

# Türk Sağlık Sisteminde Özelleştirme Uygulamalarının Değerlendirilmesi: 1985-2022 Dönemi

## Evaluation of Customization Applications in the Turkish Health System: 1985-2022 Period

Firat KARA 

Bahçeşehir Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, İstanbul, Türkiye

Sorumlu Yazar: Firat KARA

E-mail: firat.kara@bau.edu.tr

Gönderme Tarihi: 24.05.2023

Kabul Tarihi: 14.12.2023

### ÖZ

**Amaç:** Ama Bu çalışmada yeni liberal ekonomi politikalarının bir enstrümanı olan özelleştirmenin uygulanma nedenleri, avantaj ve dezavantajları ile birlikte bu uygulamaların sağlık sistemi üzerindeki yansımalarının incelenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Araştırmada doküman inceleme yöntemi kullanılmıştır. Bunun için PubMed ve Google Scholar veri tabanlarından yararlanılmıştır. Araştırma, 1985-2022 yılları arasında yayımlanmış makaleler, kitaplar ve tezler 2021 Kasım ila 2022 Ocak ayları içerisinde taranarak gerçekleştirilirken, Türkçe ve İngilizce çalışmalar kapsama alınmıştır.

**Bulgular:** Özelleştirme ilk kez 1957 senesinde Federal Almanya'da denenmiş ve günümüzde sağlık sektörünü de içine alarak geniş bir uygulama olanağı bulan bir neoliberal politika aracıdır. Türkiye'de sağlık alanında birçok farklı yöntemle gerçekleştirilen özelleştirme uygulaması söz konusudur. Temel hedefleri sağlık hizmetinde etkinlik, verimlilik ve kalitenin yükseltilmesi ve hasta memnuniyetinin sağlanması olan sağlıkta özelleştirme, özel sektörü destekleyen ve sistemdeki payını büyütmesini amaçlayan çeşitli uygulamalar bütünüdür. Uygulama sonuçları incelendiğinde örneğin 1994 yılında özel hastanelerin tüm hastaneler içerisindeki oranı %13 iken 2020 yılında bu oran %36,8'e yükselmiştir. Özel sağlık sigorta şirketleri de hizmetlerin finansmanında gittikçe artan bir paya ulaşmış ve sektörel büyüme yaşamıştır. 1990 senesinde 10 şirket ile sektör faaliyete başlamış iken 2021 yılında 43 şirketin hastalık/sağlık branşında faaliyeti bulunduğu görülmektedir.

**Sonuç:** Kamu yönetimi özelleştirme uygulamaları aracılığıyla, özel sektöre kaynak aktarımı sağlayarak özel sektörü doğrudan veya dolaylı olarak desteklemektedir. Bu nedenle sağlık alanında özel sektörün etkisi de artmıştır. Buna rağmen kamu, halihazırda sistemde asıl aktör olmaya devam etmektedir. Uygulamalar ile sağlık hizmetlerinin piyasa koşulları içerisinde üretilip dağıtılması sonucunda hizmetlerin kamu malı özelliğinin aşındırılmasına aynı zamanda toplumsal dayanışmanın ve hakça bölüşümün geriletilmesine neden olduğu ifade edilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlıkta özelleştirme, Kamu-özel sektör ortaklığı, Sağlıkta reform, Sağlıkta dönüşüm programı

### ABSTRACT

**Objective:** In this study, it is aimed to examine the reasons, advantages and disadvantages of privatization, which is an instrument of the new liberal political economy, and the reflections of these practices on the health system.

**Methods:** The document analysis method was used in the study. For this purpose, PubMed and Google Scholar pages were used. The research was carried out by scanning the articles and theses published between 1985 and 2022. The scanning was made between January 2022 and November 2021, and the articles in Turkish and English were included.

**Results:** Privatization is a neoliberal policy tool that was first tried in the Federal Republic of Germany in 1957 and has found wide application today, including the health sector. In Turkey, there is a privatization practice in the field of healthcare carried out through many different methods. Privatization in healthcare, whose main objectives are to increase effectiveness, efficiency and quality in healthcare and to ensure patient satisfaction, is a set of various practices that support the private sector and aim to increase its share in the system. When the application results are examined, for example, while the rate of private hospitals among all hospitals was 13% in 1994, this rate increased to 36.8% in 2020. Private health insurance companies have also reached an increasing share in the financing of services and experienced sectoral growth. While the sector started its operations with 10 companies in 1990, it is seen that 43 companies operate in the disease/health branch in 2021.

**Conclusion:** With privatizations, the influence of the private sector has increased by transferring resources from the public to the private sector and supporting the sector directly or indirectly. Despite this, the public still remains the dominant actor in the system. It can be stated that as a result of the applications and the production and distribution of health services under market conditions, the public goods feature of the services is eroded and at the same time, social solidarity and distribution are regressed.

**Keywords:** Privatization in health, Public-private sector partnership, Health reform, Health transformation program

## 1. GİRİŞ

İkinci Dünya Savaşı'ndan 20. yüzyılın son çeyreğine kadar geçen süreçte kapitalizm refah yönelimli idame ettirdiği bir genişleme dönemi yaşamıştır. Daha sonra Amerika Birleşik Devletleri'nin Bretton Woods sisteminden çıkması, 1973 ve 1979 yıllarında yaşanan petrol krizleri ve sistemin kendi iç işleyişi ile ilgili nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan karmaşık ilişkiler, sistemde stagflasyona (durgunluğa) sebebiyet vermiştir. İlgili durumdan kurtuluş reçetesi olarak gösterilen yegâne yol ise neoliberal düşüncenin uygulanmasıdır (Dowd, 2013; Fülberth, 2008). Kamu sektörünü verimsizlikle ve hantal olmakla itham ederek özel sektörün önünü açan prensipler ortaya koyan yeni liberal ekonomi-politik ile vergilerin azaltılmasının yanı sıra kamu harcamalarının kısılması ve devletin üreten değil, işleyişi düzenleyen konuma indirgenmesi hedeflenmiştir. Bunların yanı sıra devletin sosyal giderlerinin düşürülmesi, kamu işletmelerinin özelleştirilmesi ile emek gücü ile ilişkilerin esnekleşmesi sayesinde çalışma hayatının yeniden düzenlenmesi neoliberalizmin hedefleri arasındadır (Dowd, 2013; Fülberth, 2008; Harvey ve Güldü, 2004). Yeni liberal ekonomi-politiğin bir enstrümanı olan kamunun iktisadi hareketlerinin kısıtlanması, sınırlandırılması veya ortadan kaldırılmasına neden olacak şekilde özel sektöre bırakılması ve/veya gerekli koşulların sağlanması olarak tanımlanabilen özelleştirme çabaları (Demirbaş ve Türkoğlu, 2002) günümüzde sağlık sektörünü de içine alarak geniş bir uygulama olanağı bulmaktadır (Şentürk Doğan, 2017). Bu çalışmanın temel amacı Türk sağlık sektöründe özelleştirme uygulamalarıyla meydana gelen değişimlerin tarihsel süreç içerisinde incelenip analiz edilmesidir. Bu sebeple öncelikle özelleştirme kavramı açıklanarak ulusal ve uluslararası ölçekte güncel veriler aktarılacaktır. Sonrasında sağlık sisteminde özelleştirme yöntemlerinin olası olumlu ve olumsuz etkilerinin irdelenmesinin akabinde uygulamaların sağlık sistemimizdeki izdüşümleri incelenecektir.

## 2. YÖNTEM

Bu çalışma 2020 Kasım ile 2021 Ocak ayları içerisinde akademik veri tabanları olan PubMed ve Google Scholar tarama sayfalarından 1985-2022 yılları arasında yayımlanmış makaleler, kitaplar ve tezler taranarak yapılmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterleri olarak Türkiye'de özelleştirme ile ilgili ilk mevzuatın 1984 yılında çıkarılmış olması dikkate alındığından 1985 – 2022 yılları arasında yayınlanmış olması, dilinin Türkçe veya İngilizce olması, erişim ağları üzerinden tam metnine yasal ulaşılabilir olması şeklinde belirlenmiştir. Tarama 5'i Türkçe 5'i İngilizce olmak üzere 10 anahtar kelime aranarak yapılmıştır. Bunlar; özelleştirme, sağlıkta özelleştirme, kamu özel ortaklığı, sağlıkta reform ve sağlıkta dönüşüm programı ile bu kelimelerin İngilizce karşılıkları olan customize, privatization in health, public private partnership, health reform, health transformation program'dır. Bu tarama sonucunda 252 makale saptanmıştır. Özet okumaları sonrasında yapılan tekrar elemeler neticesinde bibliyometrik analiz ile PubMed ve Google Scholar'dan "Sağlıkta Özelleştirme" kelimesi taranarak 27 makaleye indirgenmiştir.

## ÖZELLEŞTİRME KAVRAMI VE GÜNCEL GELİŞMELER

Özelleştirme kavramının farklı bilim dallarının çalışma alanına girmesi nedeniyle, ortaya konan bilimsel tanımlamaların da farklılaşması söz konusudur. Terimi açıklarken dar ve geniş perspektiften konuya ışık tutan iki farklı bakış açısından yararlanılabilir. Dar anlamıyla özelleştirme; mülkiyet ve yönetimi kamunun sahipliğinde bulunan üretim birimlerinin özel sektöre devrini ifade etmektedir. Bununla birlikte, ne ölçüde mülkiyet aktarımının özelleştirme çerçevesi içerisinde değerlendirileceği hususunda başlıklar bulunmaktadır. Bu da değişik yüzdelerdeki (%51'den az) devirlerin yorumlanmasında görüş ayrılıklarına neden olmakta; bazı bilim insanlarına göre işlem özelleştirme olarak değerlendirilirken diğerlerine göre çerçeve dışında bırakılmaktadır. Geniş perspektiften konuya yaklaşıldığında ise kamunun iktisadi hareketlerinin kısıtlanması, sınırlandırılması veya ortadan kaldırılmasına neden olacak şekilde özel sektöre bırakılması ve/veya gerekli koşulların sağlanması olarak tanımlanmaktadır. Özelleştirmenin temel amacı; kamusal mal ve hizmetlerin piyasa koşullarında üretilmesi ile serbest pazar paradigmasının hakim üretim mekanizması olmasının sağlanmasıdır. Bununla birlikte özelleştirme sayesinde sermaye birikiminin sağlanmasına, sermaye piyasasının genişletilmesine, kamu mülkiyeti altındaki birimlerin halka aktarımı ile gelir dağılımındaki adaletsizliğin azaltılmasına ve dolaylı olarak demokrasinin geliştirilmesine, iktisadi faaliyetlerde rekabetin, kalitenin ve kaynak kullanımında etkinliğin artırılması ile atıl kapasitenin üretime sokulmasına katkılarının olacağı belirtilmektedir. Buna ek olarak; faaliyet alanı küçülen devletin etkinleştirilmesiyle birlikte özelleştirme ile sağlanacak özellikle döviz geliri sayesinde ödemeler dengesinin sağlanacağı ve verimsiz faaliyet gösteren kamu teşebbüslerin açıklarını kapatmak için bütçeden transferlerin artık yapılmayacak olmasından dolayı hazinenin rahatlayacağı da belirtilmektedir (Demirbaş ve Türkoğlu, 2002; Harmancı, 2010; Tümer, 2004). Genel olarak özelleştirmenin kapsamı, hükümetlerin siyasi ve ekonomik tercihleri sebebiyle değişmekle birlikte "devletin iktisadi teşebbüslerinin yönetim ve hisselerin bir kısmının veya hepsinin tamamen veya geçici olarak özel sektöre devredilmesi" olarak tanımlanmaktadır. Bir başka deyişle kamu ekonomik kuruluşlarının piyasa koşullarına göre faaliyet göstermesi için gerekli koşulların oluşturulmasıdır. Özelleştirme; bahsedilen bu hedeflerin gerçekleştirilmesi için gerekli tüm koşul ve yöntemleri içeren bir çatı kavramdır (Harmancı, 2010; Priest, 1988; Tümer, 2004). Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD), özelleştirmeyi "hükümet veya devlet varlıklarının, firmaların ve operasyonlarının mülkiyetinin ve kontrolünün özel yatırımcılara devredilmesi" olarak tanımlamaktadır (OECD, 2003). Türkiye'de 4046 sayılı Özelleştirme Uygulamaları Hakkında Kanun'un 2. maddesinin b fıkrasında ise "Kuruluşların özelliklerine ve içinde buldukları şartlara göre özelleştirme yöntemlerinin belirlenmesi" gerektiği aktarılmış, 18. madde de özelleştirme yöntemleri belirlenmiştir. Bunlar; satış, kiralama, işletme hakkının verilmesi, mülkiyetin gayri ayni hakların tesisi, gelir ortaklığı modeli ve işin gereğine uygun sair hukuki tasarruflardır (Alparslan, 2002).

Özelleştirme yöntemleri kamu elindeki kurumların özel sektöre ne şekilde aktarılacağına belirlenmesidir. Genel tanıma paralel olarak özelleştirmenin diğer çeşitlerini, yasal kurumsal serbestleşme, fiyatlandırma yöntemi, kupon yöntemi, sübvansiyonlar, ihale yöntemi, imtiyaz yöntemi, ortak girişim yöntemi, finansal kiralama ve kamu özel iş birliği yöntemi şeklinde sınıflandırılabilir (Demirbaş, 2002; Güney, 2013; Güngör, 2003; Sezgin, 2010; Tümer, 2004). Hedeflere ulaşıldığını gösteren akademik çalışmaların yanı sıra son yıllarda yapılan araştırmalar neticesinde birçok sakıncasının bulunduğu, beklenildiği gibi verimliliği pek artıramadığı, ekonomik büyümeye etkisinin öngörüldüğü gibi olmadığı ve kısa vadede işsizliği yükselttiği, ayrıca yurt dışından gelen sermayenin ülke bağımsızlığını tehlikeye atabilecek bir sonucunun olabileceği gibi kimi olumsuzluklar taşıdığı saptanmıştır (Yalçınkaya ve Yazgan, 2017; Orkunoğlu, 2005). Bunların yanı sıra özelleştirmeden yararlanan özel sektör, mal veya hizmetin üretim yerlerini bir süre sonra başkalarına kiralayabilir veya elden çıkarabilir. Bu durum toplumun gerekli hizmetlere ulaşmasında çeşitli engellere neden olabilir. Özel sektörün hizmet üretiminde tekel haline gelmesi de vatandaşların istismara uğramasına neden olabileceği bir diğer sorunsal oluşturmaktadır (Orkunoğlu, 2005).

Uygulama ilk kez 1957 senesinde Federal Almanya'da Prusya Maden ve İzabe Ocakları A.Ş.'de (PREUSSAG) gerçekleştirilmiştir. Uygulamanın olumlu sonuç vermesi üzerine çabalar hızlanmış ve 1961 yılında Volkswagen firması da kapsam altına alınmıştır. Özelleştirmeyi geniş kapsamlı ilk uygulayan ülke Pinochet dönemi Şili devleti, kurumsal olarak ele alıp uygulayan ilk ülke ise İngiltere'dir. Neoklasik iktisadın temel argümanlarından biri olan özelleştirme günümüzde etkinliğini artırarak yoluna devam etmektedir (Güler, 2019; Güney, 2003). Özelleştirme gelirleri, uluslararası alanda 1980'lerin sonlarından itibaren önemli ölçüde artmıştır. 1988'den 2016'ya kadar, satışlardan elde edilen gelirlerin yaklaşık 3 milyar 634 milyon dolar olduğu tahmin edilmektedir (Parker, 2021). Türkiye'de özel sektörü destekleme çabaları ise Cumhuriyetin kuruluşu ile başlamış fakat iç ve dış ortam koşullarının uygun olmaması nedeniyle vazgeçilmiş ve devletçilik politikası uygulamaya konulmuştur. Ekonomik açıdan derin krizlerin yaşandığı 1929 Büyük Buhan'ın etkisinin görece dışında ülkedeki özel sektör olanaklarının ve tecrübelerinin ulaşılması planlanan hedefleri başarmaktan uzak olmasından dolayı devletçilik düşüncesi gündeme gelmiş ve ilke olarak benimsenerek yaşama geçirilmiştir. Bununla birlikte özelleştirme olgusu ilk kez Gazi Mustafa Kemal Atatürk'ün talimatı ile 1938 yılında yasalaşan 3460 sayılı "Sermayenin Tamamı Devlet Tarafından Verilmek Suretiyle Kurulan İktisadi Teşekküllerin Teşkilatı İle İdare ve Murakabeli Hakkında Kanun" içeriğinde yer almış, 1946 yılında ise çok partili hayatın uzun süre önemli bir aktörü olan Demokrat Parti'nin programında kendine yer bulmuştur. Buna rağmen 1950'li yıllarda mevcut konjonktür nedeniyle tam tersi yönde hareket edilmeye devam edilerek kamulaştırmalar gerçekleştirilmiştir. 1980 yılına kadar ki süreçte uygulamalarda kayda değer bir değişiklik yaşanmamıştır (Güngör, 2012; Karabulut, 2001). 24 Ocak 1980 kararları ise Türkiye'nin ekonomi yönetim politikasında

derin farklılıklar yaratmıştır. "Aktif özelleştirme" olarak adlandırılan yeni dönemde kamunun ekonomideki baskın karakter olma ilkesi terk edilerek, özel sektörün etkisinin artırılması ve serbest piyasanın hakim üretim mekanizması olması amaçlanmıştır. Orta ve uzun projeksiyonda Kamu İktisadi Teşebbüslerin (KİT) özelleştirilmesi gündeme gelmiştir. Bununla birlikte dikkat çekici bir diğer politik manevra da dış kaynaklı yatırımın özendirilmesidir (Güney, 2003; Atagenç, 2017). 1983 yılından itibaren özelleştirme en önemli uygulamalardan biri olmuştur. Bu amaç için gerekli yasal düzenlemeler çıkarılmış, idare fonksiyonu için birimler oluşturulmuştur. Konu ile ilgili mevzuatın ilki 1984 yılında yürürlüğe giren 2983 sayılı "Tasarrufların Teşviki ve Kamu Yatırımlarının Hızlandırılması Hakkında Kanun" olmuştur. Daha sonra sırasıyla 1986 yılında yürürlüğe giren 3291 Sayılı Kanun, 1990 yılında 414 sayılı KHK, 1994 senesinde yürürlüğe giren ve günümüz koşullarına uyumlaştırma adına çeşitli değişiklikler yapılan 4046 sayılı "Özelleştirme Uygulamaları Hakkında Kanun" özelleştirmenin yasal altyapısını oluşturmaktadır. Oluşturulan ilk özelleştirme birimi 1984 senesinde "Toplu Konut ve Kamu Ortaklığı İdaresi Başkanlığı" içerisinde var olmuş sonrasında bu başkanlık 1990 yılında "Kamu Ortaklığı İdaresi Başkanlığı"na dönüştürülmüştür. Günümüzde ise 1994 yılından itibaren faaliyet gösteren "Özelleştirme İdaresi Başkanlığı" çatısı altında kurumsallaşma gerçekleştirilmiştir. Gelir ortaklığı modeli ile başlayan süreçte birçok yöntem kullanılmıştır (T.C. Başbakanlık, 2014). Türkiye'de özelleştirme ile ilgili temel yasa 4046 sayılı Özelleştirme Uygulamaları Hakkında Kanun'dur. Yataklı tedavi kurumları da kanun ile özelleştirme kapsamı altına alınmıştır. Kanunun 18. maddesinde özelleştirme yöntemleri belirlenmiştir (Eryiğit ve Yörükoğlu, 2012). Kapsama alınan kuruluşların faaliyet gösterdiği sektörün yapısı, yasal mevzuat, kuruluşun özellikleri, genel ekonomik konjonktür, siyasi iradenin beklenti ve hedefleri ile toplumun algısı yöntem çeşitliliğine neden olmaktadır (Demirbaş ve Türkoğlu, 2002; Güler, 2019; Sezgin, 2010; Tümer, 2004). Türkiye'de 2000'li yıllara kadar özelleştirmelerden önemli bir gelir sağlanamamıştır. Örneğin 1985 yılından 1994 yılının ikinci yarısına dek toplam özelleştirme geliri yalnızca 2,3 milyar ABD Dolarıdır. Bu gelirin %92'sinin 1990 yılından sonrasında elde edilmesi dikkat çekicidir (Kilci, 1994). Uygulamanın başladığı yıldan günümüze kadarki süreçte en yüksek gelir 2013 yılında sağlanmıştır. 2018 yılı da eklendiğinde özelleştirme uygulamalarının toplam tutarı 70,2 milyar ABD dolarıdır. 2005-2006 yılları Tüpraş, Telekom gibi yüksek öneme sahip kuruluşların ve 2013 yılında ise enerji sektörünün özelleştirme kapsamı altında değerlendirilmesi elde edilen tahsilat tutarlarını artırmıştır (Üçer, 2018). OECD 2018 raporuna göre ülkemizin yaptığı özelleştirmeler ile başarmak istediği hedeflerden ilki devletin rekabetçi ekonomideki rolünü en aza indirmektir. Kamu açıklarını azaltma ve sermaye piyasasını iyileştirmenin diğer temel amaçlar olduğu aktarılmaktadır (OECD, 2018). İnam ve arkadaşları (2016) yaptıkları bir çalışmada Türkiye ile aynı gelir düzeyinde olan bazı AB üyesi ülkeleri (Bulgaristan, Macaristan ve Romanya) liberalleşme düzeyi, özelleştirme, doğrudan yabancı yatırımı ve ticaret serbestliği kriterlerine göre karşılaştırmışlardır. Çalışma sonucunda Türkiye'nin

özelleştirme uygulamaları 2000'li yıllarda dalgalı bir seyir göstermiş olmasına rağmen geçmişe oranla büyük bir artışın gerçekleştirildiği vurgulanmış doğrudan yabancı yatırım ve özelleştirme performansının karşılaştırılan ülkelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (İnam ve ark., 2016). Özelleştirme uygulamalarının değerlendirildiği çok sayıda farklı çalışmada ise özelleştirmeler ile sağlanan gelirlerin diğer OECD ülkelerine kıyasla az ve sürekliliğinin olmadığı, ülkenin ekonomik büyüme performansı üzerinde herhangi bir etkiye sahip olmadığı ayrıca gelirlerin genellikle verimli alanlara aktarılmadığı sonuçlarına ulaşılmıştır. Bunun yanında uygulamanın gerçekleştiği kuruluşlarda istihdamın ve çalışan ücretlerinin azalışına neden olduğu vurgulanmaktadır (Tümer, 2005; Yalçınkaya ve Yazgan, 2017; Güngör, 2012). Özelleştirmelerin aksine kamu harcamalarındaki artışın ekonomik büyümeye pozitif etkisinin olduğu yapılan birçok çalışmada gözlemlenmektedir (Yurgiden, 2018; Burak ve Bülbül, 2019).

### SAĞLIKTA ÖZELLEŞTİRME KAVRAMI VE GÜNCEL GELİŞMELER

Sağlıkta özelleştirme kavramı ise geniş perspektiften yapılan özelleştirme tanımına paralel şekilde sosyal devletin bir görevi olarak sunulan sağlık hizmetlerinin serbest piyasa koşullarında üretilip sunulabilmesi ve/veya finansmanının sağlanabilmesi için gerekli koşulların yaratılması çabalarının toplamıdır (Harmancı, 2010). Sağlıkta özelleştirme, hem mülkiyetin devredilmesi hem de kamunun rolünün en alt düzeye indirilmesi çabalarının bütünüdür. Özelleştirmeler ile sağlık hizmetleri yeniden bölüşüm alanı olmaktan çıkarılmaya ve bir sermaye birikim sürecine doğrudan katkı sağlayan bir sektöre dönüştürülmeye çalışılır. Özelleştirmeler sonucu sistemde özel kesimin ağırlığı artmaktadır. Devletler sağlık alanında gerçekleştirecekleri özelleştirmeleri mevcut toplumsal atmosferi de dikkate alarak, belirledikleri hedefler doğrultusunda çeşitli yöntemler aracılığıyla gerçekleştirmektedir (Soyer ve Belek, 1998). Sektörde kullanılan özelleştirme yöntemlerini şu şekilde sayabiliriz: Sağlık kuruluşlarının mülkiyetinin ve/veya yönetiminin devri, kullanıcı katkıları, hizmet sözleşmeleri, döner sermaye uygulamaları, kamu payının azaltılması, performans dayalı ücretlendirme, dahili piyasa, desantralizasyon (yerinden yönetim), özel sektöre verilen teşvikler ve kamu-özel işbirliği modeli. Bu yöntemler kimi zaman devletin aktif olarak yönetmesiyle kimi zaman ise yetersizliğinin etkisiyle kendiliğinden ortaya çıkabilir. Özelleştirmeler her koşulda devlet politikasının bilinçli bir tercihidir. Kısaca sağlıkta özelleştirme sosyal devletin bir görevi olarak sunulan sağlık hizmetlerinin serbest piyasa koşullarında üretilip sunulabilmesi ve/veya finansmanının sağlanabilmesi için gerekli koşulların yaratılması çabalarının toplamıdır. Sağlıkta özelleştirme hem mülkiyetin devredilmesi hem de kamunun rolünün en alt düzeye indirilmesi çabalarının bütünüdür (Karabulut, 2001). Bu nedenle özel sektörü destekleyen ve sistemdeki payını büyütmesini amaçlayan uygulamalardır. Dolayısıyla sağlık sisteminde özel kesimin ağırlığı artmaktadır. Özelleştirmeyi savunanların görüşlerine göre hizmetlerin

sunumunda etkinlik ile verimlilik artacak ve özellikle destek hizmetlerin hizmet alımı yoluyla gördürülmesi daha kaliteli hizmetlerin üretilmesine neden olarak hasta memnuniyetinin de artmasına sebebiyet verecektir (Panitch ve Leys, 2010). Ayrıca sosyal güvenlik sistemlerinin kamu finansman açıklarının temel sebeplerinden biri olduğu, bundan dolayı hizmeti kullananlar tarafından finanse edilmesi gerektiği (Çetin, 2017), katkı payı uygulaması sayesinde ise lüzumsuz uygulamaların önüne geçileceği, böylece toplumun genel sağlığının olumlu etkileeneceği, maddi koşulları elverişli olan vatandaşların hizmetleri özel kuruluşlarından sağlamanın kamu kurumlarındaki yoğunluğu azaltacağı, toplam sağlık harcamalarının düşeceği ve temel sağlık hizmetlerine daha fazla payın aktarılacağı ve kamu bütçesinin rahatlayacağı, özel sektör katılımı ile yatırımların hızlanacağı ve modern teknoloji kullanımının artacağı savlanmaktadır (Harmancı, 2010; Koçak, 2006). Olumsuz görüşlere sahip olanlara göre ise özellikle çalışanların özlük haklarının kısıllacağı, çalışma barışının bozulacağı ve olumsuz koşullarda iş görmelerinin gerçekleşeceği belirtilmektedir (Harmancı Seren ve Yıldırım, 2013). Bunların yanı sıra özel kuruluşların kendi çalışma prensipleri doğrultusunda karı önceleyeceği ve bu nedenle gereksiz talep yaratacağı, böylece hem toplumun genel sağlık düzeyinin bozulacağı hem de bireylerin katastrofik (yıkıcı) harcamalarının artacağı, tedavi edici hizmetlerin ön plana alınacağı bunun da koruyucu hizmetlerin ötelenmesi sonucunu doğurabileceği, maddi durumu yetersiz bireylerin hizmete erişiminin kısıtlanacağı ve sağlık kuruluşlarının belli bölgelerde toplanacağı dolayısıyla sağlıkta eşitsizliğin artacağı ifade edilmektedir (Koçak, 2006; Soyer ve Belek, 1998). Sahadaki özelleştirme çabaları daha çok kamu payının azaltılarak özel sektörün rolünün artırılmasına yönelik çabalar bütünü olduğu görülmektedir (Karabulut, 2001). Bu bağlamda uygulamalara ilk kez 1960'lı yıllarda rastlanıldığı anlaşılmaktadır. 1961 Yılında kabul edilen 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun" sayesinde özel sağlık kurumlarının önü açılmış, vatandaşların özel kurumlardan hizmet almalarının mümkün olması sağlanmıştır. Sağlıkta özelleştirmenin asıl 1980'li yıllarda gündeme geldiği söylenebilir. Türkiye'de ilk kez bir Anayasada özel sağlık sektöründen söz edilmesi ise 1982 Anayasası'nda olmuştur (Koçak, 2006; Harmancı, 2010). Özelleştirme konusunda 1987 yılında çıkarılan fakat bazı maddeleri Anayasa Mahkemesi tarafından hükümsüz bırakılmasıyla uygulanamayan 3359 sayılı 'Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu' ile somut adım atılmıştır. (Yaşar, 2008). Birçok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de, Dünya Bankası, Uluslararası Para Fonu (IMF), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Dünya Ticaret Örgütü'nün (DTÖ) yönlendirmeleriyle sağlık hizmetlerinde çeşitli kez reform düşünceleri fiiliyata geçirilmeye çalışılmış ancak çoğunlukla başarısız olunmuştur. Buna rağmen sağlık sektörü üzerinde liberal düşünce her geçen gün etkisini artırmıştır (Elbek ve Adaş, 2009; Harmancı, 2010). Sağlık sisteminde reform düşüncesi 20. yüzyılın son çeyreğinden itibaren hükümet programlarında yer alan önemli başlıklardan biri konumundadır. Sistemin aksayan yönlerinin olduğu ifade edilerek sorunların ortadan kaldırılması ve iyileştirilmesi için kamuoyu hazırlanmış bunun neticesinde sistemle ilgili birçok

girişim gerçekleştirilmiş ve son olarak 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) başlatılmıştır. SDP sonradan eklenenlerle birlikte 11 temel başlık ve bunların alt bileşenlerinden oluşmaktadır (Kara, 2021). Sağlık hizmetlerinde reform stratejilerinin temel perspektifi neoliberal iktisadın bir aracı olan özelleştirmelerdir. Sağlıkta özelleştirme uygulamaları, çeşitli araçlar yardımıyla gerçekleştirilmektedir. Örneğin sağlık alanında verilen yatırım teşvikleri, geniş anlamda bir özelleştirme uygulaması olup bu kapsamda değerlendirilmesi gereken konulardan birisidir. Bunlar ülkeye yabancı sermaye girişinin hızlanması, yerli sermayenin yatırıma özendirilmesi ve bölgesel dengesizlikleri gidermek amacıyla verilmektedir. Türkiye’de 1980 öncesi ilaç sektörüne verilen yatırım teşvikleri 1981 yılı sonunda Bakanlar Kurulu kararı ile sağlık yatırımlarına da verilmeye başlanmıştır. (Akdur, 2003; Koçak, 2006). Kamu özel ortaklığı da Türkiye’de bir özelleştirme yöntemi olarak uygulanmaktadır. Modelin uygulanma şekillerinden biri, kamunun özel sektörden hizmet almasıdır. Sağlık kuruluşlarında bazı hizmetlerin özel kişi veya kuruluşlardan tedarik edilmesi 4 Ocak 1985 yılında merkezi idarenin yayınladığı genelgeyle yasal zemine kavuşmuş daha sonra 1988 senesinde 657 sayılı yasanın 36. maddesindeki “Yardımcı Hizmetler Sınıfı” başlığında değişiklik ile uygulamanın önü açılmıştır. İlgili maddeye “Bu sınıfa dahil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetlerden hizmet yerlerinin ve tedavi kurumlarının temizlenmesi, tesisatın bakım ve işletilmesi ve benzeri nitelikteki hizmetlerin üçüncü şahıslara ihale yoluyla gördürülmesi mümkündür.” ibaresi eklenmiş ve hemen akabinde aynı yıl Numune Hastanesi temizlik hizmetlerini özel sektörden sağlamıştır (Karasu, 2011). 1999 yılındaki Anayasa değişikliği ve 2003 yılındaki 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun 36. maddesindeki yeni bir değişiklik ile uygulama sahası daha da genişlemiştir. Mevcut mevzuatın üzerine yeni yasalar eklenmiş ve bir Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) uygulaması olan Şehir Hastanelerinin tıbbi hizmetlerinin bir kısmı da özel sektörden sözleşme karşılığı alınmaya başlanmıştır (Karasu, 2011; Tekin ve Çelik, 2012). Bununla birlikte ifade edilmesi gereken bir nokta ise mevcut hastanelerin yetersiz olan sayılarının artırılması amacıyla özel sektörün sahip olduğu yeteneklerden, teknolojiden, finansman kaynaklarından ve inovasyon gücünden yararlanmak suretiyle Şehir Hastanelerinin yapılmaya başlanmasıdır. Ayrıca satın alınan hizmetlerin ödemelerinin genel bütçe dışında gösterilmesi bu yöntemin başlıca tercih nedenleri arasındadır. KÖO modeli bir özelleştirme yöntemidir. Bu yöntem aracılığıyla açılan hastaneler aracılığıyla topluma kaliteli ve hızlı sağlık hizmeti sunulması ile hasta memnuniyetinin yükseltilmesi hedeflenmiştir. Temel eleştiri noktaları olarak ise sağlık hizmetlerinin destek ve çekirdek hizmet olarak ayırma tabi tutulması ve destek hizmetlerin hastaneyi yapan ortaklıklara bırakılması ile vatandaşlara bu hizmetlerin hizmet alımı yoluyla sunulmaya başlanması sayılabilir. Ayrıca kamu üzerinde emanet yöntemine göre yüksek bir borç yükünün olduğu da görülmektedir. 2020 yılı itibarıyla 13 şehir hastanesinin yanı sıra yapım aşamasında 5 hastane daha vardır (Kara, 2021). Sağlıkta başka bir özelleştirme yöntemi olan döner sermaye uygulaması ise ilk

kez 224 sayılı yasa çerçevesinde gündeme gelmiştir. Aynı kanunda döner sermaye uygulamaları da yer almakla birlikte bu yöntemden elde edilen gelirler uzun yıllar sonra kullanılmaya başlanmıştır. Döner sermaye kazançlarının, 1989 yılından beri Sağlık Bakanlığı bütçesi içerisindeki payı artmaktadır (Harmancı, 2010). 1993 yılında döner sermaye gelirleri Sağlık Bakanlığının bütçesinin %13,7’si iken hemen her sene artarak 2002 yılında bakanlık bütçesinin %79,9’una ulaşmıştır (Pala, 2005). 2018 yılında merkezi yönetim bütçesi 37.9 Milyon TL iken döner sermaye bütçesi 36.6 Milyon TL’dir. Bir başka ifade ile döner sermaye gelirleri merkezi bütçenin %96,5’ine ulaşmıştır. 2019 yılı öngörüsüne göre ise bu oran %97,7’sine denk gelecektir (Sağlık Bakanlığı, 2018). Özelleştirmelerin bir başka sonucu ise özel sağlık kuruluşlarının sistem içerisindeki payının sürekli artmasıdır. Türkiye Cumhuriyeti’nin kuruluş yıllarında ülke genelinde toplamdaki 86 hastaneden azınlık ve yabancılar (14) hariç tutulmak üzere sadece 18 adedi özel hastanedir. 1980 yılına gelindiğinde ise özel kişi ve kurumlara ait hastane sayısının 75’e yükseldiği, akabinde 1990’da 125’e ve 1994 yılında ise 133’e çıktığı izlenmektedir. 1994 yılı için özel hastanelerin tüm hastaneler içerisindeki oranı %13’tür. Bunların da çoğunluğu büyük illerde faaliyet göstermektedir. Yine bu yılda özel hastanelerin toplam poliklinik ve yatan hasta sayıları içerisindeki payı sırasıyla %1,1 ve %3,2’dir. Özel kategorisindeki diğer hastaneler de kapsam altına alındığında 1994 yılı için toplam hastane sayısı 154’e yükselirken, poliklinik ve yatan hasta oranı sırasıyla %1,6 ile %4,5’e çıkmaktadır. Toplam ameliyathane içerisinde tüm özel kurumların oranı ise %6,1’dir (Akalın, 1998; Kaya ve Kaya, 1995). SDP’nin başlangıç yılından bir önceki yıl olan 2002 verilerinde 1156 toplam hastanenin 271’i özel hastanedir. Bu hastaneler ise toplam hastaneler içerisindeki oranı %23,4’tür. Toplam hastane yatağı 164 bin 471 iken bunların 12 bin 387’si özel sektöre aittir ve toplam hastane yatakları içerisindeki oranı %7,5’tir. En güncel verilere bakıldığında 2020 yılında Türkiye’de toplam 1534 adet hastane ve 251 bin 182 hastane yatağı olduğu görülmektedir. Hastanelerin 566’sı, hasta yataklarının da 52.230’u özel kişi ve kurumlara aittir. Özel hastane sayısı toplam hastanelerin %36,8’sine, hastane yatağı ise tüm yatakların %20,7’sine tekabül etmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2022). Özel sağlık sigorta şirketleri hizmetlerin finansmanında gittikçe artan bir paya ulaşmakta ve sektörel büyüme yaşamaktadır. 1990 yılında 10 şirket ile sektör faaliyete geçmiş, 1991 yılında 19 şirketin prim üretimi 48,1 milyar TL olmuştur (Soyer ve Belek, 1998). 2020 yılı sonunda 10 milyar 96 milyon 250 bin 487 TL prim üreten hastalık/sağlık branşı 2021 yılı aynı döneminde 13 milyar 78 milyon 380 bin 558 TL prim üretmiş olup üretim, 2020 yılı aynı dönemine göre cari fiyatlarla yaklaşık %29,5 oranında artmıştır. Branşta toplam sigortalı sayısında da %40 oranında artış görülmektedir. Özel sağlık sigortasında ise 2021 yılı sonunda sigortalı sayısı 2.540.238’dir. Hastalık/sağlık branşına genel olarak bakıldığında tamamlayıcı sağlık ürünündeki yüksek büyüme bu yıl da devam etmiştir. 2020 yılı sonunda 1.606.879 tamamlayıcı sağlık sigortalısı varken 2021 yılında bu rakam 2 milyon sigortalıya aşmış ve yıl sonunda geçen yılın aynı dönemine göre %61,5 oranında artış göstererek 2.594.785 kişiye ulaşmıştır. Sektörde 43 şirketin hastalık/

sağlık branşında faaliyeti bulunmaktadır (Türkiye Sigorta Birliği, 2021). Performansa dayalı ve esnek çalışma rejimi de bir çeşit özelleştirmedir. Sağlık çalışanların performansa dayalı hizmet vermeleri kimi hizmetlerin niceliğinde artışa neden olmakta fakat kapsam dışında bırakılan veya performans getirisinin az olduğu hizmetlerin sunulmasında ise azalışa sebebiyet vermektedir. Hasta memnuniyetini arttırıcı etkisinin yanı sıra sağlık emekçilerinin çalışma ortamına zarar verici kimi olumsuzlukları barındırdığı da belirtilmektedir Vatandaşlar açısından olumsuz tarafı ise gereksiz hizmetlere maruz kalmalarında ve kimi hasta gruplarının geri planda tutulmasında yaşanan artıştır (Forsberg, Axelsson, ve Arnetz, 2001; Kasapoğlu, 2016). Hizmetin finansmanına kullanıcıların da katılımı için yapılan düzenlemeler, özü itibariyle özelleştirme çalışmaları içerisinde değerlendirilmelidir. Bu nedenle bireyler, sağlık kuruluşuna başvurularında ve çeşitli tıbbi malzeme ve ilaç alımlarında farklı isimler altında cepten harcama yapmaktadır.

### 3. SONUÇ

1970'li yıllarda ortaya çıkan ekonomik kriz, refah devleti düşüncesinin yerine neoliberal politikaların etkinleşmesine neden olmuştur. Sağlık sektöründe halihazırda var olan sorunların çözümü de yeni liberal perspektifte aranmış ve sonuç olarak sağlık reformları hayata geçirilmeye çalışılmıştır. Başlatılan reform çabalarının kimileri siyasi istikrarsızlık, ekonomik desteğin yeterince verilmemesi veya hukuki sorunlardan dolayı başarılı olamamakla birlikte her birinde özelleştirme ana gündem maddelerinden biri olagelmıştır. Son reform paketi olan SDP ile hedefler birer birer başarılıırken o güne kadar genellikle kamu görevi olarak görülen sağlık hizmetlerinde özel sektörün etkisi artmıştır. Bu durumun oluşmasında özelleştirme araç olarak kullanılmış ve zamanla özelleştirmelerin kapsamı da genişlemiştir. Farklı yöntemlerin kullanılmasının ardında çeşitli nedenler yatmaktadır. Toplumsal algının özelleştirmelere karşı tutumu bu noktada siyasi erkler tarafından dikkate alınmaktadır. Bununla birlikte sistemin liberal bakış açısıyla reforma tabi tutulmasına rağmen kamu, halihazırda sistemde baskın aktör olmaya devam etmektedir. Bunun sebebi; özelleştirmeler ile hedeflenenin kamudan özel kişi ve kuruluşlara mülkiyet devri yöntemi ile özel sektörün desteklenmesi değil bunun yerine özel sektör ile hizmet alım sözleşmeleri yapılması, teşviklerin verilmesi gibi çeşitli uygulamaların tercih edilmesidir. Böylece kamu sektörü özel sektöre kaynak aktarımı yaparak, sektörü doğrudan veya dolaylı olarak desteklemektedir. Sağlık sistemi içerisinde halen devletin çok büyük oranda yer almasının temel sebebi budur. Bunun yanı sıra sağlık hizmetlerinin kendi doğası itibariyle kamu her daim sistemin içinde olacaktır. Süreç içerisinde gerçekleşen reformlar ile Türk sağlık sisteminin bileşenlerinde derin değişimler yaşanmıştır. Son 40 yıldır sağlık sektörü üzerine oluşturulan politikaların hemen hepsi neoliberal düşünce çerçevesinde şekillenmiştir. Yeni liberalizmin öngördüğü politikalar, kapitalist ekonominin etkin olduğu ülkemizin de içerisinde olduğu devletlerde yaygın bir biçimde uygulanmaktadır.

Süreçte ülkeler refah devleti olma hedefinden uzaklaşmışlar ve kamusal hizmet veren uygulamaları terk etmeye başlamışlardır. Özelleştirmeler ile sağlık hizmetlerinin piyasa koşulları içerisinde üretilip dağıtılması, bu hizmetlerin kamu malı özelliğinin aşındırılıp yitirilmesine neden olmaktadır. Aynı zamanda toplumsal dayanışmayı ve bölüşümü geriletliği üzerinde durulması gereken bir başka konudur. Bu çalışmada yalnızca belirli bir döneme odaklanılması çalışmanın kısıtlılıkları arasında değerlendirilebilir. Dolayısıyla farklı araştırmacıların çeşitli zaman dilimlerinde Türkiye'de sağlıkta özelleştirme uygulamalarını derinlemesine incelemeleri ile birlikte sağlıkta özelleştirmenin birçok farklı yöntemin kullanılmasının ardında yatan nedenleri de incelemeleri, ayrıca her bir yöntemin mevcut hasta memnuniyetine etkisinin araştırılması ile konunun farklı çerçevelerden açıklanmasına olanak sağlanacağı beklenmektedir.

### TEŞEKKÜR

Çalışmamız için değerli görüşlerini paylaşan Sayın Prof. Dr. Mehveş Tarım'a teşekkürlerimizi sunuyoruz.

### KAYNAKLAR

- [1] Alparslan A. Özelleştirme ve Türkiye'de Özelleştirme Uygulamaları. Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2002, İstanbul.
- [2] Akalın A. Sağlık hizmetlerinde özelleştirme hızlanıyor. Toplum ve Hekim. 1998;13(3):162-166.
- [3] Akdur R. Sağlık sektörü "Temel kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği'nde durum ve Türkiye'nin birliğe uyumu. Ed. Erhan C, 2. Baskı, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara; 2003.
- [4] Atagenç İÖ. İzmir İktisat Kongresi ve 24 Ocak kararları sonrası Türkiye'nin liberal tecrübesinin karşılaştırmalı analizi. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2017; Özel sayı: 69-87.
- [5] Burak ÖKDE, Bülbül D. Kamu harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişki: G7 Ülkeleri için panel veri analizi. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi. 2019;18(69):308-317.
- [6] Çetin FG. Sağlıkta dönüşüm programı ekseninde sağlığın ekonomi politikası. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2017;19(1):274-293.
- [7] Demirbaş M, Türkoğlu M. Kamu iktisadi teşebbüslerinin özelleştirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2002;7(1):241-264.
- [8] Dowd DF. Kapitalizm ve Kapitalizmin İktisadi: Eleştirel Bir Tarih. Çeviren: Gerçek C. Yordam Kitap, Fatih, İstanbul, 2013.
- [9] Elbek O, Adaş EB. Sağlıkta dönüşüm: eleştirel bir değerlendirme. Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni. 2009;12(1):33-44.
- [10] Eryiğit BH, Yörükoğlu F. Yerel yönetimlerde özelleştirme yöntemleri ve hukuksal altyapı. Öneri Dergisi. 2012;10(37):151-165.
- [11] Fülberth G. Kapitalizmin Kısa Tarihi, Çeviren: Usta S. Yordam Yayınları, Fatih, İstanbul, 2008.
- [12] Forsberg, E, Axelsson R, Arnetz, B. Financial incentives in health care. The impact of performance-based reimbursement. Health Policy. 2001;58(3):243-262.
- [13] Güler H. Türkiye'de mali kriz sonrası kurallı maliye politikasının bir aracı olarak özelleştirme politikaları. Siyaset, Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi. 2019;7(1):77-93.

- [14] Güney M. Türkiye’de Özelleştirme Çalışmaları ve Türk Telekom AŞ’nin Özelleştirilmesi. Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2003, Konya.
- [15] Güngör G. Tarihi açıdan Türkiye’de özelleştirme uygulamalarının değerlendirilmesi. *Sakarya İktisat Dergisi*. 2012;1(2):100-119.
- [16] Harmancı AK. Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme Uygulamaları ve Hemşirelerin Özelleştirme Uygulamalarına İlişkin Algıları. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2010, İstanbul.
- [17] Harmancı Seren AK, Yıldırım A. Özelleştirme: Sağlıkta özelleştirme ve hemşireler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013;16(1):123-131.
- [18] Harvey D, Güldü H. Yeni emperyalizm. Everest Yayınları, İstanbul, 2004.
- [19] İnam B, Giray F, Tüzüntürk S. Liberalleşme sürecinde özelleştirme, doğrudan yabancı yatırımlar ve ticaret serbestliği: Bazı AB ülkeleri ile Türkiye karşılaştırması. Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2016;9(4).
- [20] Kara F. Şehir Hastaneleri Özelinde Kamu Özel Ortaklığı Modelinin İncelenmesi. *Journal of Health Sciences and Management*. 2021;1(2):82-88.
- [21] Karabulut K. Sağlık sektöründe özelleştirme. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 2001;15(1-2):31-39.
- [22] Kasapoğlu A. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*. 2016;19(2):131-174.
- [23] Kaya K, Kaya S. Türkiye’de özel hastanelere genel bir bakış. *Toplum ve Hekim*, 1995; Eylül-Aralık:69-70.
- [24] Kilci M. Başlangıcından bugüne Türkiye’de özelleştirme uygulamaları (1984-1994). *DPT Yıllık Programlar ve Konjonktür Değerlendirme Genel Müdürlüğü*, 1994.
- [25] Koçak B. Üniversite Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Sağlıkta Özelleştirme ve Sendikalaşma Konusunda Görüşlerinin İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, 2006, İzmir.
- [26] OECD. Privatisation and the broadening of ownership of state-owned enterprises. Paris: OECD Publishing, 2018.
- [27] [27] OECD. Glossary of statistical terms. Paris: OECD Publishing, 2003.
- [28] Orkunoğlu IF. Özelleştirme ve alternatifleri, *Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi*. 2005;22(4):165.
- [29] Pala K. Sağlık hizmetlerinde döner sermaye uygulaması. *Toplum ve Hekim*. 2005;20(1):72-74.
- [30] Panitch L, Leys C. (2010). Kapitalizmde Sağlık, Sağlıksızlık Semptomları. Çeviren: Haskan U. Yordam Kitap, Fatih, İstanbul.
- [31] Parker D. Privatization of State-Owned Enterprises. *Oxford Research Encyclopedia of Business and Management*, UK, 2021.
- [32] Priest GL. The aims of privatization. *Yale Law & Policy Review*. 1988;6(1):1-5.
- [33] Sağlık Bakanlığı. Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı 2020, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2022.
- [34] Sağlık Bakanlığı. Yılı Bütçe Sunumu, TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu, Ankara, 2018.
- [35] Sezgin Ş. Piyasa ekonomisinin şartları ve özelleştirme. *Akademik İncelemeler Dergisi*. 2010;5(2):154-171.
- [36] [36] Soyer A, Belek İ. Türkiye’de özel sağlık sektörü ve sağlıkta özelleştirme. *Toplum ve Hekim*. 1998;13(1):35-45.
- [37] Şentürk Doğan B. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi: Sağlıkta dönüşüm projesi. V. Anadolu International Conference in Economics, Eskişehir, Türkiye, 11-13 Mayıs 2017, s.11-17.
- [38] T.C. Başbakanlık. Stratejik Plan / 2014-2018, Özelleştirme İdaresi Başkanlığı, 2014.
- [39] Tekin PŞ, Çelik Y. Türkiye’de sağlık sektöründe bir finansman yöntemi olarak kamu-özel ortaklığı politikasının politika haritalama yöntemi ile analiz edilmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012;1(3):81-98.
- [40] Tümer EÖ. Türkiye’de Özelleştirmenin Ücret ve İstihdam Üzerindeki Etkisi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2004, Ankara.
- [41] Türkiye Sigorta Birliği, 2021 Sektör Raporu, 2021.
- [42] [42] Üçer S. Türkiye’de Özelleştirmenin Üç Dönemi: 1980’ler, 1990’lar ve 2001 Sonrası. 1. Uluslararası İKSAD Sosyal Bilimler Kongresi, Mardin, Türkiye, 9-11 Mart 2018, s.554-563.
- [43] Yurgiden H. Kamu Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi: Türkiye Örneği. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi*, 2018, Adıyaman.
- [44] Yalçınkaya Ö, Yazgan Ş. Özelleştirme gelirlerinin ekonomik büyüme üzerindeki etkileri: Türkiye örneği (1986-2016). *Journal of Life Economics*. 2017;4(4):157-178.
- [45] Yaşar GY. Türkiye’de 1980 sonrası sağlık politikalarında gözlenen neoliberal dönüşüm ve sonuçları üzerine değerlendirmeler. *Mülkiye Dergisi*. 2008;32(260):157-191.

**How to cite this article:** Kara F. Türk sağlık sisteminde özelleştirme uygulamalarının değerlendirilmesi: 1985-2022 dönemi. *Journal of Health Sciences and Management*, 2024; 4 (1): 22-28. DOI: 10.29228/JOHESAM.32