellik ise merkez-dışı (adem-i merkezîyetçi) yönetime geçilmesidir. Türkiye’de de 1990 lardan itibaren toplanan I. ve II. Sağlık Kongreleriyle bu yeni sermaye birikim rejiminin ayak sesleri gelmeye başlamıştır. Örneğin SGK, bu bağlamda sosyal boyutu yok edilmiş ekonomik bir sigorta kuruluşu olarak örgütlenmiştir. Hastaneler de artık kar amaçlı işletmelere dönüşmüştür. Tek hedefleri çok sayıda işlem yaparak bunu sigortadan tahsil

etmek olmuştur. Kuşkusuz bunlar bazı ilkelere SUT (Sağlık Uygulama Tebliği) ve BUT (Bütçe Uygulama Talimatı) bağlanmıştır. Ancak hizmetin finansmandan ayrılması hizmet kalitesini olumsuz etkilemiştir. Çünkü harcamalarda kısıntı yapılması ve işletme mantığı ile maliyetin düşürülmesi beklenmektedir. Ancak hastanelerin bazı gerekliler yerine daha fazla karlı olan işlemlerde yoğunlaşmaları söz konusudur. Ayrıca teşhis ve tedavi sürecindeki denetleyici kısıtlamalar da hekimlik mesleğinin icrası kadar kalitesini de olumsuz etkileyebilmektedir. Hekimlerin gerekli gördüğü tetkikler fiyatlandırma yönetmeliği uyarınca kısıtlandığında ortaya çıkan sonuç hekimin mesleki özerkliğinin kısıtlanmasından başka bir şey değildir (Ulutürk,2011).

İlk çağlarda Aristo daha sonra geçen yüzyılın başlarında Durkheim toplumsal değişmelerin itici gücünü nüfus yoğunluğu (populatin density) olduğunu belirtmişlerdir. Bu yüzden “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri” adlı bölümün sonucunu yazarken nüfusun karakteristiklerindeki değişmelere değinmek uygun bir yaklaşım olsa gerektir. Örneğin Türkiye’de beklenen ömür giderek uzamaktadır. Nitekim Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK; 2014) verilerine göre 75 yaşa yükselerek OECD ülkelerini bile aşmıştır. Ayrıca kadınlarda beklenen ömür daha yüksek (78 yaş) iken erkeklerde daha düşüktür (72 yaş). Sosyo-ekonomik göstergelerde OECD ülkelerinin gerisinde olmasına rağmen Türkiye’de ömrün uzamasının temel nedenlerinden biri bebek ölümlerindeki düşmedir. Bebek ölüm hızı son 35 yılda görece düşerek 21.7’ye gerilemiştir. Ancak bebek ölümlerinin yine de OECD ülkelerinden dört kat daha yüksek olması sağlık açısından son derece olumsuz bir göstergedir. Öte yandan anne ölümlerinde de görece düşmeler olmuştur. Sağlık istatistikleri anne ölümlerinin 1973’ten bu yana 10 kat daha azalarak OECD ortalamasına yaklaştığını göstermektedir.

Sosyolojik açıdan önemli diğer bir gösterge ise nüfusun yaşlanması ile ilgili olarak “65 Yaşında Beklenen Yaşam Süresi” dir. Çünkü aktif çalışma yaşamı üzerinde sosyal sigortaya bağımlı bu nüfus gelişmiş ülkelerde giderek artarak onların yeni sosyal politikalar geliştirmelerine yol açmaktadır. Türkiye’de 65 yaş üzeri yaşam süresi kadın ve erlerde farkı olduğu gibi, OECD ortalamalarından oldukça düşüktür. Bu ülkelerle aradaki fark giderek de açılmaktadır. Türkiye’de halen nüfusun %8’i

yani 6.192.000 kişi 65 yaş üzerindedir ve bunlar arasında kadın oranı (%56) erkeklerden daha fazladır. Türkiye’de bu oranın Cumhuriyetin 100. yılında yani 2023 de %10.2 ye yükselmesi öngörülmektedir. Dünya ortalaması da aslında %8 dir. Ancak bu nüfusu Afrika ve Asya gibi çok yoksul ülkelerin de dahil olduğu göz ardı edilmemelidir.

Bir ülkede sağlığın belirleyicileri olarak “Doğumda Beklenen Yaşam Süresi”, “65 Yaşında Beklenen Yaşam Süresi” ve “bebek ölümleri” sayılabilir (Bkz. Şekil 2). Yapılan çalışmalar ayrıca reel sağlık harcamaları, eğitim, sigara ve alkol tüketimi, beslenme, kirlilik, kişi başına düşen gayri Safi Yurtiçi Hâsıla (GSYİH) sağlığın belirleyicileri olduğuna işaret ederken bunların içinde en önemlisinin de “reel sağlık harcamaları” olduğunu göstermektedir (Jounard ve diğ. 2008). Tüm veriler göz önünde bulundurulduğunda Türkiye’de başta sağlık için bütçeden ayrılan pay ve reel harcamalar olmak üzere, eğitim ve bebek ölümlerinin en önemli faktörler olduğu söylenebilir.



**Şekil 2. Sağlığın belirleyicileri (Jounard ve diğ.2008)**

OECD tarafından 2015 de yayınlanan istatistiklere göre, Türkiye’de diğer ülkelerde olduğu gibi hem GSYİH hem de sağlığa ayrılan payda az da olsa bazı artışlar söz konusudur. Türkiye’de sağlık harcamalarına ayrılan pay 2013 yılında Türkiye’de %5,1, OECD ülkeleri ortalaması ise %8,9 olmuştur. Sağlık harcamalarına ayrılan pay en yüksek; Amerika’dadır (% 16,4). İsveç’te % 11, Yunanistan’da % 9,2’dir. Türkiye % 5,1 ile listenin son sırasında yer almaktadır.

Tüm rakamlar aslında kişi başına sağlık harcamalarında OECD ülkelerinin gerisinde olduğumuzu göstermektedir. Çünkü 2013 yılında Türkiye’de kişi başına sağlık harcaması 941\$ iken OECD ülkeleri ortalaması ise 3,453\$ olmuştur.

Kişi başına düşen reel sağlık harcamalarında 1985 yılından günümüze yıllık ortalama %8.5’lik bir artış olmuştur. Ancak bu oranlar giderek azalmaktadır: Türkiye’de kişi başına sağlık harcamaları, 2010’da %-1,2, 2011’de %1,2, 2012’de %-0,7’lik artış yaşanmıştır. Türkiye’de 2010-2013 arası dönemde sağlık harcamalarında ortalama %1,2’lik bir artış gerçekleşmesi önemlidir. Çünkü tüm dünyada kemer sıkma politikaları en çok sağlık harcamalarında kesintiye gidilmesine yol açmıştır. OECD ülkelerinde bu bağlamda sadece %1’lik bir artış gerçekleşebilmişken, Türkiye’de %1.2’lik bir artış olması anlamlıdır.

İstatistikler 2010-2012 arası dönemde kişi başına sağlık harcamalarında dalgalı bir seyir olduğunu göstermektedir. 2013 yılında ise, son 3 yıldaki büyümeyi aşarak %5,4’lük bir artış yaşanmıştır. Ayrıca kamu tarafından sağlığa yapılan harcamalarda Yeşil Kart uygulaması nedeniyle artışlar olmuştur. Kamu harcamalarının 2006 da tüm sağlık harcamalarının %75’ini; 2013 de %78’ni oluşturarak arttığı açıktır. 2013 de OECD ülkelerinde bu oranın %73 olduğu göz önünde bulundurulduğunda Türkiye’de sağlıkta özelleşme politikalarına geçiş ile birlikte kamu harcamalarının azalmadığı söylenebilir.

Ancak Türkiye’deki sağlık harcamalarının %78’i nin kamu tarafından karşılanması oranı diğer gelişmiş ülkelerin çok altındadır. Örneğin oranlar Hollanda’da %90, Almanya’da %80 dir. Ekonomik sıkıntıdaki Yunanistan’da ise %60 civarındadır. OECD ülkeleri ortalaması ise %60 dır.

Kamu payı artarken cepten yapılan sağlık harcamaları 2010-2013 yılları arasında artış göstererek %22’ye ulaşmıştır. Bu oran; Fransa’da %7, Almanya’da %14, İngiltere’de %10, Yunanistan’da %31 ve Portekiz’de ise %28 seviyesindedir.

Türkiye’de sağlıkta dönüşüm temelleri 1990’larda atılan ve 2002’den bu yana da fiilen uygulamaya konulan serbest piyasa veya pazar mantığı ile gerçekleştirilmektedir (Bkz. Şekil 3). Bu mantığı anlamak ise ancak politik ekonomi ile mümkündür. Çünkü harcamalar insanı en yakından ilgilendiren sağlık

alanında yapılmaktadır. Sağlık Türkiye’de de kapitalist sistem ile uyumlu hale getirilmek üzere dönüştürülmektedir (Ataay,2007). Artık sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri yerini serbest piyasa ekonomisi koşullarına terk etmiştir. Özerkleştirerek özelleştirme hedefleyen bir yapıya dönüşürken merkezileşme Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) şemsiyesi altında SSK, Emekli sandığı ve BAĞKUR hizmetlerinin birleştirilmesi ile oluşmuştur. Ancak bu birleşme neo-liberal politikalar gereği yapıldığından eleştiriye açıktır. Amaç daha kaliteli hizmet yerine maliyeti düşürmek, karı arttırmak ve devleti sağlık yatırımları dışına çekmek olduğundan halkın sağlığı riske atılmaya başlanmıştır.



### Şekil 3. Neo-liberal politikalarla sağlıkta dönüşümün sosyolojik yorumu

Sağlıkta Dönüşüm politikalarıyla katkı payının alınmasına bağlı olarak, cepten yapılan sağlık harcamalarının artması beklenen bir sonuçtur. Devlet birinci basamak hizmetleri dahi aile hekimliği uygulamalarıyla özelleştirirken, genel sağlık sigortası kavramını getirerek temel insan hakkı olan sağlığı serbest piyasada bir mal olarak alınıp satılan bir hizmet olarak metalaştırırken, kamu harcamalarındaki artışın tek anlamı vardır. Bu, popülist politikalarla sağlığın siyasi manipülasyonların aracı kılınmasından başka bir şey değildir. Sağlıkta özellikle bugüne kadar sistem içine alınamamış çeperde kalanlara sağlanan görece iyileşmelerin politik ekonomik sonuçları reddedilemeyecek kadar açıktır. Bu yüzden de diyalektiğin “Karşıtların Birliği” ilkesine uygun olarak hem kamuda sağlığa ayrılan harcamalar artarak devam ederken, bir yandan da özelleştirmeler son hızla sürdürülmektedir.



---

## **SUMMARY**

In this paper it is assumed that there is a close relationship between the policy changes with regard to health and socio-economic structure of the Turkish society. Certainly scientific developments and globalization process are also important on social transformations of any society. Because of structural changes in Turkish society in terms of transformation from monarchy of Ottoman Empire to Republican regime, starting from education and health system are all radically changed. For example, traditional healers and healing institutions of Ottoman period are all transferred to scientific medicine that is provided by professors of medical faculties. Therefore, at the beginning of this paper historical background of health system in Turkey are reviewed based on relevant literature applying “systematic review” technique (Weeds,2005) and “methodological relationalism” (Elias,1977). In other words, in order to reach study objectives starting from Ottoman period all data are reviewed systematically. In order to understand transformational process of health work it is necessary to know globalization and it’s impacts on work and economy. Because capital accumulation systems are also changed. For example, they were a) Free Market (1840-1922); b) Intensive (1959-1980) and finally c) Flexible that is still continuing. It is observed that main indicators of capital accumulation of Flexible period are non-industrialization and privatization. In Turkey Southern European Model is applied based on Neo-liberal Policies which mainly separates finance from health services. Second characteristic future is application of decentralization of administrative system. Beginning from 1990’s steps of new health system are heard. National social security institution (SGK) became an ordinary economic organization by losing its social aims. Majority of hospitals are transformed from social to economic organizations which run after profits by applying high numbers of operations to get money insurances. Although there are some regulations to be followed, separation of services from finance had reduced the quality of health care. Because expectation of low costs contrary to high patient examination resulted in insufficient health services. Besides some malpractices are observed on highly paid unnecessary operations. Further more some supervisory limitations on diagnostic and treatment processes can be interpreted lack of professional freedom of physicians.

---

## **KAYNAKÇA**

- Acar, T. (2010). Dönüşen Sağlıkta Çalışmanın Halleri. A. *Buğra (Der.)*, *Sınıftan Sınıfa Fabrika Dışında Çalışma Manzaraları* içinde (s. 249-280). İstanbul: İletişim.
- Akdağ, R. (2003). *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı: Aralık 2003*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Akdağ, R. (2007). *Nereden Nereye: Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı: Kasım 2002-Haziran 2007*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Akdur, R. (1998). *Türkiye’de Sağlık Politikaları*. Ankara: ANTIP.
- Akdur, R. (1999). *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Ülkeleri ile Kıyaslanması*. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD.
- Akdur, R. (2011). Sağlık Hizmetlerinde Finansman ve Ulusal Ekonomi. *Yeni Türkiye\_Sağlık*,40: 1571-1585.
- Ataay, F. (2007). *Kamu Hastane Birlikleri Yasası Üzerine Değerlendirme*. Ankara:TTB.
- Aydın, E. (2002). *Türkiye’de Sağlık Teşkilatlanma Tarihi*. Ankara: Naturel.
- Aydın, S. (2007). Aile Hekimliği: Sağlık Sisteminde Merkezi Role Talip Olmak. *Aile Hekimliği Dergisi*, 3.
- Bardakçı, M. (2013). İlk Tıp Fakültemizde Kadavra İçin İmama Rüşvet Teklif Edildi. <http://www.haberturk.com/yasam/haber/861489-ilk-tip-fakulitemizde-kadavra-icin-bir-imama-rusvet-teklif-edilmisti>
- Belek, İ. (2003). *Antalya’da Hekimler: Statü ve Sınıf Konumu Açısından Değerlendirme*. Ankara: TTB.
- Berman, B., Tatar, M. (2004). *Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları:1999-2000*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Diñer, Ç. (2005). *Kamu Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Sağlık Sektöründe Uygulanması*. (Yayınlanmamış doktora tezi). Sakarya Üniversitesi SBE Kamu Yönetimi ABD, Sakarya.
- Dirican, M. R. (1970). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinin Kısa Tarihçesi. *Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Bülteni*, 7: 1-15.
- Durkheim, E. (1928). *The Rules of Sociological Method*. New York: Free Press.

- Elias, N. (1939; 2000). *The Civilizing Process: Sociogenetic and Psychogenetic Investigations*. E. Jephcott. Ed. E. Dunning and J. Goudsblom and S. Mennel (Trans.). Singapore: Blackwell.
- Elias, N. (1977). Towards a Theory of Social Process. *Collected Works*, Vol.16, Dublin : UCD.
- Etiler, N., Urhan, B. (2008). *Kocaeli İlinde Kamu Sektöründe İstihdam Edilen Hekimlerin Çalışma Koşulları*. I. Çalışma İlişkileri Kongresi Bildiri Kitabı. İstanbul: Sakarya Üniversitesi.
- Fişek, N. (1983). *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştilmesine İlişkin Yazılar*. (Kitaplaşmamış yazılar 1: Sağlık Yönetimi).
- Fişek, N. (1985). *Halk Sağlığına Giriş*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
- Fişek, N. (1997). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Üzerine Çalışmalar. *Sağlık Dergisi*,3: 1-15.
- Fişek, G. (2004). SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığına Devri: Ver-Kurtul. *Çalışma Ortamı Dergisi*,77:2-6.
- Hamzaoğlu, O. ve Yavuz, C. (2006). Sağlıkta AKP’li Dönemin Bilançosu Üzerine. *Mülkiye Dergisi*, 252:275-296.
- Joumard, I., André, C., Nicq, C. ve Chatal, O. (2008). Health Status Determinants: Lifestyle, Environment, Health Care Resources and Efficiency. *OECD Economic Department Working Paper*. OECD Publishing (<http://dx.doi.org/10.1787/>).
- Kasapoğlu, A. (1999). Sağlık Sosyolojisinde Yeni Gelişmeler. M. Ecevit (Der.) *Sağlık Sosyolojisi* içinde. Ankara: Ümit.
- Kasapoğlu, A. (2001). Sosyal Sorunlar ve Sağlık. *Toplumbilim*, 13: 23-38.
- Kasapoğlu, A. (2015). Impacts of Health Reforms in Turkey: The Case Violence Towards Physicians. *Journal of Family Medicine and Community Health* <https://www.jscimedcentral.com/FamilyMedicine/familymedicine-2-1049.pdf>
- Metintaş, M.Y. ve Elçioğlu, Ö. (2007). Cumhuriyetin İlk Onbeş Yılında Sağlık Hizmetleri (1923-1938). *Osmangazi Tıp Dergisi*, Cilt 29, No. 3, s. 162-170.
- Moore, W. E. (1945). *Review of Elton Mayo: The Human Problem of an Industrial Civilization*. Cambridge: Massacusetts.

- 
- Navaro, V. (1976). *Medicine Under Capitalism*. New York: Prodist.
- Ritzer, G. (1993). *McDonaldization of Society: An Investigation into Changing Character of Contemporary Social Life*. Thousands Oaks,CA: Pine Forge.
- Rosen, G. (1944). *The Specialization of Medicine With Particular Reference to Ophthalmology*. New York: Froben.
- Sağlık Bakanlığı. (2014). *Sağlık İstatistikleri*. Ankara.
- Sertlek, T. (2008). Sağlık Hizmetleri ve Taşeronlaşma. *Toplum ve Hekim*, 4: 309-315.
- Soyer, A. (2000). 1980 Sonrası Sağlıkta Neler Oldu? *Toplum ve Hekim*, 4: 259-264.
- Soyer, A. (2003). 1980’den Günümüze Sağlık Politikaları. *Praksis*, 9:301-319.
- Soyer, A. (2009). Profesyonelden Proletere Hekimler: Değişen Ne? *Toplum ve Hekim*, 2:130-150.
- Taylor, F. (1911). *The Principles of Scientific Management*. New York: Harper & Brothers.
- Taylor, F. (1947). *Scientific Management*. New York: Harper & Row.
- Tengilimoğlu, D., Atilla, E.A., Yılık, P. ve Öztürk, G. (2010). Hasta Hakları Birimine Yapılan Şikâyetlerin Değerlendirilmesi. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Ankara: Sağlık Bakanlığı, s.165-180.
- Türk Tabipler Birliği (TTB). (2009). *Performansa Dayalı Ödeme: Etik Kurul Raporu*. Ankara: TTB
- Ulutaş, Ç.Ü. (2011). *Proleterleşme ve Profesyonelleşme Tartışmaları Işığında Türkiye’de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü*. Ankara: Notabene.
- Yenimahalleli-Yaşar, G. (2008). Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikalarında Gözlenen Neo-Liberal Dönüşüm ve Sonuçları Üzerine Değerlendirmeler. *Mülkiye*, 260:157-192.
- Zencir, M. (2009). Sağlık Hizmetlerinde Metalaşma ve Sağlık Emekçilerinin Sömürüsü: Kapitalizm ve Sağlık Hizmetleri. *Toplum ve Hekim*, 3: 177-187.
- Weber, M. (1947). *The Theory of Social Economic Organization*. T. Parsons (Çev.) Glencoe: The Folcons.
- Weed, M. (2005). Meta Interpretation: A Method for the Interpretive Synthesis of Qualitative Research. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 6(1), Art. 37, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0501375>