

KADİR HAS ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



TÜRKİYE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE NEO-LİBERAL
DÖNÜŞÜM

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DİLEK KARAFAZLI

Mayıs, 2013

[Dilek Karafazlı]

[Yüksek Lisans Tezi]

[2013]

TÜRKİYE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE NEO-LİBERAL DÖNÜŞÜM

DİLEK KARAFAZLI

Uluslararası İlişkiler Programı'nda Yüksek Lisans derecesi
için gerekli kısmi şartların yerine getirilmesi amacıyla
Sosyal Bilimler Enstitüsü'ne
teslim edilmiştir.

KADİR HAS ÜNİVERSİTESİ

Mayıs, 2013

KADİR HAS ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

TÜRKİYE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE NEO-LİBERAL DÖNÜŞÜM

DİLEK KARAFAZLI

ONAYLAYANLAR:

Doç. Dr. Lerna Yanık (Danışman) (Kadir Has Üniversitesi) _____

Doç. Dr. Özgür Orhangazi (Kadir Has Üniversitesi) _____

Doç. Dr. Şule Daldal (Marmara Üniversitesi) _____

ONAY TARİHİ:

“Ben, Dilek Karafazlı, bu Yüksek Lisans Tezinde sunulan çalışmanın şahsıma ait olduğunu ve başka çalışmalardan yaptığım alıntıların kaynaklarını kurallara uygun biçimde tez içerisinde belirttiğimi onaylıyorum.”

DİLEK KARAFAZLI

ÖZET

Dilek KARAFAZLI

Uluslararası İlişkiler ve Küreselleşme Yüksek Lisans Programı

Danışman: Doç. Dr. Lerna YANIK

Mayıs, 2013

Çalışmamızda, "Sağlıkta Dönüşüm Projesi" tüm bileşenleriyle Türkiye'deki sağlık sektörü kapsamında değerlendirilmektedir. Dünyada ve Türkiye'de sağlık sektörü, 1980'den beri gerçekleştiği düşünülen neo-liberal dönüşüme paralel olarak yapısal değişikliklere uğramış ve "sosyal bir hak" olmaktan çıkarılmaya dönük politikalara maruz kalmıştır. Bu değişimler Türkiye'deki sosyal güvenlik sistemi, kamu ve özel hastane kuruluşları, ilaç tedariki ve aşular, medikal cihazlar ve sağlık turizmi ile sağlıktaki emek gücü üzerinden ekonomik sonuçları bakımından incelenmeye değer görülmüştür. Varılan sonuçlarla Türkiye'nin Dünya Bankası ile yapılan anlaşmalar gereğince "Sağlıkta Dönüşüm Projesi"nin son on yıldaki Adalet ve Kalkınma Partisi Hükümetleri döneminde hızlandığı ve Türkiye'deki sistemin neo-liberal politikalarla dönüşmeye başladığı sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlıkta Dönüşüm, Sosyal Güvenlik Sistemi, Dünya Bankası Projeleri, Neo-liberal Politikalar

ABSTRACT

Dilek KARAFAZLI

Master of Arts in International Relations and Globalization

Advisor: Assoc. Prof. Lerna YANIK

May, 2013

This study is an evaluation of the transformation of health sector in Turkey in recent years. Health sector throughout the world and Turkey underwent structural changes parallel to neo-liberal transition and have been under the threat of abandonment as "a social right". The results of this neoliberal transformation have been examined paying particular attention to social security system community and private hospitals, medicine supply and immunization, medical devices, health tourism as well as labour in Turkey. This study concludes that in the last ten years, with the help of the World Bank, Justice and Development Party's governments have accelerated the application of "Health Transition Project" and have to some degree neoliberalized health sector in Turkey.

Keywords: Health Transition, Social Security System, World Bank Projects, Neo-liberal Politics

Teşekkür Notu

Çalışmamı gerçekleştirmemde bana desteklerini esirgemeyen ve araştırma yapabileceğim konunun belirlenmesinde fikirlerini paylaşan Sayın **Prof. Dr. M. Kamil Göl**'e, yüz yüze görüşmeyi kabul ederek bana değerli zamanlarında yer veren Özel Sağlık Kuruluşları ve Hastaneler Derneği Başkanı Sayın **Dr. Reşat Bahat**'a, Türk Tabipleri Birliği Merkez Konsey Başkanı Sayın **Prof. Dr. Özdemir Aktan**'a, İlaç Endüstrisi İşverenleri Sendikası yetkililerine, konu ile ilgili kitaplarını bana hediye eden Sayın **Prof. Dr. İlker Belek**'e teşekkür ederim.

Özellikle sağlık ekonomisi üzerinde yazdığı kitaplarını bana hediye eden, araştırmanın verilerine ulaşmamda bana yön gösterici olan ve bu tezin yayınlanmasından çok kısa bir süre önce vefat eden Sayın **Prof. Dr. Ata Soyer**'i de rahmetle anıyorum.

Kişiliğinde bulduğum özellikleri ile akademik dünyaya olan saygı ve inancımı arttıran, tezimin yazımında her aşamada titizlikle yaptığı değerlendirmeler ve hoşgörülü yol göstericiliğinden dolayı Sayın **Doç. Dr. Lerna Yanık**'a ve bölümdeki eğitimime katkıda bulunan tüm öğretim üyelerimize özel teşekkürlerimi sunarım.

Dilek KARAFAZLI

İÇİNDEKİLER

Özet.....	i
Abstract.....	ii
Teşekkür Notu.....	iii
İçindekiler.....	iv
Tablo Ve Şekiller Listesi.....	v
Kısaltmalar Listesi.....	vi
Giriş.....	1
Çalışmanın Yöntemsel Modeli.....	7
BÖLÜM I. NEO-LİBERALİZM, SAĞLIK VE SOSYAL GÜVENLİK.....	9
I.1.”Liberalizm-Neo-liberalizm: Anahatlar”.....	9
I.1.1. Petrol Krizi ve Ekonomik Etkileri	11
I.1.2. Chicago Okulu ve Neo-liberalizm	13
I.1.3. 24 Ocak Kararları ve Türkiye’de Neo-liberalizm	17
I.2. Sağlıkın Tanımı.....	21
I.3. Sosyal Güvenlik Kavramı.....	22
I.4. Sağlık Hizmeti Sektörünün Ekonomi İle İlişkisi.....	23
I.5. Kapitalizmin Krizi Ve Sosyal Devlet Kavramının Aşınması.....	26
I.6. Sağlık Sektörü Bileşenleri.....	28
I.6.1. Sağlık Hizmeti Sunumu Finansmanı.....	28
I.6.2. Sağlıkta Emek/İnsan Gücü.....	33
I.6.3. İlaç Şirketleri.....	34
I.6.4. Medikal Cihazlar.....	35
BÖLÜM II. TÜRKİYE’DE SOSYAL GÜVENLİK VE SAĞLIK POLİTİKALARI.....	37
II.1. Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi.....	37
II.2. Türkiye’de Sağlık Politikaları.....	39
II.2.1. Tarihçe.....	39
II.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı.....	42
II.3.1. Sağlıkta Dönüşüm Projesi Hazırlıkları.....	46
II.3.2. Sağlıkta Dönüşüm Projesi Uygulamaları.....	47
II.3.2.1. Aile Hekimliği	48
II.3.2.2. Sosyal Güvenlik Kurumlarının Birleştirilmesi.....	50
II.3.2.3. Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası.....	51
II.3.2.3.1. Türk Tabipleri Birliği’nin Genel Sağlık Sigortası Uygulamasına Yönelik Eleştirileri.....	52
II.3.2.4. Herkesin Özel Sağlık Kuruluşlarından Hizmet Alması.....	53
II.3.2.5. Döner Sermaye İşletmeleri.....	55
II.3.2.5.1 Sağlık Bakanlığı’na Bağlı Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Görevli Personele Performansa Dayalı Ödeme.....	56
II.3.2.5.2. Sağlık Hizmetlerinde Taşeron.....	57
II.3.2.5.3. Katkı Payı.....	58
II.3.2.6. 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Hizmeti Sunumunda Yapılan Değişiklikler	59
II.3.2.6.1 Kamu Hastane Birliklerinin Kurulması.....	59
II.3.2.6.2.Yabancı Sağlık Personeli Çalıştırılması.....	61
BÖLÜM III. TÜRKİYE’DE SAĞLIK SEKTÖRÜ.....	63
III.1 Özel Hastaneler.....	63
III.1.1. Türkiye’de Yabancı Sermaye Yatırımları.....	63
III.1.2. Türk Özel Hastane Sermayesinin Yurt Dışına Yatırımları.....	72
III.2. Özel Sağlık Sigorta Sistemi.....	74
III.3. İlaç Ve Aşı Sektörü.....	74
III.3.1.İlaç Sanayi.....	74
III. 3.1.1.Türk İlaç Sanayinin Yurt Dışı Yatırımları.....	80
III.3.2. Aşı Pazarı.....	81
III.4. Medikal Cihazlar.....	82
III.5. Sağlık Turizmi.....	83
Sonuç.....	91
Kaynakça.....	98

TABLULARIN LİSTESİ

Tablo 1: Özel hastaneler ve tıp merkezlerinde yabancı yatırımcılara satılan hisseler ve oranları...68	68
Tablo 2: İlaç pazarında ilk 10 firmanın Pazar payları.....78	78
Tablo 3: İlaç sektöründe satın alma ve birleşmeler 2006-2011.....80	80
Tablo 4: Bazı ülkelerde bazı cerrahi uygulamaların fiyatları (ABD doları olarak).....88	88

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil 1: Türkiye’de ilaç pazarı gelişimi.....76	76
Şekil 2: 2011 yılında Türkiye’ye tedavi amacı ile gelen yabancı hastaların özel ve kamu hastanelerine dağılımı.....89	89

KISALTMALARIN LİSTESİ

- ABD: Amerika Birleşik Devletleri
- AKP: Adalet ve Kalkınma Partisi
- Ar-Ge: Araştırma Geliştirme
- BDP: Barış ve Demokrasi Partisi
- BUT: Bütçe Uygulama Tebliği
- CEO: (Chief Executive Officer) Üst Düzey Yönetici
- CHP: Cumhuriyet Halk Partisi
- DB: Dünya Bankası
- DPT: Devlet Planlama Teşkilatı
- DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
- ES: Emekli Sandığı
- FDA: (Food and Drug Administration) Gıda ve İlaç Yönetimi Dairesi
- GATT: (General Agreement on Tariffs and Trade) Gümrük Tarifeleri ve Ticaret Genel Anlaşması
- GSS: Genel Sağlık Sigortası
- GSMH: Gayri Safi Milli Hasıla
- GSYİH: Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
- GAVI: (Global Alliance for Vaccines and Immunization) Küresel Aşı ve Bağışıklama için İşbirliği
- IMF: (International Money Fund) Uluslar arası Para Fonu
- İEİS: İlaç Endüstrisi İşverenleri Sendikası
- İMKB: İstanbul Menkul Kıymetler Borsası
- KBH: Kamu Birlik Hastaneleri
- KDV: Katma Değer Vergisi
- KHK: Kanun Hükmünde Kararname
- MHP: Milliyetçi Hareket Partisi
- OECD: (Organization for Economic Co-Operation and Development) Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
- OHSAD: Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği
- SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu
- SUT: Sağlık Uygulama Tebliği
- SSCB: Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği
- SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu
- TBMM: Türkiye Büyük Millet Meclisi
- TTB: Türk Tabipleri Birliği
- TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu
- TÜBİTAK: Türkiye Bilimsel Teknik Araştırmalar Kurumu
- TÜSİAD: Türk Sanayici İşadamları Derneği
- UNICEF: (United Nation's Children's Fund) Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu
- YASED: Uluslar arası Yatırımcılar Derneği
- YSGM: Yabancı Sermaye Genel Müdürlüğü

Giriş

Dünya üzerindeki tüm canlı varlıkların yaşama hakkı, diğer tüm hakların temelini oluşturmaktadır. Sağlığını kaybetmiş, sağlık sorunları yanı sıra ekonomik sorunlarını çözememiş insanların diğer haklarını kullanabilmelerinin olasılığı çok zayıftır, hatta yoktur. Sağlıklı yaşam hakkının güvence altına alınmadığı bir toplumda diğer hakların varlığından söz etmek, güvence altına almak bir anlam taşımaz. Yaşam hakkının güvence altına alınması insan topluluklarının ortaya çıkışının en temel nedenidir. Hal böyle iken, yaşam hakkının yanında sağlıklı olmak hakkının da güvence altında olması *ab initio adsum*'dur, yani başlangıçtan beri vardır. Bu temel gerekçe devletlerin sağlık alanındaki politikalarına doğrudan temel teşkil etmektedir.

Sağlığın ve ekonomik durumunun güvence altında olması sosyal güvenlik kavramını ortaya çıkarmıştır. Bir açıdan bakınca, aidiyet üzerinden bağlı üyelerinin yaşam hakkının güvence altına alınması ve korunması toplumların devlet olmasının başlangıç nedeni olarak tarif edilebilir. Özel bir coğrafi alanda benzer kültürü paylaşan ve yakın değerler içinde yaşayan insan toplulukları diğer toplumlar ile bir çatı altında toplandığında, ortaklaşa bir kurallar ve kurumlar manzumesi oluştururlar ise devletin varlığından söz edilir. Devletin varlığı, onu oluşturan toplumların belli haklarının korunması anlamını taşır. Sosyal ve ekonomik hakların devlet tarafından güvence altına alındığı hallerde sosyal devletten bahsedilir.

Sosyal ve ekonomik hakların güvence altına alınması için devletin oluşturduğu/oluşturacağı kurallar ve kurumlar sosyal politikalar olarak değerlendirilir. Sosyal güvenlik kavramı sosyal politikaların temel unsurudur. Sağlıklı, huzurlu, birbiriyle çatışmayan, kurallar hiyerarşisinin haklar hiyerarşisi ile çelişmediği toplulukların varlığı sosyal politikalara bağlıdır. Ortaya çıkabilecek tüm sosyal risklere karşı bireylerin ve dolayısıyla toplumun sosyo-ekonomik olarak güvence altına alınması sosyal güvenlik kavramının bütün kurumsal kurallarını oluşturur.

Özellikle çok büyük yıkımlara ve kayıplara neden olan iki dünya savaşının ardından, ekonomik tükenmişliğin ve fiziki yıkılmışlığın altından kalkabilmek, sağlık ve ekonomik konumları devlet tarafından güvence altına alınmış toplumlar için mümkündür. Bu savaşlarda insan/emek gücünün büyük kısmını kaybeden toplumların geride kalan bireyelerine sağlık ve ekonomik güvence sağlayacak üst yapılara ihtiyaç duyması ile sosyal güvenlik politikalarının ve kurumların yapılandırılması kaçınılmaz olmuştur. Beş yüz yıldan daha fazla geçmişe sahip kapitalizmin en önemli kaynağı emek, korunmayı gerektiriyordu. Üretim için hammadde gerekiyordu, hammaddeyi toplayabilmek, çıkartabilmek ve işleyebilmek ancak sağlıklı insan emeği ile mümkündü. Özellikle Avrupa'da toplumsal uzlaşma gereksinimi sosyal devlet kavramının ve buna bağlı politikaların geliştirilmesine neden olmuştur.

Toplum ve nüfus büyüdükçe, sağlıkta teknolojiye paralel gelişmeler oldukça sağlık hakkına talep de birlikte büyümüştür. Artan yaşlı nüfusun sağlık ve bakım ihtiyacı kadar ekonomik güvencelerinin sağlanması sosyal devletin harcamalarını arttırmıştır. Aynı zamanda genç nüfus oranı da büyümüş emek ordusuna katılana kadar ihtiyaçlarının karşılanması devletin yükümlülükleri yanı sıra masraflarını büyütüştür. Ekonomik olarak güvence altındaki sağlıklı emekçi, aynı zamanda en

iyi tüketicidir. Sosyal devletin sağladığı sosyal güvenlik kaynaklarını tüketen ve devletin maliyetini arttıran toplumsal kesim ise sağlıksız veya üretim için emeğinden faydalanılamayanlardır.

“Büyük Buhran” olarak bilinen 1929’daki ekonomik kriz ile dönemin hakim paradigması liberalizm sorgulanmış, kriz sonrasında ekonomik alana devletin müdahil olduğu Keynesyen politikalar hayata geçirilmiştir. Tam istihdam ve sosyal politikalar adına piyasayı düzenleyen ve kurallarını belirleyen devletin 1970’lerin dünya ekonomik krizi ile tekrar sınırlandırılması söz konusu olmuştur. İktisadi alana devletin müdahalesi yeni ekonomik krizin nedeni olarak gösterilmiş, zayıfların korunduğu sosyal politikalardan vazgeçilmesi, sosyal hakları dileyenin (ve imkânı olanın) pazardan satın alabileceği düzenlemelerin yapılması önerilmeye başlanmıştır. Sosyal devlet ilkesinden vazgeçilerek, sosyal güvenlik yıkıma uğratılmaya başlanmıştır.

Dünyadaki neo-liberal politikalara geçişte, petrol krizleri ve sonrasındaki iktisadi düzende devletlerin borç krizine (batağı) girmesi, sosyal devlet politikalarının sürdürülemezliğine dair görüşlerin kuvvetlenmesine neden olan diğer etkenler olmuştur. Gerçekten de bu dönemde birçok nedene bağlı olarak (kötü yönetim, kaynakların israfı, siyasetçilerin popülist politikaları ile kuralların manipülasyonu vb.), var olan sosyal güvenlik kurumları ve yapıları birçok ülkede ekonomik kamburlar oluşturmaya başlamıştır.

Ülkelerde, sosyal güvenliğin olmazsa olmaz şartı sağlık hizmetinin yetersizliği sebebiyle devletler bu yetersizliği aşabilmek için yeni politika arayışlarına girmişlerdir. Sağlık hizmetlerinde reform ihtiyacı, herkesin ulaşabileceği sağlık hizmeti servisinin kurulması adına gündeme getirilmeye başlanmıştır. Yapısal değişikliklere gereksinim duyan yeni reformlar için planlama ve planların çalışır hale gelebilmesi için ön hazırlıkların finansmanı Dünya Bankası (*World Bank*, DB)

tarafından düşük faizli kredilerle sağlanmıştır. Kapitalizmin önemli kurumlarından olan DB ve Uluslararası Para Fonu (*International Money Fund*, IMF) yeniden liberalleşme baskısı altındaki ülkelerde, liberal ekonomi politikalarına uygun reform programları hazırlanmıştır. Politik olarak yeni sağın yükselişi ile sosyal devlet anlayışı yeniden tanımlanarak sosyal güvenlik, piyasa şartlarında bireyin kendi inisiyatifinde tüketeceği bir meta konumuna getirilmiştir. Böylelikle sağlık hizmeti ve diğer sosyal haklar piyasa şartlarında, devletin sübvansiyonu azaltılarak, kapitalist sermaye birikiminin mümkün olacağı sektörler halini almıştır.

Türkiye’de dünyadaki bu gelişmelere paralel olarak 1980’den sonra sağlık alanındaki hizmetlerin sunumunda devletin özel kurumlarla işbirliği yapabilmesinin önü açılarak, sağlığın özelleştirilmesine imkân verecek düzenlemeler yapılmıştır.

Türkiye’nin sağlık hizmeti ve politikalarında bugünkü bakışı değerlendirebilmek için geçmişteki yaklaşımlar göz önüne alınarak tarihsel süreçler çalışmamızda incelenmiştir. Çalışma üç ana bölümden oluşmaktadır: sağlık harcamaları, ilaç ve cihaz tedariki, sağlık turizmi.

Türkiye’deki sağlık harcamalarının toplam bütçesi (Sosyal Güvenlik Kurumu ve cepten ödemelerle) 68 milyar doları bulmuştur. Sağlık hizmeti sunumunda özel hastanelerin payı ise % 34’dür (YASED 2012: 28). Özel hastanelerde yabancı ortaklıklarla büyüme ve sermayenin daha dar çevrelerde toplanmasına doğru bir eğilim görülmektedir. Özellikle yabancı yatırımcıyı Türkiye’de yatırım yapmaya teşvik edecek hukuki önlemlerin alınması ile sağlık sektöründe birçok yabancı yatırımcı boy göstermeye başlamıştır.

Sağlık siteminde neredeyse tek finans kuruluşu olan Sosyal Güvenlik Kurumu’nun (SGK) sağlık harcamaları 2012 yılı için 44 milyar TL’yi aşmıştır. SGK’nın 44 milyar dolara finanse ettiği sağlık bütçesinin yaklaşık 1/3’ü özel hastanelere ödenmektedir. Toplanan primlerin % 55’i sağlık harcamalarına

gitmektedir. SGK'nın gelirleri, giderlerinin ancak % 78'ini karşılayabilmektedir (Özdoğan 2011: 4-9). Bu haliyle sosyal güvenlik sisteminin Türkiye'de sürdürülebilirliği tartışmalıdır. Sosyal Güvenlik sisteminde dünyadaki neo-liberal politikalara uygun yapısal değişikliklerin yapıldığı Türkiye'de, sağlık hizmeti sunumundaki gelişmeler ilgi çekici olacaktır.

Çalışmanın önemli ayağını oluşturan konulardan biri ilaç tedarikidir. Türkiye ilaç pazarı % 11,4'lük büyüme oranıyla dünya sıralamasında 15. sırada olduğu bilinmektedir. İlaç pazarının Türkiye'deki toplam cirosu yaklaşık 14 milyar doları bulmaktadır (YASED 2012: 54-66). Türkiye'deki birçok yerli firma yine son yıllarda artan yabancı sermaye ortaklıklarıyla neredeyse hisselerinin tamamına yakını satarak piyasadan çıkmaktadırlar. Şu anki durumda yerli ilaç pazar oranı % 51,7'dir. Doğrudan ithal edilen ilaçların yanında yerli üretim olarak görülen ilaçların da büyük kısmının hammaddesi ithaldir. Bu nedenle dolaylı olarak Türkiye'deki ilaç pazarının % 85-90'ının yabancı şirketlerin elinde olduğu düşünülebilir. Tüm bunlara ek olarak yerli firmalar ilaç sanayinin sürdürülebilirliği için bilimsel çalışmalara ayıracakları kaynakları bulmakta zorlanmaktadırlar (İEİS 2011). Türkiye'de ihtiyaç duyulan medikal cihazların % 85'inin ithal edilmesi çalışma içerisinde tartışmaya değer bulunmuştur.

Bu çalışmanın diğer bir alt başlığı "sağlık turizmi" olarak belirlenmiştir. Sağlık alanındaki yapılan dönüşümlerin de etkisiyle tedavi amaçlı Türkiye'yi ziyaret eden turistlerin sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Çalışmalar 2010 yılındaki dünya sağlık turizmi pazarını 78,5 milyar dolar olarak vermektedir. Türkiye'nin bu alandaki pazar payı ise 850 milyon dolarla pazarın yaklaşık % 1'ini karşılamaktadır (YASED 2012). Türkiye özellikle çevresindeki ülkelerden olmak üzere dünyanın farklı bölgelerindeki ülkelere tedavi amaçlı gelen, gün geçtikçe tercih edilebilirliği artan bir ülke

konumundadır. Bunun ülke ekonomilerine kattığı değer düşünülduğünde araştırılması gerekli görülen çok önemli bulguları mevcuttur.

Birçok önemli ekonomik bileşenle, ülkede sürdürülmekte olan sosyo-ekonomik faaliyetlere ve dönüşümlere örnek olabilecek sağlık sektörünü tüm bileşenleri ile, son on yılda Adalet ve Kalkınma Partisi (AKP) döneminde hızla uygulamaya sokulan “Sağlıkta Dönüşüm Projesi”nin ekonomik etkileriyle değerlendirerek ve dünyada son yirmi yılda gelişen küreselleşme ve neo-liberalizm çerçevesinde bir değerlendirme yapmak çalışmanın temel amacıdır.

Türkiye’de sağlık alanındaki yeni uygulamaların, 1970’lerden sonra dünyadaki iktisadi değişime uygun olarak gerçekleştiği ve diğer birçok ülkeyle paralel dönemlerde uygulamaya konulduğu bulgusuna rastlanılmıştır. Yapılan incelemelerde Türkiye’deki “Sağlıkta Dönüşüm Projesi”nin aşamalarının henüz tamamlanmadığı bu nedenle sağlık hizmeti sunumunda devletin hala öncü rolü oynadığı, sağlığın sosyal bir hak olarak ağırlığını korumaya devam ederken, özel sermaye/finans gruplarının sağlık alanındaki etkinliğinin her geçen yıl arttığı ve bunda devletin düzenleyici/destekleyici rolünün etkisinin olduğu görülmüştür. Bunlarla birlikte sağlık harcamalarında vatandaşın cepten harcamalarının yıllar içerisinde arttığı tespiti vardır. Bu ise sağlığın giderek özelleştiği savını güçlendirse de şimdilik ekonomik geliri belli bir seviyedeki kesimler tarafından cepten harcamaların olduğu ve buna bağlı olarak da özellikle özel sermaye/finans gruplarının büyük şehirlerde yatırım yaptıkları sonucuna varılmaktadır. Devlet sağlık hizmeti sunumunda hem etkin hem de özel yatırımcıyı teşvik eder durumdadır. Türkiye’de AKP Hükümetleri döneminde neo-liberal dönüşüm hızlanmış olmakla birlikte devletin henüz sağlık hizmeti sunumundaki rolü devreden çıkarılmamıştır.

Yukarıda değinilen politikalara ek olarak AKP Hükümetleri dönemiyle son on yılda yapılan değişikliklerin dünyadaki neo-liberal iktisadi kurallara uygun seyrinin

olduğu araştırmanın bulgularından biri olarak değerlendirilebilmektedir. Neo-liberal politikaların ürünü uluslararası sermaye ve finans gruplarının Türkiye’de AKP Hükümetleri dönemindeki etkinlikleri ve bu çalışma özelinde sağlık sektöründeki uzantıları bu bulguyu güçlendirmiştir. Bu nedenle çalışmamız neo-liberal iktisadi düzen çerçevesinde değerlendirilerek, neo-liberalizm referans teori olarak alınmıştır.

Bu çalışma, Türkiye’de sağlığın sadece bir hak olarak ya “sosyal devlet” ilkeleri ya da piyasa koşullarına ne kadar terk edildiği üzerinde yapılan çalışmalardan farklı olarak sağlığın tüm bileşenleriyle uluslararası politik değişimlere paralel değerlendirilmesi literatüre katkı niteliğindedir.

Çalışmanın Yöntemsel Tarifi

Sağlık ve sosyal güvenlik kavramlarının tanımı üzerinden dünyada sosyal güvenlik için belirlenen ilkeler ve uygulamalar yazılı literatür yoluyla gözden geçirilmiştir. Sağlık sektörünün bileşenleri irdelenmiş ve ekonomi-politikle ilişkisi kurularak dünya üzerindeki sistemik değişimlerden nasıl etkilendiği incelenmiştir. Özellikle 1970’lerden sonra dünya üzerinde yaşanan ekonomik gelişimler ile "sosyal devlet" anlayışının çelişkilerinin uygulanan sağlık politikalarını yansıması irdelenmiştir.

Türkiye’de uygulanmış olan sağlık politikalarındaki değişiklikler ve son on yılındaki sağlık politikaları incelenmiştir. Sağlık sektörünün tüm alanlarına yer verilen çalışmada sağlık hizmeti sunumunun emek değer üzerinden değerlendirilmesi yapılmış, taşeronlaşmaya karşın sendikaların görüşlerine yer verilmiştir. Dünyadaki hakim ekonomik ve politik süreçlerin etkisi altında uygulamaya konan "Sağlıkta Dönüşüm Projesi" nin getirdiği değişiklikler ve ekonomik karşılıkları çalışmada değerlendirilmiş ve bu projeye muhalif olan sivil toplum örgütlerinin ve mecliste grubu bulunan Cumhuriyet Halk Partisi (CHP), Milliyetçi Hareket Partisi (MHP), Barış ve Demokrasi Partisi’nin (BDP) görüşlerine çalışmada yer verilmiştir.

Araştırma alanı olarak sağlık sektörünün seşilmesindeki en önemli etken, sağlığın bir hak olarak kabul edilmesi olmuştur. Bu nedenle alandaki temel araştırma soruları:

- Türkiye’de sağlığın sosyal bir hak olarak geçerliliğini korumakta mıdır?
- Türkiye’nin son on yılında tek başına iktidar olan Adalet ve Kalkınma Partisi’nin (AKP) sağlık politikaları dünyadaki neo-liberal dönüşüme paralel midir?

soruları olmuştur.

Bu sorulara cevap aramak amacı ile Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği (OHSAD) başkanı Dr. Reşat Bahat, Türk Tabipleri Birliği (TTB) Merkez Konseyi Başkanı Prof. Dr. Özdemir Aktan ve İlaç Endüstrisi İşverenleri Sendikası (İEİS) İlaç Politikaları ve Araştırma Müdürü Ceyda Tümen ile yarı yapılandırılmış yüz yüze mülakatlar yapılmıştır.

BÖLÜM I

NEO-LİBERALİZM, SAĞLIK VE SOSYAL GÜVENLİK

I.1. “Liberalizm-Neoliberalizm: Anahatlar”

Tarihsel kökeni 17. yüzyıla kadar uzanan ve en özet haliyle “Sınırlı Devlet” ilkesiyle liberalizm günümüze kadar evrimsel bir süreç geçirmiştir. Ekonomik liberalizm, kapitalizmin bir ögesi olarak kabul edilir. Liberalizmi bireyin ve özgürlüğün öne çıkarıldığı, *laissez-faire* ve *laissez-passer* ve doğal düzenin savunulduğu, piyasa ekonomisine dayalı ve devletin sınırlı olduğu bir öğreti olarak tanımlamak mümkündür. Liberal ekonomik düzen, devletin müdahale etmediği ancak kurallarını koyduğu serbest piyasada özel mülkiyetin, rekabetin, serbest girişimin, özgür ticaretin temel hak ve özgürlükler olarak kabul edildiği bir makroekonomik düzeni anlatır. “Rasyonel insan”ın serbest ekonomik piyasada kendi çıkarlarını rasyonel olarak belirleyeceği için rekabet ile gelişimin ve ekonomik iyileşmenin sağlanacağı öngörülür, ancak ekonomik eşitliğe karşı çıkılır.

Klasik liberalizm bazı neo-klasik iktisat düşünürleri tarafından eleştirilerek, devletin ekonomiye müdahalesi olmadan sosyal refahın varlığından söz edilemeyeceğini savunmuşlardır. Gerçek yaşamda tam rekabetin sağlanamaması ile içsel ve dışsal ekonomilerin varlığı gibi gerekçelerle piyasa ekonomisinin başarısının sağlanamayacağını dile getirmiş ve devletin piyasaya müdahalede bulunmasını savunmuşlardır. Neo-klasik iktisatçılarından sonra İngiliz iktisatçı John M. Keynes de, 1929 yılında dünyada yaşanan büyük krizin ardından devletin ekonomiye aktif müdahalesini savunmuştur (Aktan 1995: 12). Özel sektörün ağırlıklı olduğu ancak

devlet ve kamu sektörünün de büyük rollere sahip olduğu makroekonomik bir politik teori olarak bilinen Keynes'in "Genel Teori"si, toplumsal refah için karma ekonomik düzeni öngörmektedir.

Dünyada yaşanan büyük krizin ardından Keynes İktisat Okulu'nun "müdahaleci devlet" anlayışı önem kazanarak dünya ülkelerine yayılmış ve 1970'li yılların başına kadar ekonomide varlığını sürdürmüştür. ABD'de 1933 yılında Başkan Roosevelt tarafından uygulanmaya başlanan "*New Deal*" (yeni düzen) döneminde Keynesyen politikalarla 1929'daki **liberalizmin birikim krizinden** çıkış amaçlanmıştır. Bu yeni düzende özel sektörün verdiği kararların makroekonomik yıkıcı sonuçlarına çare olarak devletin kontrolünde talebin yaratılarak krizden çıkılması sağlanmıştır.

Keynes, kapitalist toplumun sınırları içerisinde de belirli iktisadi elemanlara müdahale edilebileceğini ve böylece bir düzenlemenin yapılabileceğini ve krizlerin engellenebileceğini belirterek, kapitalizmin bilimsel işleyiş yasalarını incelemiş ve kendi yasalarıyla ortaya çıkardığı ortak bir akıl yoluyla piyasanın işleyişine müdahalede bulunulabileceğini savunmuştur. Kapitalizm piyasa şartlarına terk edildiğinde kriz kaçınılmaz olacaktır (Daldal 2010: 118). Talebin yetersizliği durumunda üreticinin savunmacı davranışları işsizliğe yol açacaktır, devlet bu durumda istihdam sağlayarak talep yaratacak şekilde müdahalede bulunmalıdır. Talep-yönlü iktisat olarak da tarif edilen bu temeldeki makroekonomik teorilerde, ekonomide etkin kaynak kullanımının sağlanması, ekonomik büyüme ve kalkınmanın gerçekleştirilmesi, adil bir gelir ve servet dağılımının temini ve ekonomik istikrarın sağlanması için devletin "toplam talep" üzerinde yönlendirici kararlar alması önerilmektedir (Güngör 1998: 10).

Yaşanan 1929 krizinin ardından patlak veren İkinci Dünya Savaşı henüz bitmeden ikinci başkanlık dönemindeki Roosevelt, 1944'te Bretton Woods'da bir

toplantı düzenlemiştir. Uluslararası Ticaret Örgütü kurulmaya çalışılmış fakat başarısız olmuştur. Ancak Gümrük Tarifeleri ve Ticaret Genel Anlaşması'na (GATT) taraftar birçok ülke ile anlaşmaya varılarak uygulamasına geçilmiştir. 1995 yılında Dünya Ticaret Örgütü'ne dönüşen GATT yürürlüğe girdikten sonra uluslararası ticareti yönlendiren bir kuruluş olarak varlığını sürdürmüştür. GATT'ın özel amacı uluslararası ticaretin önündeki engelleri mümkün olduğunca kaldırmak olmuştur. Katılımcı ülkeler özel girişimcilerin kaçındıkları uzun vadeli yatırımların gerçekleşmesi için Dünya Bankası'nı, borçları düzenlemek ve döviz kurlarını izlemek için de Uluslararası Para Fonu'nu kurmuşlardır (Appleby 2012: 299). Bretton Woods Anlaşması'nın özelliklerinden biri de sabit döviz kurları sisteminin getirilmesidir. Bununla birlikte IMF'ye üye olan bütün ülkeler paranın kurunu dolara ya da altına göre sabitlemeye söz vermişlerdir (Daldal 2010: 121). Keynes'in uluslararası ekonomik sistemin düzenlenmesine yönelik önerileri kabul görmemiş ve uygulanmamıştır.

Keynesyen iktisat, 1929'daki krize tüm eksikliğine rağmen çare yaratabilmiş, kapitalist ekonomiler o ana dek görülmemiş büyüme oranlarına erişerek tam istihdam sağlanabilmiş, siyasi alanda da demokrasinin ve insan haklarının geliştiği, refah toplumlarının ortaya çıktığı "altın çağ" yaşanmıştır. Ancak Japonya'nın post-fordist bir yapılanma ile pazarları işgal etmesi, ABD'deki büyüme oranlarının düşmesi, İngiltere ve Avrupa'nın bundan etkilenmesiyle vb. rejimin krize girdiği tespit edilmiştir (Daldal 2010: 135). Aslında David Harvey'e göre kapitalizm, doğurduğu krizleri kendi lehine çevirebilme yetisine sahiptir ve sermaye dağılımı "yaratıcı bir yıkım" aracılığıyla piyasayı yeniden düzenleyebilmektedir (Harvey 2004: 23).

I.1.1. Petrol Krizi ve Ekonomik Etkileri

Bretton-Woods'da alınan bir kararla dövizlerin dolara endeksli hale gelmesi sistemin başarısızlığı ile sonuçlanmıştır. ABD'nin altın yedeklerinin zayıflaması

politika değişime neden olmuş ve 1971’de doları altına endekslemekten vazgeçtiğini açıklayarak Bretton-Woods sistemi çökertilmiştir. ABD dolarının kur sistemine bağımlılığına son vermiştir. Böylece Keynesyen politikaların para hareketlerine müdahale mekanizmasına son verilmiş ve paranın dünya üzerinde spekülâtif dolaşımının önü açılmıştır (Daldal 2010: 138).

1973 petrol krizi ile birlikte enflasyon ve işsizliğin artışı, büyümenin düşmesi Keynesyen politikaların etkinliğinin tartışılmasına neden olarak, ülkelerde ortaya çıkan bütçe açıklarının olumsuz etkileri bu politikalara bağlanmıştır. Bütçe açıklarının toplam talep yönetimini olumsuz etkilediği ve istikrar bozucu olduğu görüşleri ağırlık kazanmaya başlamıştır. Arz yönlü iktisat teorilerini savunan iktisatçılar ise sadece bütçe açıklarını kapatan denk bütçelerin yapılmasının yeterli olmadığını, beraberinde devletin küçültülmesi gerekliliğini vurgulamaya başlamışlardır (Ergül 2009, 18). Krizi yaratan gerekçeler Keynesyen politikalara bağlanarak devletin ekonomiye müdahalesi, işçi sınıfının genişleyen hakları ve yüksek ücretler gösterilmiştir (Daldal 2010: 140). Bahane edilen tüm bu durumlara karşılık dünyanın yeni iktisadi düzeninde iyileşmelerin olduğuna dair emarelere rastlanamamaktadır.

Petrol fiyatlarının ani yükselmesi ile özellikle petrol üreticisi ülkelerde ortaya çıkan petro-dolar zenginliği ekonomik krizdeki ülkelere kredi-borç olarak aktarılmıştır. İthal petrole bağımlı olan Avrupa ekonomileri yanı sıra diğer dünya ülkeleri de bundan etkilenmişlerdir. Üretim üzerinden birikim yapan diğer merkez ülkelerin ekonomilerinde de sarsılmalar görülmüştür. Ülkeler içindeki uzlaşma ve müzakere süreçleri yerini, yeni düzende pazarın gerektirdikleri ile değiştirmiştir. **Tüm bunların sonucunda ulus-devletin toplumsal bütünleşmenin kurallarını belirleme yeteneği azalmakla birlikte, hâkim yeni iktisadi modellerle ulus-devletler yerine rekabet devletleri yaratılmıştır.** Bu rekabetin koşullarını da değişen

yapısıyla IMF ve DB gibi kurumsal yapılar belirlemeye başlamıştır (Daldal 2010: 152-155). Bundan sonraki süreçte ticarileşmemiş alanlarda DB kredileri ile yapısal uyum altında projeler geliştirilecektir.

I.1.2. Chicago Okulu ve Dünyada Neo-liberal Dönüşüm

David Harvey mekânsal zamansal sabitleme yoluyla oluşan kapitalizmin aşırı birikim krizlerinin çözülmesinin altında yatan temel düşüncenin basit olduğunu ifade eder. Mevcut sermayenin daha makul bir gelecekte piyasaya tekrar girmesi için uzun süreçlere yayılan sermaye projeleri veya sosyal yatırımlar (eğitim, araştırma vb.) yapmak veya başka bir yerde yeni pazarlar, yeni üretim kapasiteleri, yeni kaynaklar, toplumsal ve emek olanakları açmakla bunu gerçekleştirebileceğini söyler (Harvey 2004: 24). Buradaki düşünce şekli Keynesyen politikalara uygulamaya girdiği dönemden beri eleştirel yaklaşan ve “Chicago okulu” olarak anılan düşüncenin temelinde yatan ana unsurları içermektedir.

Ekonomi-politik bir kuram olan neo-liberalizm genelde “Chicago okulu”, özelde de Friedman ekonomik teoremlerine referans verilerek tarif edilmektedir; uluslararası düzeyde konulacak kurallar ile uluslararası serbest piyasa ve serbest ticaretin garanti altına alınması ve özel mülkiyetin öne çıkarılarak devletin küçültülmesi toplumsal refahı sağlayacak ana etkenler olarak bahsedilmektedir (Gambetti 2009: 147).

Keynes’in talep yönlü politikalarını ve devletin ekonomik sistem üzerindeki müdahaleci yaklaşımı ile genişleyen kamu ekonomisi ve bütçe açıklarının kronik enflasyonla krize yol açtığı savları ile 1970’lerdeki ekonomik durgunluk açıklanmaya çalışılmıştır. Bundan sonra F. V. Hayek’in öncülüğündeki Neo-Avusturya Okulu, M.Friedman’ın öncülüğündeki Chicago İktisat Okulu, J. Buchanan’ın liderliğindeki Anayasal İktisat Okulu önermeleri ile liberalizmin yeniden restorasyonu süreci dünya üzerinde popülerlik kazanmıştır. Bu okulların

öncülerine Nobel İktisat ödülleri getiren ve temelde klasik liberal ekonomi önermelerinden siyasi kavram farklılıklarıyla ayrılan neo-liberal iktisat okullarının özellikleri kısaca aşağıdaki gibi özetlenebilir;

Neo-Avusturya İktisat okuluna göre devletin küçültülmesi, kamu harcamalarının azaltılması ve bireysel özgürlüklerin garanti altına alınması gerekmektedir. Chicago okulu ise para arzının sınırlandırılmasını, emisyondaki para hacminin ve toplam değerinin arz edilen mal ve hizmet arzından daha fazla olmaması gerekliliğini (sıkı para politikası) savunurken, Anayasal İktisat okulu ise devletin hem ekonomik hem de politik hak ve yetkilerinin kısıtlanmasını savunurlar (Tayyar, Çetin 2013: 117-118).

Aslında temelde devletin küçültülmesi süreç içinde gerçekleşmemiş, kamunun üretken yatırımlardan çekilerek sağlık ve eğitim gibi temel hizmet alanlarında özel sektöre yeni kâr alanları için yer açarken, kamu harcamalarının bileşimi değişerek, savunma gibi alanlara kayarak artmaya devam etmiştir (Ergül 2009: 25). Ergül'ün bu açıklaması neo-liberalizme getirilen en belirgin eleştirilerden biridir. Özellikle finans-sermaye lehine getirilen düzenlemelerin devletin doğrudan desteğiyle mümkün olabildiği görülmektedir. Benzer bir açıklama da Gambetti'nin aşağıdaki ifadelerinde yer alarak neo-liberalizmin siyasal bir restorasyon olduğu görüşü vurgulanmıştır. Gambetti'ye göre,

“Neo-liberalizmde ekonomik açıdan belirleyici olan, yani sınıf iktidarının yeniden kurulmasını sağlayan sermaye birikim sürecinde reel üretimin yerini büyük ölçüde finansal sermayenin almış olmasıdır. Ancak neo-liberalizm yeni bir toplumsal ve siyasal mantığı da hakim kılmıştır. Kanımca –neo- ön ekini en çok bu vasfı ile kazanmaktadır. Dünyanın önde gelen kapitalist ekonomilerini 1973 yılından itibaren olumsuz yönde etkileyen durgunluğa ek olarak sömürgeci bağımsızlaşan ülkelerin sosyalizme kayması yeni bir sınıfsal örgütlenmeyi gerekli kılıyordu. Bunun önüne geçebilmek için siyasal bir restorasyon şarttı.” (Gambetti 2009: 148).

Neoliberalizm, Gambetti'nin kastettiği şekliyle sermayenin birikimine engel olabilecek devlet yönetimlerinin ortadan kaldırılarak ulus devletler aracılığıyla dünyaya hakim olan bir paradigmadır.

David Harvey'in "Mülksüzleşme Yoluyla Birikim, Yeni Emperyalizm" makalesinde ise, 1973 yılındaki sosyalist Allende'yi kanlı bir darbeyle deviren Pinochet ile Şili'de ve sonrasında Arjantin ile Türkiye'deki darbelerle bu ülkelerin neo-liberalizmin bir laboratuvarı haline geldiği ifade edilmektedir. Bununla birlikte darbe yoluyla olmasa da neo-liberalizmin şiddetle olan ilişkisinden Batılı ülkelerin de nasibini aldığı belirtilmiştir. En belirgin örnekleri Reagan ve Thatcher zamanlarında işçi sendikalarının gücünü azaltmaya yönelik hareketlerde ortaya çıkmıştır (Harvey 2004: 35). Harvey'in dünya genelinden örneklediği bu olayların yaklaşık aynı döneme denk gelmesi neo-liberalizmin küresel ölçekte inşa edildiğine dair kanıt niteliğindedir.

Dünyadaki kapitalist birikim sürecinde liberalizm, muhafazakârlık ile ittifak halinde olmuştur ve liberalizmin iç çelişkilerinin sürdürülebilmesinde muhafazakârlığa ihtiyaç duyulmuştur. Liberalizmden neoliberalizme geçişte de bu ortaklaşma hal daha da belirginleşmiş ve toplumun devlet baskısına ihtiyaç duyulmadan başeğmesi sağlanmıştır (Gambetti 2009: 150). Benzer bir yorum da Alev Özkazanç'ın aşağıdaki ifadelerinde yer almaktadır.

Toplum kavramı liberalizm ile ortaya çıkmıştır. Liberalizme göre siyasi erkler piyasa ve toplumun kendi özerk yasaları ile yürümesini sağlamalıdır. Ancak neo-liberalizmin toplumun özerkliğinin, piyasa şartlarını olumsuz etkilediği tespiti siyasi yönetimin toplumu piyasa şartlarını kabul edecek şekilde baskı altında tutulmasını ve şekillendirilmesini zorunlu olarak görür (Özkazanç 2005).

Neo-liberalizminin geniş halk kitleleri üzerindeki etkisine yönelik bir direniş en çok finans-sermayesinin zararına olacaktır. Finans-sermayesinin yeni düzendeki durumu aşğıdaki ifadeleriyle McMichael tarafından tekrar yorumlanmaktadır.

Bu yeni dönemde paranın değeri ücret ilişkisi üzerinden artı değeri yaratma yeteneği ile değil, gelecekte borçlanıcı olacak ülkelerin, finans kapital sahiplerinin o ülkenin tedavüldeki para birimleri üzerindeki siyasi olarak tarif edilebilecek etkisi ve kredilere hükmedebilme gücü ile ilişkilendirilmiştir (McMichael 2000: 680). IMF'nin bu yeni düzen içinde temel rollerinden birisi küresel sermaye akımlarının sürdürülebilmesini sağlamak için yardım edilmiş devletlerde mali düzenlemeler yapmak ve o ülke vatandaşların zararına bile olacak olsa bankaların kurtarılmasını sağlamak olmuştur. Çağdaş anlamda küreselleşme çok boyutlu bir sınıf projesidir ve bugün pazar özgürlüğü ulus-devlet kurumlarının doğrudan saldırı altında olması anlamını taşımaktadır (McMichael 2000: 687).

Küreselleşme, gelişmekte olan ülkelerde önemli değişikliklere yol açmıştır. Bir yandan yoksul ülkelerde gelir dağılımındaki eşitsizlikler büyürken, yoksul ve zengin ülkeler arasındaki kişi başına düşen gelir farklılıkları da buna paralel olarak büyümüştür. Ülkeye giren yabancı yatırımların reel sektör yerine finansal sektöre kayması nedeni ile yoksul ülkelere zengin ülkelere sermaye transferi hızlanarak artmıştır.

Keynesyen politikalar bahane edilerek krize giren kapitalizmin yeniden liberal iktisadi düzende sınırsız sermaye birikimi oluşturmak üzere yapısal değişimini ve 1970'lerin başındaki ekonomik krizin analizi bu çalışmanın kapsamını aşmaktadır. Gelineen nihai sonuçta Keynes'in iktisadi önermesi sonlandırılarak dünya yeni düzeni neo-liberal politikalara terk edilmiştir. Türkiye bu yeni düzene 24 Ocak 1980 kararlarıyla ayak uyduran ülkeler arasında yer almaktadır.

I.1.3. 24 Ocak Kararları ve Türkiye’de Neo-liberal Dönüşüm

Türkiye’nin 1946’dan sonra çok partili sisteme geçmesinin siyasi olduğu kadar iktisadi sonuçları da olmuştur. Bu dönemden sonra kapalı, korumacı, dış dengeye dayalı içe dönük iktisat politikaları gevşemeye başlamıştır. Demokrat Parti’nin iktidarı ile ithal ikamesi politikaları devreye girerek liberal dış ticaret benimsenmiş fakat dış ticaret açığının büyümesiyle ekonomi dara girmiştir. Türkiye’ye bu sorunları aşmasında dünya ekonomisi ile bütünleşmesi 1954 yılından itibaren IMF tarafından telkin edilmeye başlanmıştır. Türkiye devalüasyon, deflasyonist önlemlerle dış ticarete liberasyona dayalı politikalar yerine Milli Korunma Kanunu’nu yeniden yürürlüğe koymuştur. Ancak her ne kadar dış ticaret ve kamu yatırımlarının genişletilmesi önlemleri alınmışsa da iktidar, 1958’de büyük bir devalüasyon yapmak zorunda kalmıştır ve dış borçlarını erteletmeye uğraşmıştır (Boratav 2012: 110-111). IMF telkin ve önerilerine maruz kalmakla birlikte popülist nedenlerle ve gelmekte olan seçimler nedeniyle direnmeye çalışan Demokrat Parti iktidarının 1960 ihtilali ile devrilmesinden sonra IMF ile ilk “stand-by” anlaşması 1 Ocak 1961’de imzalanmıştır (Yavuz 2009: 216). Bundan sonra takip eden yıllarda IMF ile birçok “Stand-by” anlaşmaları yapılmış ve Türkiye dış borç sarmalına girmiştir.

Dünyada 1970’li yıllarda petrol krizinin patlak vermesi yeni ekonomik bunalımları getirmiştir. Petrole yüksek oranda bağımlı olan Türkiye’nin, krizin kötü sonuçlarını gecikerek hissettiği görülür. 1965 yılından itibaren Avrupa’daki Türk işçilerin Türkiye gönderdiği dövizler dış ticaret açıklarının kapanmasında önemli bir etken olmuştur. Petrole bağımlı sanayisiyle Avrupa ekonomisindeki sıkıntılar 1975’ten sonra hem işçi dövizleri girdisini giderek azaltmış hem de dış ticaretinin çoğunluğunu kapsayan Avrupa’yla ticaret azalmıştır. Bu ortamda Türkiye, petrol ithalatının giderlerini ihracat gelirlerinin yaklaşık yarısı ile karşılamak zorunda

kalması Türkiye ekonomisini zora sokmuştur (Oran 2011: 663). Aynı şekilde Korkut Boratav, dünyanın içinde bulunduğu ekonomik kriz ortamında Türkiye'nin içerde popülist iktisat politikaları izlemesi ve Batı Avrupa'daki Türk işçilerin döviz girdileriyle krizi bir süre erteleyebildiğini ancak başta döviz girişinin azalmasıyla 1977 yılına kadar idare edilen durumun bu tarihten sonra değişerek Türkiye'de 1977-78 kriziyle sonlandığını belirtir (Boratav 2012: 129). Bu noktadan sonra ertelenmiş ekonomik bunalım patlak vererek ekonomik kriz ortaya çıkmıştır. Ekonomisi çöken ve dış borç sarmalına giren Türkiye'nin IMF ile olan kredi anlaşmaları gerekli ek harcamaları karşılamaya yetmeyecek ve uluslararası sermaye piyasasına eklenmeyi deneyecektir. Bu amaçla 24 Ocak kararları IMF ile masaya yatırılacaktır.

24 Ocak kararlarının ekonomik, siyasi ve sosyal sonuçları bakımından çok tartışılan yapısal değişimlere neden olması IMF ile yapılan anlaşmalar arasında özel bir yerde değerlendirilecektir. Sıkça tekrarlanan devalüasyonlar, temel tüketim ürünlerine yüksek miktarlarda zamların yapılması, sıkı para politikasına geçmekle birlikte alt yapı dışında kamu harcamalarının kısıllacağı, faiz oranlarının yükseltileceği, ücretlerin kısıtlanacağı, döviz kurunun değişken olacağı vb. bildirilmiştir. Bu kararlar ekonominin piyasa kurallarına uygun yönetileceğine dair önemli kararlardır. Kurumsal, toplumsal ve siyasal alanda yapısal uyum programı niteliğindedir ve 1970'lerden itibaren yükselen küreselleşmeyle uluslararası kapitalizmin taleplerini yerine getirmek için düzenlenmiş çok yönlü bir programdır. Bu kararların mimarı Dünya Bankası geçmişi olan ve dönemin Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarı Turgut Özal'dır (Oran 2011: 665). Yapısal uyum adı altında uygulamaya konulan bu programın dönemin toplumsal muhalif kesimleri tarafından tepki ile karşılanacağı kuşku götürmez bir durumdur. 12 Eylül 1980 tarihinde gerçekleşen darbenin 24 Ocak kararlarının yürütülmesine uygun toplumsal zemin ve

istikrarı sağlama amacıyla yapıldığı görüşleri mevcuttur. Böylelikle toplumsal tepkilerin önüne geçilerek Turgut Özal'ın başbakanlığı dönemindeki Türkiye'nin dışa açık ekonomik değişimlerle küreselleşmeye entegre bir ülke haline gelmesi kolaylaşmıştır.

Turgut Özal hükümetleri döneminde 1954 yılında yürürlüğe girmiş olan 6224 sayılı “Yabancı Sermayeyi Teşvik Kanunu”na dayalı olarak çıkarılan 8/168 sayılı “Yabancı Sermaye Çerçevesi Kararnamesi” ile ülkeye yabancı sermayenin girişi amaçlanmış, “yap-işlet-devret” ve “ortak-işletme” formülasyonları hayata geçirilmiştir. Ayrıca 1989 yılında “Türk Parasını Koruma Kanunu”na dayandırılarak çıkarılan 32 sayılı kararname ile yabancıların mülk edinebilmeleri ve menkul kıymetler piyasasından alım yapabilmelerine izin verilmiştir. Ancak asıl olarak yabancı sermayenin Türkiye'ye yatırıma davet edecek önlemler AKP hükümetleri döneminde çıkarılan 17.06.2003 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren 4875 sayılı “Doğrudan Yabancı Yatırımlar Kanunu” ile sağlanmıştır (Nudralı 2012).

Neo-liberalizmin temel amacı bütün toplumsal varoluş alanlarının piyasa modeline göre yeniden düzenlenmesidir. Bu refah devletinde yönetimin hedefi olan toplumun çözülerek bireysel temelde mikro/ahlaki cemaatlere dönüştürülmesidir. Bu, bireyler arasında kamusal ve yurttaşlık üzerinden oluşan bağların cemaat bağlarına terk edilmesine neden olur. Böylelikle piyasa modelinin önünde sorun olan tüm değer ve kurumlar teker teker temizlenerek, devlet zoru ile piyasa karmaşık bir şekilde birbirinin içinde yer alır. Türkiye'de Türk-İslam-Piyasa sentezi olarak gündeme gelen yeni sağcılık aslında liberalizmle birlikte zımni bir varlık gösteren muhafazakârlığın ifadesi olmuştur (Özkazanç 2005). Alev Özkazanç'ın Türkiye'deki neo-liberal dönüşümün siyasi araçları ve sonuçlarına dair tespitleri en az ekonomik sonuçları kadar önemlidir.

Yapısal reformlar ile salt ekonomik bir olgu olmaktan çıkarak siyasi bir yapılanma olan neo-liberalizm, Türkiye’de küreselleşmeye uygun ekonomik, etnik ve dinsel çıkar gruplarıyla özdeşleşen otoriter bir devlet anlayışını ortaya çıkarmıştır. Bu otoriter devlet yapısı eğitim, sağlık, sosyal güvenlik gibi temel kamu hizmetlerini piyasa şartlarına terk ederken, fakirlik yönetimi (zekât, sadaka, yardım vb.) ile sosyal devlet anlayışı tanımını yapmaktadır. Bu süreçte siyasi otorite sivil toplum kuruluşlarını (vakıf, dernek vb.) ve yerel yönetimleri öne çıkarmaktadır (Gambetti 2009: 158).

1980 darbesinden sonra Türkiye sağ iktidarlar tarafından yönetilmiş olmasına rağmen yeterli yabancı sermaye ve dolayısıyla sıcak para girişi sağlanamamıştır. Bunda 1980’li yılların sonuna doğru ve 1990’lı yıllardaki çok partili koalisyon hükümetlerinin yarattığı siyasi istikrarsızlığın rolü gözden kaçırılmamalıdır. Mali tablonun ülke içindeki sıkıntıları siyasi ortamla birlikte ekonomik krizlerin yaşanmasına neden olmuştur. 2001 krizi bunlar arasında dikkat çekicidir. Ecevit’in başbakanlığı döneminde patlak veren krizden sonra IMF ve DB ile yapılan anlaşmaların uygulanması Ecevit’ten sonraki AKP Hükümeti ile olmuştur. AKP döneminin ayırt edici özelliği ise Türkiye’nin neo-liberal iktisadi ve siyasi politikaların hızlı bir şekilde uygulanmasına dönük çabalarıdır. Bunun için yapılan ilk değişikliklerden biri 4875 sayılı kanunun yürürlüğe sokularak yabancı sermayenin Türkiye’deki etkinliği artırmaya dönük çabaları olmuştur. Bu uygulamalar ile sağlık hizmet sektörü gibi daha önceden ticarileşmemiş alanlara yabancı sermayenin yönlendirilmesi sağlanmıştır. Ülke içine sıcak para girişi artarak döviz rezervleri ve borsa menkul kıymetleri de artmıştır.

I.2. Sağlığın tanımı

Amerika Birleşik Devletleri'nin (ABD) San Francisco şehrinde 1945 yılında toplanan 'Birleşmiş Milletler' konferansında katılan ülkeler tarafından dile getirilmesiyle uluslararası düzeyde bir sağlık örgütü kurulması kararı verilmiştir. Bu yönde yapılan çalışmalar ile 1946 yılında 'Birleşmiş Milletler'e üye elli bir ülke tarafından 'Dünya Sağlık Örgütü' anayasası oluşturulmuş ve altmış bir ülke tarafından imzalanmıştır. Beraberinde kurulan ara komisyon çalışmalarını tamamlamış 7 Nisan 1948 yılında 'Dünya Sağlık Örgütü' (DSÖ) resmen kurulmuştur (WHO 2013).

Sağlığın bugün en geçerli tanımı yukarıda bahsedilen DSÖ anayasasında bulunmaktadır. Buna göre sağlık sadece hastalık sakatlık halinin olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halidir. Bu tanımlamaya daha sonra sosyal ve ekonomik olarak üretici bir yaşam sürebilme kavramı da eklenmiştir (Kesgin, Topuzoğlu 2006: 47).

DSÖ anayasasında yer alan şeklinden başka 1948 yılında kabul edilen ve Türkiye'nin de ilk imzalayan ülkelerden biri olduğu 'İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde sağlık temel bir insan hakkı olarak kabul edilmiştir ("İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi" 1948). Bu bildirmede sağlık hakkı 25. maddede;

"1. Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes, işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir. 2. Anaların ve çocukların özel bakım ve yardım görme hakları vardır. Bütün çocuklar, evlilik içi veya evlilik dışı doğmuş olsunlar, aynı sosyal güvenceden yararlanırlar" şeklinde düzenlenmiştir.

Kazakistan'ın Alma Ata şehrinde 1978 yılında toplanan konferansta sonuç bildirgesinde "2000 yılında herkese sağlık" şiarı tüm ülkelere gerçekleştirilmesi gereken bir hedef olarak konulmuştur. Bu bildirmede temel sağlık hizmetleri devletin görevi olarak tanımlanırken, 1986 yılında Ottawa'da yapılan toplantıda açıklanan bildirge şartı (Ottawa şartı) sağlığı geliştirmenin sadece sağlık sektörüne yüklenemeyeceği, diğer sektörlerin de sorumluluk alması gerektiğini vurgulamıştır. Daha sonra yapılan birçok toplantıdan ortaya çıkan sağlığın korunması ve geliştirilmesine dair uluslararası kabul gören bildirmeler bireysel haklar üzerine yoğunlaşmıştır. Dubrovnik sözleşmesi olarak bilinen 2001 yılında yayınlanan sözleşmede ise sağlık finansman yöntemleri ve sağlık sunumunda kalite yönetimi tanımlarına yer verilmiştir (Aktan, Işık 2007) .

I.3. Sosyal Güvenlik Kavramı

Sosyal güvenlik kavramı, toplumun hastalık, işsizlik, kazalar, doğum, ölüm, maluliyet, yaşlılık gibi nedenlerle ortaya çıkabilecek ekonomik ve sosyal sorunlara karşı kamu önlemleri ile kendini koruması anlamını taşımaktadır. Sayılan durumlarda ortaya çıkan en önemli sorun bireyin gelirinin azalması veya giderlerinin artmasıdır. Kısaca sosyal korunma gereksinimi duyuran ihtiyaçlar risk olarak tanımlanır. Aynı zamanda sayılan bu risklerin gerçekleşmesi bireyin işgücü kaybı veya ekonomik durumunun bozulmasına neden olur, ekonomik bir güvensizlik ortamı oluşturur. Bunlardan dolayı sosyal güvenlik politikaları bu risklerin bireyin üzerindeki ekonomik, fizyolojik ve sosyal etkilerini ortadan kaldırmaya yönelik olarak geliştirilir. Çağdaş sosyal güvenlik kavramının en önemli unsurunu sağlıkla ilgili riskler oluşturur. Bireyin karşılaştığı toplumsal veya fizyolojik yaşamını tehdit edebilecek risklere karşı güvence sağlamak amaçlanmıştır (Güvercin 2004: 90).

Almanya’da 19. yüzyılda sosyal sigortacılık sistemini kuran şansölye Bismarck’tan ismini alan, zorunlu primlerle oluşturulan sosyal yardım sandıklarının sağlık harcamalarını gerçekleştirdiği model kullanılmıştır (Hermann 2011: 144). Özellikle merkez kapitalist ülkelerde sağlık hizmetinin toplanan vergilerden karşılandığı, ilk olarak İngiltere’de kullanılan "Beveridge" sistemi Kuzey ve Güney Avrupa ülkelerinde bazı değişikliklerle uygulamaya sokulmuştur. İkinci Dünya Savaşı sonrası özellikle ABD ve Avrupa ülkelerinde yaşayan insanların ekonomik durumları ve ihtiyaç duyulan iş gücü ihtiyacı sosyal devlet kavramının devletlerin politikası haline getirilmiş ve sağlık hizmetleri kamu eliyle sürdürülmüştür. Bunların dışında da “Semashko” modeli Eski Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği’nde (SSCB) geliştirilmiş olan sistemdir ve tamamının kamusal bütçeden finanse edildiği bir yapı söz konusudur (Yıldırım, Yıldırım, Akbulut 2012: 12).

I.4. Sağlık Hizmeti Sektörünün Ekonomi İle İlişkisi

Sağlık hizmeti ve sağlık ekonomik bir alan olarak da tanımlanır. Toplum ve insan sağlığı dolaylı olarak emek ve işgücü üzerinden ekonomik yapı ile ilişki halindedir. Öbür yandan Belek’e göre, sağlık ve sağlık hizmeti bir üretim alanına da işaret eder ve politik ekonominin temel varsayımları geçerlidir; sağlık hizmeti sektörel olarak geniş bir çeşitlilik gösteren büyük bir istihdam kapasitesine sahiptir, sektör olarak ekonomik dinamizme katkısı olan büyük alıcı ve satıcı role sahiptir, toplumsal sağlığın bozulması emeğin elde edilebilirliğini azaltırken üretkenliğin bozulmasına neden olur (Belek 2009: 45-46).

İkinci Dünya Savaşı’nı takiben sağlığın evrensel bir insan hakkı olarak kabul edilmesi yanı sıra sağlık hizmeti almanın da vatandaşlık hakkı olarak kabul görmesi savaş sonrası ortaya çıkan toplumsal gereksinimleri karşılamak amacıyla dönük olarak akıl edilmiş bir ekonomik olgudur. Yıkım geçirmiş merkez kapitalist ülkelerde

kapitalizmin restorasyonu sağlıklı işgücüne ve temel ihtiyaçların ötesinde tüketim yapabilecek, piyasadan mal talebinde bulunacak sağlıklı bireylere ihtiyaç duymaktaydı. Ekonomilerinin kalkınması için devletin Keynesyen düzenlemelere ve bireylerin temel ihtiyaçlarının karşılanabilmesi için sosyalist reçetelere aynı anda ihtiyacı vardı. Bu nedenle piyasa kuralları devlet tarafından belirlenirken eğitim, barınma, sağlık gibi temel ihtiyaçlar devlet tarafından karşılanacak şekilde düzenlenmiştir (Appleby 2012: 295-296). Birçok Avrupa ülkesi sosyal güvenlik sistemlerinde son dönemdeki değişimlerine rağmen hala bu düzenlemelerin etkisi altındadır.

Sağlıkta hizmet üretimi yüksek maliyete sahiptir. Hastalıkların tedavilerinde günün gelişen teknolojilerinin getirdiği olanakların kullanımı maliyet üzerinde sürekli artan bir yük getirir. Koruyucu sağlık hizmetleri ise daha düşük maliyete sahiptir. Bunların yanı sıra sağlıklı işgücünün koşulları iyileştirilmiş yaşam koşullarına, barınma ve beslenme gereksinimine ihtiyacı vardır. İkinci Dünya Savaşı sonrasında göz önüne alınan temel kriter bunlara dayanmıştır. Kurulmaya çalışılan refah devletleri sağlık harcamalarını kamu kapsamına almasının ardında yatan temel neden bu olmuştur (Gökbayrak 2010: 142). Ülkelerin gelişmişlik indekslerinde sağlık verilerinin kriter alınması yukarıda bahsi geçen yorumları destekler niteliktedir.

Sağlık hizmeti sektörü emek yoğun karakteri olan bir üretim alanıdır. Aynı anda yüksek becerili ve yüksek eğitilmiş çalışan istihdamı ile beraber eğitimsiz-becersiz işgücüne de ihtiyaç gösterir. Sağlık sektörünün bir ülkedeki büyüklüğü, o ülkenin gelişmişlik düzeyi ve refahı ile paralellik gösterir. Sağlık hizmetinin sunumunun bozulması, o ülkedeki ekonomik göstergeler üzerinde doğrudan olumsuz etkiler yapabilme potansiyeline sahiptir: emek gücü elde edilebilirliğinin

azalmasından turizme kadar birçok ekonomik parametre üzerine etkisi gösterilebilir (Belek 2009: 44-47).

Sağlık hizmetine olan talep ve tüketim açısından değerlendirildiğinde kapitalist serbest piyasa koşullarından ayırt edici özelliklere sahiptir. Pala'nın değerlendirmesindeki gibi bu özellikler şu şekilde sıralanabilir; a) sağlık hizmetine ne zaman, nerede ve ne kadar ihtiyaç duyulacağı önceden kestirilemez, ortaya çıkan talep sıklıkla rastlantısaldır, b) sağlık hizmeti talebinin yerine ikame edilecek başka bir hizmet türü yoktur, maddi değeri daha düşük olan bir başka hizmet türü ile değiştirilemez, c) sağlık hizmeti talebinin karşılanması ertelenemez, belli bir maddi miktarın biriktirilmesine kadar beklemek söz konusu değildir, d) sağlık hizmeti tüketicisi konumunda olan kişiler alacakları hizmetin niteliğini belirlemede söz sahibi değildirler, sunulmuş alternatifler arasında seçim yapmak için gereken bilgi ve bilince sahip değildirler, e) sağlık hizmetinin çıktısı para olarak ifade edilemez ve oluşan artık değer için bir tanımlama yapılamaz (Pala 2007: 14-16). Pala'nın bu değerlendirmeleri insan sağlığının kâr amacı güdülebilecek bir alan olarak görülmesine dönük politikaların etik değerlerine ışık tutmaktadır. Sağlığın temel bir insan hakkı olduğu görüşüne katkı niteliğindedir.

Genel olarak bakıldığında sağlık hizmeti dört ana başlık altında incelenebilir: Tıbbi teknoloji ve ilaç, tıbbi bakım hizmeti, çevreye yönelik koruyucu hizmetler, idari hizmetler ile otelcilik hizmetleri (Belek 2009: 47). Tıbbi bakım hizmetleri de bireye yönelik tedavi edici ve koruyucu hizmetler olarak ayrı ayrı değerlendirilebilir. Emek gücü yönünden ele alındığında tıbbi teknoloji ve ilaçların üretiminde sanayi işçileri, tıbbi bakım hizmetlerinde hekimler, hemşireler, laboratuvar teknisyenleri, eczacılar, sağlık memurları vb., otelcilik ve idari hizmetler bakımından da vasıfsız temizlik işçilerinden memurlara kadar değişik niteliklere sahip istihdam alanları bulunur. Hizmetin ortaya çıkarılmasında kullanılan emek araçlarının üretilmesinde

yüksek teknolojili sanayi işletmeleri (tıbbi cihazlar, ilaçlar) yanı sıra hizmet sunumunun yapıldığı tüm alanların oluşturulmasında katılımı olan sektörler (inşaat, büro araç ve gereçleri üretimi, temizlik maddelerine kadar) bu sektörün ekonomik süreçleri içinde yer alırlar (Belek 2009: 49).

Bu kadar çok değişkenin rol oynadığı bu sektörün yukarıda sayılan parametreleri daha çok girdiler olarak maliyeti belirleyen unsurlardır. Sağlık hizmetinin çıktısının ekonomik değerini hesaplayabilmek iki farklı anlam içerir. Tedavi ihtiyacı duyan bir kişinin sağlığına kavuşması, sakatlanması veya hayatını kaybetmesi ekonomik anlamda değeri kolay hesaplanamayacak sonuçlardır. Sağlıklı birey olarak kişinin toplumsal üretime olabilecek katkısı bir açıdan çıktı olarak değerlendirilebilecekken, sağlıksız ya da sakat olarak sürekli bir bakıma muhtaç olması toplumsal anlamda 'yük' bir maliyet anlamına gelecektir. Benzer şekilde üretici olabilecek bir bireyin hayatını kaybetmesi toplumsal anlamda ekonomik bir kayıp olarak değerlendirilebileceği gibi, her bireyin toplumsal ekonomiye ve kamuya getirdiği sosyal yükün maliyetinden kazanç anlamına da gelmesi değerlendirmede çeşitliliklere neden olur. Hizmet sektörü olarak değerlendirildiğinde, hizmet sunucusu işletme için "kârlılık" perspektifinden de değerlendirilebilen piyasa unsuru oluşturabilecek bir çıktı türevi tarifi de mümkündür. Tüm bu değerlendirme çeşitliliği devletler tarafından uygulanan sosyal politikalara göre değişik tanımlamalara yol açacaktır.

I.5. Kapitalizmin Krizi ve Sosyal Devlet Kavramının Aşınması

Sanayileşmiş ülkelerde finans sektörlerinde kamu kontrolünün azaltılarak liberal ekonomik politikaların geçerlilik kazanmaya başlaması ile sosyal harcamaların azaltılması gündeme gelmiştir. IMF ve DB gibi kuruluşların dış borç krizindeki gelişmekte olan ülkelerde uygulamaya soktuğu programlar ise ihracat

amaçlı üretim ve sosyal uzlaşmacı devlet anlayışının ortadan kaldırılması yönünde olmuştur (Soydan 2007: 115).

DB'nin ülkelere önerdiği yapısal uyum politikaları için bünyesindeki özel bölümler aracılığıyla birçok ülke için sağlık hizmeti sektörü analizleri hazırlatarak yayınlamıştır. Farklı ekonomik yapı ve özellikteki ülkeler için birbirlerine çok benzeyen programlar hazırlanarak, sağlık alanında finansman açıklarını anlatan sağlık krizleri tanımlanmıştır. Tanımlanan krizlerin çözümleri için ülke akademisyenlerine ve kamuoyuna yönelik "sağlık reformu" önerileri verilmiştir. Bu önerilerin bir an evvel hayata geçirilebilmesi için düşük faizli krediler verilmeye başlanmıştır. Söylemde ülkedeki tüm vatandaşların sağlık güvencesine kavuşturulması için yeniden yapılanmaya gidildiği anlatılmıştır. Bu noktada ortaya çıkan önemli bir husus ise, reform uygulaması için ülkelere atanan danışmanlara ödenen paralar bu düşük faizli kredilerden sağlanmasıdır. Danışmanlar yoluyla hükümet programlarına sosyal güvenlik yapılarının tek çatı altında toplanması, özel sektörün sağlık hizmeti sunumuna dâhil edilmesi amaçları konulmuştur. Sağlık harcamalarının yüksek maliyeti ve kamu kaynaklarının verimsiz kullanımı neden gösterilerek bu yükün tüm vatandaşlarca paylaşılması gerekliliği vurgulanmıştır (Hamzaoğlu 2011: 26). Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin Türkiye'deki uygulamasından sonra vatandaşların cepten ödemelerinde artışın olduğu gerçeği dikkate alındığında uygulamanın eksiklerine rağmen başarılı olduğu söylenebilmektedir.

1980'lerin başından itibaren ilk önce Şili, Arjantin, Meksika, Hindistan'da uygulanmaya başlayan DB kontrolündeki reform programları sonraki yıllarda 60'ın üzerindeki ülkede, son olarak 2006 yılından itibaren Azerbaycan'da olmak üzere benzer şekilde uygulamaya sokulmuştur (Hamzaoğlu 2011: 27). 1990 sonrasında neo-liberal politikaların yaygınlaşması sağlık hizmetinin yeni bir sermaye biriktirilebilir alan olarak ortaya çıkmasını hızlandırmıştır. Sağlık hizmetinin

metalaştırılması ve piyasa koşullarında uygulanır olduğu tablolar belirginleşmiştir (Leys 2011: 33). Neo-liberal politikalar ve küreselleşme olgusunun sonucu olarak devletin rolü sınırlı/düzenleyici devlet olarak yeniden tanımlanarak toplumsal ihtiyaçların karşılanmasına yönelik ortak tüketimdeki kamu hizmeti, niteliği farklı tanımlanarak sağlık sektöründe olduğu gibi küresel kamusal mal haline getirilmiştir. Böylelikle finansmanında kâr amaçlı özel kaynakların rolü tarif edilmiştir (Ener, Demircan 2008: 59-68).

I.6. Sağlık Sektörü Bileşenleri

I.6.1. Sağlık Hizmeti Sunumu Finansmanı

Dünyada sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında kamu ve özel kurumlar ile aktörler her zaman bir arada bulunmuşlardır. Birçok ülkede bunlara ek olarak kâr amacı gütmeyen vakıf temelli sağlık hizmeti sunumu işletmelerinin varlığı tabloyu daha da karmaşık hale getirir. Tıbbi teknolojinin ve antibiyotiklerin gelişimi ile 19. yüzyılın ikinci yarısından sonra hızla artan yaşam beklentisi ile sağlık hizmetlerinin sunumunda kurumsallaşma birlikte olmuştur. Özellikle salgın hastalıkların önlenilebilir olduğu, çevre sanitasyonunun önemi ve hijyen kurallarının tıbbi kanıtlar ile belirlenmesi tıp tarihindeki en önemli gelişmeler olarak ortaya çıkmıştır. Bunların sanayi devrimi sonrasında ihtiyaç duyulan sağlıklı emek gücü yaratma potansiyelinin yanı sıra talep üreten tüketiciler üretme olanağı ekonomilerin güçlenmelerine neden olmuştur. Bu gerçekler merkez kapitalist ülkelerde sağlık politikaları geliştirme ihtiyacını ortaya çıkarmıştır. Özellikle 20. yüzyılın başından ve ortasında yaşanan büyük yıkım getiren iki dünya savaşı Avrupa ülkelerinde sağlığın kamusal bir devlet projesi olarak gelişmesine neden olmuştur.

Almanya'da sosyal sigortacılık sistemi Bismarck tarafından yürürlüğe sokulmuş ve uygulanan ülkelerde bu adla anılmıştır. Bu, temel olarak bireylerin

ödemekle zorunlu olduğu sigorta primlerinin sandıklarda toplanarak sosyal gereksinimlerin bu havuzdan karşılanması sistemi olarak tarif edilebilir (Hermann 2011: 144). Ücretlerden zorunlu yapılan kesintilere işveren ve devletin katkı yapması ile genişletilen kapsam ve büyütülen hacim halen Türkiye dâhil olmak üzere birçok ülkede bazı değişiklikler ve modifikasyonlar ile uygulanmaktadır.

Bismarck modelinden başka bir model ise Britanya’da geliştirilmiştir. Beveridge sistemi olarak adlandırılan bu sistemde 1945 yılında ulusal sağlık idaresi (*National Health Service*) kurulmuş, bütün kâr amacı gütmeyen vakıf hastaneleri ile yerel idarelerin sağlık işletmeleri devralınmıştır. Bu işletmelerin ve verdikleri sağlık hizmetinin finansmanı vatandaşlardan gelir düzeylerine göre kesilen vergiler yoluyla yapılmaktadır. Aynı zamanda özel sağlık sigorta sistemine de izin veren bu sistemde sağlık hizmeti talep eden kişi hizmet bedelini özel sigortasından da yaptırabilmektedir. Özel sigorta tarafından karşılanan sağlık hizmetlerinden hekimler ve sağlık işletmelerinin doğrudan pay almasına da olanak tanınmıştır. Ağırlıklı olarak kamu tarafından sağlanan sağlık hizmeti finansmanının bu karma sistemi Britanya dışında Kuzey ve Güney Avrupa’nın birçok ülkesinde uygulamaya girmiştir (Hermann 2011: 144-145).

Dünya’da birçok ülkede yukarıda anlatılan her iki sistemi de karma bir şekilde uygulayan ülkeler vardır. “Bev-marck” olarak da tanımlanabilen bu sistem içinde sosyal güvenlik unsurları teker teker ayrı ayrı belirlenerek, risk alanına göre yapılandırılmaktadır; örnek olarak emekliliğin bireysel olarak sigortalanması fakat sağlık harcamalarının vergilerden karşılanması gibi.

ABD’de sağlık hizmeti sunumu ve finansmanında kamunun rol alması Avrupa ülkelerine oranla yaklaşık 50 yıllık bir gecikmeyle olmuştur. Başlangıçta çalışanlara yönelik kaza veya hayat sigortaları şeklinde 19. yüzyılın sonunda ortaya çıkan sistem sürmemiş ve kısa sürede ortadan kalkmıştır. 1920’lerde çeşitli meslek kuruluşları

kendi aralarında ön ödemeli, adata dayalı finansman sistemi kurmuşlardır. Öncülüğünü doktorların ve öğretmenlerin yaptığı bu yapı bugüne kadar devam ede gelmiştir. Bismarck modeline benzer istihdama dayalı sigorta yapısının oluşturulması ise 1945'ten sonra gelişmiştir. Bu sistem içinde işçinin hastalık tedavisi için sigorta priminin % 85'ini işveren, % 15'ini ise işçi ödemektedir. Aile bireyleri için ise bu oranlar % 75'e % 25'tir (Akalin 2013: 1-4). Buna ek olarak sigorta şirketleri geliştirdikleri paketlerle farklı şekillerde ödeme yaparak alınan sağlık hizmetini tedaviden daha farklı seçenekleri de içerecek şekilde genişletmişlerdir. Her birey birden fazla sağlık güvencesi sistemine sahip olabilmektedir. Sonuçta temel olarak üç kategoride sağlık hizmetleri finansmanı verilmektedir; a) genel bütçeden katkı alan *Medicare*, *Medicaid* ve askerlerin sağlık giderlerini karşılayan program, b) tamamen cepten ödeme, c) istihdam temelli sigorta programı. Tüm bu programların sağlık hizmetini karşılama oranları limitlidir, sağlık hizmeti talep eden her birey değişen miktarlarda cepten ayrıca ödeme yapmak zorundadır. *Medicaid* sistemi 1965 yılında devreye sokulmuştur ve herhangi bir mülkü olmayan fakir kişiler için her eyalette farklı şekilde uygulanan bir sosyal yardım fonudur. *Medicare* ise 65 yaş üzerindeki vatandaşlar ile 66 yaş altındaki özürülü vatandaşların hastanelerden aldıkları sağlık hizmetinin % 80'ini ödeyen ve vergilerle finanse edilen sigorta sistemidir (Akalin 2013: 1). Toplamda bakıldığında yaklaşık 31 milyon Amerikan vatandaşı hiçbir sosyal sağlık güvencesi programından yararlanamamaktadır (Özdoğan 2012: 3). ABD örneği, sağlığın ekonomi-politik yönden irdelenmesinde önemlidir. Teknolojik alt yapısı ile tıbbi cihaz sektörü ve ilaç dâhil sağlığın birçok alanında öncü şirketlere sahip olması ABD'nin rolünün sağlığın tüm dünya ülkelerindeki uygulamalarında dikkate alınmasını zorunlu kılmaktadır. ABD'deki sağlık sistemi son dönemde öne çıkan politikalara zemin oluşturmaktadır.

ABD’de son iki başkanlık seçiminde başkan olarak seçilen Barack Obama tarafından sağlık sistemi finansmanında kamu payının artırılmasıyla sonuçlanacak reform vaatleri tam olarak gerçekleştirilememiş ve dev özel sigorta şirketlerinin tepkisi ile karşılaşılmıştır. Sağlık finansmanı sağlayan şirketlerin büyük lobi faaliyetleri ile temsilciler meclisindeki ve senatodaki etkileri nedeni ile uygulamaya sokulmak istenen **kâr amacı gütmeyen sigorta şirketi kurulması taslağı** yürürlüğe konulamamıştır (Gottschalk 2011: 138).

Bismarck tipi sağlık sisteminin sürdüğü ülkelerde 1980 sonrasında kamu harcamalarından sağlığa ayrılan payın azaltılması yoluna gidilmiştir. Burada doğan açığın bireysel özel tamamlayıcı sigortalar yoluyla karşılanması teşvik edilmeye başlanmıştır. Özellikle kamu tarafından karşılanmayan alanların veya grupların özel sağlık sigortalarına yönelmelerinin arttığı gözlenmektedir. Bu ülkelerde tamamlayıcı sağlık sigortalarına sahip olma oranı Fransa örneğinde olduğu gibi nüfusların % 85’ine kadar tırmanmıştır (Hermann 2011: 148-150).

Beveridge tipi sağlık örgütlenmesi olan Avrupa ülkelerinde ise sağlık sunumu yapılan yerlerin, yani hastanelerin veya sağlık ocaklarının ticari işletmelere dönüştürülmesi yapılmıştır. Özerk statü sağlanan eski kamu sağlık kuruluşları zaman içinde halka açık şirketlere dönüştürülmüştür. Hastanelerin kendi finans kaynaklarını yaratmasına dayalı finans sistemi kurularak finansman ve hizmet sunumu birbirinden ayrılmıştır. Halka açık şirketlerin büyük sigorta şirketleri ya da özel sağlık kuruluşları tarafından satın alınması engellenmemiş, aksine teşvik edilmiştir. Tedavi bedellerinin ise tanıya dayalı paketler şeklinde uygulanması giderek, bedeli karşılanacak ilaçların bu tedavi paketlerine sınırlanması yaygınlaştırılmıştır. Beraberinde hastanede yatış sürelerini kısaltarak masrafları azaltmak yönünde politik baskı sistemi oluşturulmuştur (Hermann 2011: 151-152).

Finansman ve hizmet sunumunun ayrıştırılması beraberinde sağlık hizmeti sunumunda taşeronlaşmayı getirmiştir. Başlangıçta sadece otelcilik, yemek, temizlik hizmetleri gibi alanların taşeron tarafından tedariki olarak görülen yapı giderek yüksek bilgi ve teknolojiyi içeren sağlık hizmetlerini ve muhasebeyi de içerir hale gelmiştir. Bu taşeronluk sözleşmeleri ise uzun vadede kamu-özel ortaklıklarına dönüştürülmüştür. Bu yapıların ortaya çıkmasından sonra görülen değişiklik çalışma koşullarının esnekleştirilmesi ve maliyeti azaltma adına istihdamın azaltılması olmuştur. Toplamda Avrupa'da sağlık alanında çalışanların sayısı 1980-2005 arasında % 25 azalmıştır (Hermann 2011: 154-156). Avrupa'daki uygulamalardan Hermann'ın örneklediği bu durum Türkiye'deki sağlık çalışanlarının 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile uygulamaya konulacak kamu-özel ortaklıkları girişimine itirazlarına gerekçe niteliğindedir.

Taşeronlaşmanın getirdiği bir başka değişiklik Avrupa'da çokuluslu sağlık hizmet şirketlerinin ortaya çıkışı olmuştur. Hastane satın almaları ve hastane birleşmeleri ile en az dört büyük hastane zinciri şu anki haliyle ortaya çıkmış durumdadır. Almanya kökenli Fresenius isimli şirket dünya üzerinde 2000'den fazla dializ merkezinin sahibi durumundadır. İsveç menşeli Capio şirketi ise Almanya, İngiltere, İspanya ve İsveç'te birçok hastane satın alarak dev halini almıştır (Hermann 2011: 157). Türkiye'de son yıllarda artan hastane birleşmeleri ve satın almalar uygulamanın dünyadaki neo-liberal dönüşüme paralel yaptığına dair okunmalıdır.

Avrupa'da yaşanan tüm bu değişikliklere Avrupa Birliği Adalet Divanı tarafından alınan kararlarla desteklenen sağlık turizmi uygulamaları, merkez kapitalist ülkelerin sağlık harcamalarını azaltma yönünde bir başka değişiklik olarak ortaya çıkmıştır. Özellikle daha ucuza sağlık hizmeti sunan güney ve doğu Avrupa

ülkelerine hastaları tedavi için göndermek finansman sorunlarını çözmeye bir yöntem olarak ortaya çıkmaktadır (Hermann 2011: 158-159).

I.6.2. Sağlıkta Emek/İnsan Gücü

Emek gücü insanın kendisinde bulunan ve hangi türden olursa olsun bir kullanım değeri üretirken harcadığı zihinsel ve fiziksel yetilerin toplamı olarak tarif edilebilir. Üretimin temel ögesidir. Emek gücünün yaşamaya devam etmesi ve yeniden üretilmesi kapitalizmde sermayenin yeniden üretilmesi için zorunlu bir koşuldur (Göçmen 2009). Sağlık hizmetleri üretimi pratikte bir meta üretimi olarak ortaya çıkmasa da, meta ve artı değer üreten sağlıklı emek-gücünün varlığı ve devamı için mutlak gerekli faktörlerden biri olarak sayılabilir. Bu nedenle sağlık hizmetleri üretim sürecini etkileyebildiği için, sermayenin yeniden üretim sürecinde sermaye sahipleri tarafından göz önünde bulundurulmak zorundadır.

Sağlık hizmeti üretimi farklı niteliklerde yoğun emek-gücüne ihtiyaç duyar. Çoğunlukla ileri teknoloji gerektirir, bu nedenle yüksek vasıflı çalışanlar tarafından uygulanır. Aynı zamanda hizmeti verenle alan doğrudan ilişki halindedir ve yüz yüzedir. Bu hizmet günün her saatinde talebi olan bir hizmet türüdür, zorunlu olarak ekip çalışmasının ürünüdür. İleri derecede uzmanlaşmayı gerektiren bir emek türü olmasının yanında başka nitelikteki bir emek-gücü ile değiştirilemez ya da farklı emek güçlerinin üreteceği hizmet sağlık hizmeti yerine ikame edilemez.

Sağlık hizmetinde nitelikleri farklı emek-güçleri bulunmaktadır, hatta bazı durumlarda cinsiyete özel emek-gücünün kullanılması gereksinimi vardır. Sağlık sektöründe emek-gücünün pazarlanması ve ücretlendirilmesi uygulanan sosyal sağlık politikalarına göre değişiklikler gösterir. Sağlık hizmetinin doğrudan piyasadan alınabilmesi olanağı da bulunduğu için, legal/illegal bir sağlık hizmet sunumu pazarı sağlık politikalarından bağımsız olarak sürer.

Sağlık hizmetleri finansmanının tamamen kamu tarafından sağlandığı sistemlerde emek ücretlendirmesi genelde sabit maaş olarak yapılandırılır, sağlık emeği sunucusu memur statüsünde bulunur. Bu hizmete olan ihtiyacın elde olan insan kaynakları ile karşılanamadığı hallerde yapılan fazla iş başına prim (performansa prim) ödemesi ile sunulan sağlık hizmetinin artırılması amacıyla yönelik teşvik uygulamasıdır. Sağlık finansmanının özel sigorta şirketlerince karşılandığı ve hastanelerin sermaye gruplarının elinde olduğu sistemlerde ise genellikle uygulama temel bir asgari ücret üzerinden üretilen sağlık hizmetinin tahsil edilen bedelinin belli bir oranının sağlık emeği sunucusuna ödenmesi ile ücret belirlenir. Çok çeşitlilik gösteren sağlık emek gücünün ücretlendirmesinde de oluşan piyasa koşullarına göre belirlenen değişik politikalar mevcuttur.

I.6.3. İlaç Şirketleri

Dünyada 1990'ların başından beri hem satış gelirleri anlamında, hem de sağlık harcamaları içinde ilaca ayrılan pay bakımından hızlı bir büyüme yaşanmaktadır. Şirketler arasında büyük rekabetlerin yaşandığı, birçok şirket satın alma ve birleşmelerinin yaşandığı ilaç sektöründe dünya pazarı her yıl artmaktadır. İlaç sektörünün 1999 yılından beri yaklaşık olarak yılda % 10 büyüdüğü bilinmektedir ve 2008 yılında satış gelirlerinin dünya genelinde 775 milyar dolara ulaştığı görülmektedir (Applbaum 2011: 100).

Dünya genelinde sağlığa yapılan harcamaların yaklaşık % 18'ini ilaca yapılan harcamalar oluşturmaktadır. Bu gelişimin nedenleri arasında iki nokta özel olarak değerlendirilmesi gereken unsurlar olmaktadır. Tarif edilen bu iki yapı *tıbbileştirme* ve *ilaca yönelme* olarak isimlendirilmektedir. Tıbbileştirme olarak daha evvelden tedavi ihtiyacı duyulan bir hastalık hali olmayan durumların artık hastalık olarak tanımlanarak tedaviye doğru yönlendirilmesi şeklinde tarif edilmektedir. Hastalık, olası işlev bozukluğu veya işlev bozukluğu olarak tıbbi kılavuzlarda yer verilen ve

daha önceden hastalık olarak tanımlanmayan durumlar için bireylerin tedavi arayışına girmeleri için medya da kullanılmaktadır. Ayrıca bazı hastalıkların tanımlarında da değişiklikler yapılarak tedaviye alınması gereken ‘hasta birey’ havuzunu büyütmek de bu tıbbileştirme manipülasyonları içinde sayılmaktadır (Applbaum 2011: 101). Dünya ilaç pazarının 2008 yılı için 775 milyar dolar olduğu düşünüldüğünde ilaç tüketiminin teşvik edildiğine dair yorumların haklılık kazandığı görülmektedir. Türkiye’de de son yıllarda ilaç tüketiminde ciddi artışların olduğu bilinmektedir.

İlaça yönelme ise kendiliğinden belli bir süre sonra geçecek olan hafif rahatsızlıkların bile tedavi edilmesi gerekliliğine dair yönlendirme olarak tanımlanmaktadır. Bu başka tedaviler için geliştirilmiş bazı ilaçların farklı tedaviler için kullanımıyla, yeni geliştirilen ilaçlara pazar yaratmak amacı ile kullanılan yöntemlerdir (Applbaum 2011: 101).

Bu iki yöntem de ilaçların satış hacmine yönelik pazarı büyütmek amacı ile kullanılmaktadır. İlaç şirketleri bunun için medya kadar sağlık çalışanlarını da kullanmaktadırlar. Özellikle hekimlere yönelik bilgilendirme toplantıları ve eczane ve hekimlere yönelik geri ödeme politikaları ile satış hacimleri büyütülmektedir.

I.6.4. Medikal Cihazlar

Sağlık sektörünün bir diğer ayağını medikal cihazlar pazarı oluşturmaktadır. Gelişen elektronik ve uzay teknolojisinin tıp alanında çok yaygın uygulanma imkânlarının ortaya çıkması beraberinde hızla gelişen bir medikal cihazlar pazarı oluşturmuştur. Birçok açıdan çok olumlu gelişmeler olmakla beraber bu medikal cihazların üretimi zorunlu bir sağlık hizmeti talep artışı ortaya çıkarmaktadır. Özellikle gelişmekte olan ve sağlık sektörü için dünyadaki pazar payı giderek büyüyen ülkelerde medyanın da olağanüstü çabası ile ileri teknolojinin kullanılması için sağlık hizmetini talep edenler tarafından yapay bir piyasa yaratılmaktadır.

Bunun sonucunda "müşteri" tanımına uygun birçok kişi ihtiyacı olup olmadığını bilincinde olmadan, cebinden para harcamayı göze alarak satılan metayı talep etmektedir.

Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık Yatırım Destek ve Tanıtım Ajansı tarafından yayınlanan Türkiye Sağlık Sektörü Raporu'nda aynı ile aşağıdaki not yer almaktadır;

"küresel sağlık ekipmanları ve sarf malzemeleri pazarı 2008 yılında % 6,5 oranında büyüyerek 296 milyar ABD doları büyüklüğe ulaşmıştır. Küresel pazarın 2004 ile 2008 yılları arasında yıllık bileşik büyüme oranı % 6,8'dir. 2008 yılındaki toplam gelirlerin % 41'ini temsil eden, kullandıktan sonra atılan ekipman ve sarf malzemeleri, küresel sektörün lokomotif segmentidir. 2013 yılının sonuna kadar, pazarın 2008 ile 2013 yılları arasındaki beş yıllık dönemde kademeli olarak yavaşlayarak % 3,3'lük bir yıllık bileşik büyüme oranı ile 349 milyar ABD dolarına ulaşacağı tahmin edilmektedir" (Türkiye Başbakanlık Yatırım ve Destek Ajansı 2010: 8).

BÖLÜM II

TÜRKİYE’DE SOSYAL GÜVENLİK VE SAĞLIK POLİTİKALARI

II.1. Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi

Türkiye’ye Osmanlı İmparatorluğu’ndan devredilen bir sosyal güvenlik kurumu yoktur. Cumhuriyetin ilk yıllarında da kurumsal olarak düzenlenmiş sosyal güvenlik yapısı bulunmaz. Belli meslek gruplarının emekliliğe yönelik olarak kurdukları sandıklar bu amaç için oluşmuş ilk yapılar olarak değerlendirilebilir. İlk kez 1936 yılında çıkan, ancak 1945 yılında yürürlüğe giren 3008 sayılı “İş Kanunu” sosyal güvenlik anlayışına uyumlu ilk hukuki düzenleme olarak tanımlanabilir. Ayrıca 1945 yılında aynı adlı kanunla kurulan “İşçi Sigortaları Kurumu” sosyal güvenlik sisteminin başlangıcı olarak işaret edilebilir. Varlıklarını sürdürmekte olan emekli sandıkları 1949 yılında çıkarılan 5434 sayılı “Emekli Sandığı Kanunu” ile birleştirilerek yeni kurulan kuruma devredilmiştir. Bu kurumu genel ve katma bütçeli kuruluşlardan aylık alan tüm memurları kapsayacak şekilde düzenlenmiştir. 1961 Anayasa’sında sosyal güvenlik ve sağlık birer hak olarak tanımlanmış, 1961 yılında çıkarılan 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun” önemli bir adım olmuştur (Güvercin 2004: 92).

Sosyal Sigortalar Kurumu 1965 yılında yürürlüğe giren 506 sayılı yasa ile ayrı iş kollarında farklı statülerde çalışan işçileri tek bir kanun kapsamında toplayarak, önceden var olan “İşçi Sigortaları Kurumu”nun yerine kurulmuştur. 1976 yılında yürürlüğe giren 2022 sayılı “65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz

Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkındaki Kanun”, 1983 yılında yürürlüğe giren 2828 sayılı “Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu” ve 1986 yılında yürürlüğe giren 3294 sayılı kanun ile oluşturulan Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu sosyal güvenlik şemsiyesini genişletmek amacını taşımıştır. Ayrıca 1992 yılında çıkarılan 3816 sayılı “Yeşil Kart Kanunu” herhangi bir sosyal güvenlik şemsiyesi altında bulunmayan vatandaşların kamu kuruluşlarından ücretsiz sağlık hizmeti alabilmesine olanak tanımıştır (Gökbayrak 2010: 145).

Yukarıda tarif edilen şekilde yürütülmeye çalışılan sosyal güvenlik yapısı içindeki sorunların büyümesi, sosyal güvenlik finansmanında ortaya çıkan büyük maddi açıklar nedeni ile sistemde reform yapma ihtiyacı doğmuş ve bunun ilk adımları 1990 yılından itibaren atılmaya başlanmıştır. Oluşturulacak genel sağlık sigortası ile sağlık hizmetleri sunumunun finansmanı için havuz yapılandırılması planlanmış, emeklilik yaşı uzatılarak emeklilik fonları üzerindeki yük azaltılmaya çalışılmış ve son on yıl içinde “Sağlıkta Dönüşüm Projesi” yanı sıra bireysel emeklilik sistemlerinin kurulması sağlanmıştır. Dünyada sosyal refah programlarının ülkeler tarafından terkedilmesi ve neo-liberal politikalara dönülmesine paralel olarak Türkiye’de de son on yılda sosyal güvenlik kavram ve kapsamı değiştirilmiştir. Bu dönüşümün ilk basamağını 1999 yılında kabul edilerek yürürlüğe giren, emeklilik sistemi ve yaşını düzenleyen 4447 sayılı kanun olmuştur. 2001 yılında yasalaşan 4632 sayılı “Bireysel Tasarruf ve Yatırım Sistemi Kanunu” bireysel emeklilik sisteminin başlangıç noktasını oluşturmaktadır. Türkiye’de sosyal güvenlik kavramındaki dönüşümün son halkaları ise 2006 yılında çıkarılan 5502 sayılı “Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu” ile 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” olmuştur (Gökbayrak 2010: 146-150). Aşağıda bu kanunlar ile

sağlık hizmeti sunumundaki değişiklikler "**Sağlıkta Dönüşüm**" başlığı altında detayı ile anlatılmıştır.

II.2. Türkiye’de Sağlık Politikaları

Gelişmişlik göstergeleri içinde önemli bir kriter olan ulusal sağlık göstergeleri Türkiye’de hiçbir zaman istenilen seviyede olamamıştır. Bunda insan/emek-gücünün yetersizliğinden ülkede yerleşimlerin son yirmi yıla kadar dağınık kırsal yapısına kadar birçok faktör önemli olmuştur. Benzer olarak ekonomik sıkıntılar nedeniyle ülkenin sağlık programlarına ayrılan para miktarının da yetersizliği çağdaş gereksinimlere karşılık veren hizmetin gelişmesinde engel olarak ortaya çıkmıştır. Gayri Safi Yurt İçi Hasıla’dan (GSYİH) sağlığa ayrılan pay yıllar içinde önemli değişiklik göstermeden % 4-5 arasında kalmıştır. Ancak son on yıl içinde bu pay göreceli olarak artmış ve 2013 yılı için % 6,4 düzeyine ulaşmıştır (YASED 2012: 13).

II.2.1. Tarihçe

İlk TBMM’nin kabul ettiği 3. yasa ile 3 Mayıs 1920’de kurulan “Sıhhiye ve Muavenatı İçtimaiye Vekâleti” ile sağlık hizmeti ayrı bir bakanlıkça yürütülen devlet görevi olarak tanımlanmıştır. 1921 yılında bu göreve atanan ve aralıklarla 1937 yılına kadar görevi sürdüren Dr. Refik Saydam ülke çapında sağlık hizmetlerinin kurulması, örgütlenmesi ve yurda yayılmasına çalışmıştır. Bu dönemde illerde sağlık müdürlükleri, ilçelerde hükümet tabiplikleri oluşturularak hizmetin temel taşları yapılandırılmaya çalışılmıştır. Dr. Refik Saydam döneminde öncelik koruyucu sağlık hizmetlerine verilmiş, buraya bütçeden pay ayrılarak bu hizmetlerin yürütülmesine çalışılmıştır. Yataklı tedavi kurumlarının ise kamu eliyle yerel idarelerce yürütülmesi politikası benimsenmiştir. Yerel idarelerin açmaları teşvik edilen hastanelerin yanı sıra büyük yerleşim yerlerinde doğrudan bakanlığa bağlı “Numune Hastaneleri”

açılmıştır. Dr. Refik Saydam'ın Sağlık Bakanlığı döneminde sağlık hizmeti örgütlenmesi, yaygınlaştırılması çalışmalarının yanı sıra sağlıkta nitelikli işgücü yaratabilmek amacı ile önlemler alınmaya çalışılmıştır. Var olan hekim ve hemşire sayısını arttırmak için tıp eğitimi özendirilmiş, işgücü dağılımını yurtda eşitlemek amacı ile mecburi hizmet uygulanmıştır (Aydın 2002: 190).

Türkiye'de sağlık hizmeti örgütlenmesinin temel kanunları olan 1219 sayılı "Tebabet ve Şuabatı Sanatları Tarzı İcrası Hakkında Kanun" 1928 yılında, 1593 sayılı "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu" 1930 yılında yürürlüğe konularak uygulanacak sağlık politikalarının alt başlıkları belirlenmiştir. "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memurin Kanunu" 1936 yılında çıkarılarak bakanlık merkez ve taşra teşkilatının kurulması tamamlanmıştır. Halen belli değişikliklerle yürürlükte olan bu kanunlar Türkiye'de uygulanmakta olan sağlık politikalarının yürütmeye verdiği yetkileri belirlemektedir (Akdur 1999: 13).

Dr. Refik Saydam döneminden sonra, 1946-1950 yılları arasında bakanlık yapan Dr. Behçet Uz tarafından "Birinci On Yıllık Sağlık Planı" uygulamaya konulmuştur. Bu plan dâhilinde her 40 köy için bir adet 10 yataklı sağlık merkezleri oluşturulmuş, bunların üzerinde bölge hastaneleri inşa edilmesi planlanmıştır (Akdağ 2007: 14). Bu planın özelliği nüfus temelinde yapılanmanın oluşturulmaya çalışılmasıdır. Sağlık hizmeti sunumunun tamamen devlet eliyle yapılmasının öngörüldüğü plan, koruyucu ve iyileştirici hizmetlerin birleştirilmesini, genel idareden ayrılarak nüfus esasına göre tanımlanan bölgelerdeki merkezlerce yönetilmesini benimsemiştir. Süreçte plan esaslarına uyulmadığı için, her ilçeye yapılan bir sağlık merkezi verimsiz ve maliyeti yüksek bir yapı haline dönmüştür. Hekimlerin de bu sağlık merkezlerinden ayrılması ve tamamen bağımsız çalışmaları sonucunda işlevlerini yitirmiştir (Akdur 1999: 13).

Türkiye’de sağlık hizmeti sunumundaki politikaların yapıtaşlarından birini 1961 yılında çıkarılan ve 1963 yılında yürürlüğe giren 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun” oluşturur. Bu kanun ile birbirlerine basamaklar şeklinde bağlanmış sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri yoluyla dar bölgede çok yönlü hizmet entegrasyonu sağlanmaya çalışılmıştır. Kanunun tüm ülkede uygulanması ise ancak 1983 yılında başarılabilmiştir (Akdağ 2007: 15). 1967 yılından sonra, 1969 yılında çıkan “2. Beş Yıllık Kalkınma Planı”nda da yer alan genel sağlık sigortası için çalışmalar 2006 yılına kadar kanunlaşmamıştır.

1980 sonrasında kurulan bütün hükümetlerin programlarında sosyal güvenlik ve sağlık hizmeti konusunda yer alan ilkelerin tamamı hizmete erişim konusunda ortaya çıkan açıkları kapatmaya yönelik tedbirler almak üzerinde yoğunlaşmıştır. Türkiye’de SGK çatısı altında birleştirilmeden önce çok parçalı bir sosyal güvenlik sistemi varlığını sürdürmüştür. Abdullah Gül’ün başbakan olduğu 58. Hükümete kadar bu yapı devam etmiştir.

1980 sonrasında kurulan bütün hükümetler var olan sağlık hizmeti sisteminin yetersizliğini programlarında vurgulamışlar, öncelikle tedavi edici hizmetlere yönelik olarak hastane, sağlık ocağı vb. inşaatlarına önem vereceklerini belirtmişlerdir. Beraberinde bütün hükümetler daha önceden de belirtildiği gibi beş yıllık kalkınma planlarında da yer bulduğu şekliyle özel hastane yapımını teşvik edeceklerine dair programlar açıklamışlardır. Bunların yanı sıra 1961 yılında yürürlüğe giren 224 sayılı ‘Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun’ yerine aile hekimliğinin uygulamaya sokulacağına dair planlar 48. Hükümetin programından başlamak üzere 58. Hükümete kadar bütün hükümet programlarında yer almış, ancak 14 Mart 2003 tarihinde kurulan ve hükümet programı 23 Mart 2003 tarihli 53. birleşimde ‘güven

oyu' alan 59. Hükümet programında yer almış ve uygulamaya sokulmuştur (Resmi Gazete 25058: 2003).

Sağlık hizmetlerinin parçalı yapısının tek çatı altında toplanması için çalışmalar yapılmış, kanun tasarıları oluşturulmuş, "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" mecliste kabul edilmiş, ancak Anayasa Mahkemesi'nin iptal etmesi nedeni ile yürürlüğe girememiştir. 1990 yılından sonra kamu hastanelerinin döner sermayeli özerk kuruluşlar haline getirilmesi pilot uygulaması bazı hastanelerde başlatılmıştır (Akdağ 2007: 16).

59. Hükümet ve sonrasındaki hükümetlerin "Sağlıkta Dönüşüm Projesi" programları uygulamaya sokulmuş ve aşağıdaki "**Sağlıkta Dönüşüm Projesi Uygulamaları**" başlığı altında anlatılmıştır.

II.3. Sağlıkta Dönüşüm

Sağlık 1948'de kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde temel bir insan hakkı olarak kabul edilmiştir. Türkiye bildirgeyi ilk imzalayan devletlerarasında yer almaktadır. Türk hukukunda ise sağlık bir hak olarak ilk defa 1961 Anayasasında yer almıştır. Anayasanın 49. maddesinde:

"Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirler alır" denilmektedir (Türkiye Cumhuriyeti 1961 Anayasası).

Halen yürürlükte olan 1982 Anayasasının 56. maddesine göre ise:

"... Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini geliştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal

kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir” şeklinde değiştirilmiştir (Türkiye Cumhuriyeti 1982 Anayasası).

1961 Anayasa’sında yer alan ve sosyal devlet olmanın bir ifadesi olan “insan haklarına dayalı devlet” tanımından 1982 Anayasa’sı ile “insan haklarına saygılı devlet” kavramı öncelenmiştir. Anayasal düzenlemelerdeki bu değişim ile 1961 Anayasası’nda sadece devletin sorumluluğunda olan sağlık, 1982 Anayasası ile özel sektörün de sağlık alanına dâhil edilmesine olanak tanımıştır. 1980 sonrasındaki Beş Yıllık Kalkınma Planları’nda sağlık alanına ilişkin geniş düzenlemelere yer verilerek özel sağlık kurumlarından devletin hizmet satın almasına dair ibarelere yer verilmiştir (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı 1984: 152).

2003’den itibaren sağlık sektöründe en büyük yapısal yenilenme gerçekleştirilmiştir. Özetlemek gerekirse Türkiye’de yürümekte olan sağlık sistemi tamamıyla değiştirilmiş, idari ve finansman yapısı farklılaştırılmıştır. Bu çalışmada incelenecek olan esas değişiklikleri sıralamak gerekirse;

- Tüm vatandaşların tek bir sosyal güvenlik şemsiyesi yapısı altına alınması,
- Genel sağlık sigortasının kanunun çıkarılması,
- Fazla miktarda hizmet üretme amacına yönelik personele performans dayalı ek ödeme yapılması,
- Yeni personel istihdamı ve aile hekimliğinde sözleşmeli statüde personel alımı,
- Kamu sağlık ünitelerinin özerk mali yapı ile işletmeler haline dönüştürülmesi,
- Alınan katkı payları ve fark ücretleri ile sağlık hizmeti finansmanında vatandaşın doğrudan kaynak haline gelmesi,

•Özel sektörün sağlık hizmeti sunumundaki payının artırılması en belirgin değişiklikler olmuştur. Çalışmanın geri kalan kısımlarında bunların her birine teker teker değinilecektir.

Bu son dönem değişikliklerinin en önemli özelliği sektörde yabancı yatırımcı ve özel sermayenin payının hızla artması olmuştur. Uygulanmakta olan liberal politikaların gereği olarak tüm sektörler hedef alınarak yapılan yasal düzenlemelerden sağlık sektörü de payına düşeni almıştır. Türkiye'ye sıcak para girişi ve yabancı yatırımların teşviki amacı ile gerçekleştirilen bu dönüşümler için devlete düzenleyicilik rolü verilmiş ve tüm sektörlerde rekabete dayalı pazar ekonomisi kurulmuştur. Başbakanlık Yatırım, Destek ve Tanıtım Ajansı'nın Ağustos 2010'da yayınlanan "Türkiye Sağlık Sektörü Raporu"nda bu politikaların uygulanması için yapılan yasal düzenlemeler özetle aşağıdaki gibi sıralanmıştır.

"Yabancı yatırımcıları yatırım yapmaları için Türkiye pazarına çekmek amacıyla, Türkiye çeşitli teşvikler sunmaktadır:

- İlaç Ar-Ge çalışmalarına yatırım yapılması için teşvikler sağlayan yeni Ar-Ge yasası*
- Geçmişte yabancı yatırımcılardan prosedür gereği karşılamaları istenen birtakım şartların yürürlükten kaldırılması*
- Hisse devri ya da şirketlerin yabancı yatırımcılar ile ortaklık kurmasının Yabancı Sermaye Genel Müdürlüğü (YSGM) onayına bağlı olmaması*
- Yabancı yatırımcıların Türkiye'deki işlemlerden kaynaklanan ticari anlaşmazlıklarda uluslararası tahkim de dâhil olmak üzere çeşitli çözüm yolları arasından seçim yapabilmeleri*

Bunlara ek olarak, aşağıdaki faktörler temelde liberal bir yaklaşım bulunduğunu göstermektedir:

- Türkiye'de yabancı yatırımcılar tarafından elde edilen kârların yurt dışına çıkarılabilmesi konusunda özgürlük*
- Yabancı yatırımcılar için Türkiye'de taşınmaz mal veya hak elde edebilme özgürlüğü*
- Bir Türk iştirakte % 100'e varan hisseye sahip olabilme serbestliği"*
(Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık Yatırım Destek ve Tanıtım Ajansı 2010: 4).

Yukarıdaki raporda bahis konusu edilen yabancı yatırımcılara yönelik teşvikler 5 Haziran 2003 tarihinde kabul edilerek 25141 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan 4875 sayılı "Doğrudan Yabancı Yatırımlar Kanunu" ile sağlanmıştır (Resmi Gazete 2003: 25141). Bu yasanın çıkarılması ile o tarihte geçerli olan 1954 yılında yayınlanmış 6224 sayılı "Yabancı Sermayeyi Teşvik Kanunu" yürürlükten kaldırılmıştır. Yeni yasa yabancıların ülke içinde eski yasa ile engellenen şirketlerin çoğunluk hisselerine sahip olma yasağını kaldırmıştır. Ayrıca daha önceden Maliye Bakanlığı’nın iznine bağlı olan hisse satışından elde edilen gelirlerin, kârların ve temettü ödemelerinin yurt dışına transferi tamamen serbest bırakılmıştır.

Önceki yıllarda da yabancı yatırımları teşvik amacı ile Özal hükümetleri döneminde kararnameler şeklinde uygulamaya sokulan değişikliklerden bu çalışmanın birinci bölümünde “24 Ocak kararları ve Türkiye’de Neo-liberal Dönüşüm” başlığı altında belirtilmiştir.

1980’lerin başında kapitalizmin yeni sermaye üretecek alanlar araması sağlık hizmetinin de sermaye üretilebilecek bir alan olarak tanımlanmasını sağlamıştır (Deppe 2011: 45). Türkiye’nin demografik yapısı değerlendirildiğinde genç nüfusun yaşlı nüfusa oranla çok daha fazla olması nedeniyle sağlık hizmeti talebi nüfus ortalamasının yaşlı olduğu ülkelere kıyasla şimdilik daha düşük kalmaktadır. Ancak yaşam beklentisinin modernleşen her ülkede olduğu gibi ülkemizde de artmış olması, yakın gelecekte Türkiye’de sağlık hizmeti talebine artışın olacağı öngörüsüne neden olmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2012a: 3). Bu da gelecekte bu sektörün ekonomik olarak büyümesi anlamını taşımaktadır. Daha büyük talep daha büyük bir piyasa yaratacaktır. Bu anlayışla Türkiye’de de 1980’den sonra dünyada olduğu gibi sağlık hizmeti sunumunun reform programları başlatılmış ve bugün uygulamada olan sağlıkta dönüşüm programının alt yapısı hazırlanmıştır.

TBMM 20 Kasım 2012 tarihli Plan ve Bütçe Komisyonu tartışmalarında Cumhuriyet Halk Partisi milletvekilleri Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin kapitalizmin krizi aşmak adına tüm dünyadaki neo-liberal dönüşümün bir parçası olarak Türkiye'de de DB kredileriyle sağlığın bir hak olmaktan çıkarılarak ticarileştirilmesini eleştirmişlerdir. Dönüşüm adı altında yapılan uygulamalarla esnek ve güvencesiz çalışmanın önünün açıldığına da vurgu yapılmıştır (TBMM Plan ve Bütçe Komisyon Tutanakları 20 Kasım 2012 İkinci Oturum: 27).

II.3.1. Sağlıkta Dönüşüm Projesi Hazırlıkları

Türkiye'de sağlık politikalarının değişim stratejileri ilk olarak 1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) için yürütülmüş olan Sağlık Sektörü Master Plan Çalışması ile başlamıştır. Aynı sene 16.08.1990 tarihinde Türkiye Cumhuriyeti hükümeti ile DB arasında Sağlık Projesi İkraz Anlaşması (İkraz no: 3057-TU) imzalanmıştır (Resmi Gazete 20658: 1990). Bu projenin toplam bütçesi 150 milyon dolardır ve toplam bütçenin 75 milyon doları Türkiye'ye kredi olarak verilmiştir. Bu proje ile sağlık sisteminin yüksek kalitede ve kısmi de olsa kendi kendisini finanse edebilen bir yapıya kavuşması amaçlanmıştır (Belek 2012: 15).

İkinci Sağlık Projesi için kredi anlaşması Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ile DB arasında 28.09.1994 tarihinde imzalanmıştır. Projenin bütçesi 200 milyon dolardır ve toplam bütçenin 150 milyon doları, DB tarafından kredi olarak verilmiştir. İkinci proje ile amaçlanan ilki ile benzerlik taşımakla birlikte daha sonra AKP iktidarları döneminde **Sağlıkta Dönüşüm** olarak adlandırılacak projenin temel hukuki ve politik alt yapısı hazırlanmıştır. Her iki proje 1990-1999 yılları arasında kapsamaktadır (Belek 2012: 21-25).

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın birinci aşaması, DB ile T.C. Sağlık Bakanlığı arasında 20 Mayıs 2004 tarihinde imzalanan anlaşmayla başlatılmıştır. Projenin

toplam bütçesi 71,22 milyon dolardır. Bu toplam bütçenin 56,36 milyon doları DB tarafından finanse edilmiştir. Proje imzalanan ek bir protokolle 2008 yılına kadar uzatılmıştır (Belek 2012: 29).

Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi için, DB ile SGK arasında 30 Haziran 2009 tarihinde imzalanan anlaşma ile yeni bir aşamaya geçilmiştir. Yeni projeye bir borç anlaşması da eklenmiştir. DB tarafından Türkiye'ye 75,12 milyon dolar borç verilmiştir. Proje Temmuz 2013'e kadar olan süreyi kapsamaktadır. Proje ile SGK ve Sağlık Bakanlığı'nın hizmet satın almadaki etkinliğinin artırılması, tüm sağlık sisteminin daha etkin hale getirilmesi, hastalıkların önlenmesi amaçlanmıştır. Projenin, Sağlık Bakanlığı'nın yapılandırılması, sağlık hizmeti veren kurumların bağımsız ya da yarı bağımsız statüye dönüştürülmesi, aile hekimliği uygulamasına ve sevk sistemine geçilmesi, SGK'nın istenilen kapsayıcılığa ve sağlık hizmeti üreten kurumlardan hizmet satın alabilir hale getirilmesi ile birlikte hastalardan katkı payı alınması uygulaması diğer amaçları arasında bulunmaktadır (Belek 2012: 33).

Türkiye'de sağlık alanındaki önemli değişikliklere neden olan bu anlaşmalardan sonra hızla uygulanmasına geçilmiş ve Belek'in sıraladığı amaçların büyük bir kısmının gerçekleştiği görülmüştür.

II.3.2. Sağlıkta Dönüşüm Projesi Uygulamaları

2003'den itibaren sağlık sektöründe en büyük yapısal yenilenme gerçekleştirilmiştir. Abdullah Gül'ün Başbakanlığında kurulan 58. Hükümet "**Herkese Sağlık**" sloganı ile 16 Kasım 2002 tarihinde açıkladığı acil eylem planında bu yapısal dönüşümün esaslarını bildirmiştir. Temel on bir madde üzerinde toplanan acil eylem planının ortaya koyduğu ana hedefler şu şekilde sıralanmıştır;

- "Sağlık Bakanlığı'nın idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması

- Tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamına alınması
 - Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması
 - Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması
 - Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi
 - Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi
 - Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması
 - Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi
 - Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri
 - Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi
 - Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi”
- (Akdağ 2007: 17).

Bu hedefler doğrultusunda 2003 yılı başında açıklanan “Sağlıkta Dönüşüm Projesi”nin esas konuları gözden geçirildiğinde, üç ana başlık göze çarpmaktadır; a) Sağlık Bakanlığı’nın bu süreçte planlayıcı ve denetleyici bir rol üstlenmesi, b) etkili ve kademeli sevk zinciri üzerine inşa edilen, birinci basamak sağlık hizmetinin aile hekimliğine devredildiği idari ve mali açıdan özerk sağlık işletmelerinin kurulması, c) tek çatı altında toplanan sosyal güvenlik sistemi yapısının kurularak genel sağlık sigortası ile sistemin finansmanının sağlanması (Akdağ 2007: 17).

II.3.2.1. Aile Hekimliği

Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmeti aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezleri tarafından vermeye başlanmıştır. İkinci basamakta devlet hizmet hastaneleri yer almaktadır. Üçüncü basamak sağlık hizmeti üniversite ve devlet eğitim-araştırma hastanelerinde verilmektedir. Özel dal hastaneleri ise dördüncü basamak olarak değerlendirilmektedir. Üçüncü basamakta yer alan hastaneler asistanlık eğitiminin verildiği ve uzman hekimlerin yetiştirildiği hastanelerdir.

Sağlık Bakanlığı’nın yapısal değişikliği idari bir tasarruf oluşu nedeniyle yürütmenin bürokratik icraatları kapsamında, programda önemi düşüktür. Planlanan sistemin kurulmasının iki ana temel ayağından birini aile hekimliği ve sevk zincirinin kurulmasına yönelik çalışmalar oluşturmuştur. Bu amaçla 5258 sayılı “Aile

Hekimliği Kanunu” 25665 sayılı 24 Kasım 2004 tarihli Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir (Resmi Gazete 2004: 25665). Bu kanunda her ne kadar aile hekimleri ‘uzman’ olarak tarif edilmiş olsalar da, Sağlık Bakanlığı’nın düzenlediği kursları almış olanların da aile hekimi uzmanı olarak görev yapabilecekleri belirtilmiştir. Proje gereği 1000-4000 kişinin birinci basamak sağlık hizmetinden sorumlu aile hekimleri için mevcut **uzman sayısının yeterli olmaması nedeni ile** bu yol seçilmiştir. **Aslında tıpta bir uzmanlık dalı olan ve mezuniyet sonrası 4 yıllık uzmanlık eğitimi olarak 1983 yılından beri “Tebabet Uzmanlık Tüzüğü”nde bulunan Aile Hekimliği Uzmanlığı’ndan farklı olarak ortaya çıkarılan bu sistem 3-6 haftalık kurslar sonrasında planlama doğrultusunda birinci basamakta görev yapacak hekimlerin “aile hekimi” olarak görevlendirilmesi anlamını taşımaktadır. Dört yıllık uzmanlık eğitimi almış Aile Hekimi Uzmanı sayısı hali hazırda 2500 civarındadır (TAHUD 2009).** Değişikliklerden sonra en son olarak 25 Ocak 2013 tarihli 28539 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan “Aile Hekimliği Uygulama Esasları Yönetmeliği” ile aile hekimlerinin çalışma prensipleri belirlenmiştir (Resmi Gazete 2013: 28539).

Türkiye’de o tarihe kadar Tıp Fakültelerinden mezun olan herkesin “pratisyen hekim” olarak nitelendirildiği yapı içinde birinci basamak sağlık hizmeti sağlık ocakları ve hükümet tabipliklerinde verilmekteydi. Yürürlükte olan 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun” gereğince bu pratisyen hekimler tedavi edici sağlık hizmetlerinin yanı sıra koruyucu sağlık hizmetleri ve beraberinde çevre sağlığı denetim ve düzenleme görevlerine de sahiptiler. Gayrisihhi müesseselerin sağlık açısından denetlenmesinden genel ev çalışanlarının zührevi hastalık kontrollerine kadar geniş bir spektrumda görev yapmaktaydılar.

II.3.2.2. Sosyal Güvenlik Kurumlarının Birleştirilmesi

Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin ikinci önemli ayağını oluşturan ve tüm vatandaşları tek bir güvenlik şemsiyesi altında toplayan sosyal güvenlik ve genel sağlık sigortası uygulamasına geçiş, Sağlık Bakanlığı dışındaki tüm kamu sağlık kuruluşlarının (üniversite ve askeri hastaneler hariç) ve Sosyal Sigortalar Kurumu'na (SSK) bağlı hastanelerin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesi ile başlamıştır (T.C.Sosyal Güvenlik Kurumu 2012a).

Sosyal Güvenlik Sistemi'nde ise dört parçalı yapısı birleştirilerek tek bir elde toplanmış ve 20.05.2006 tarihinde 5502 sayılı yasa ile Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kurulmuştur. Bu kurum SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı (ES) ve Yeşil Kartlılara karşı yükümlü olduğu bütün sistemi (prim toplama, emekli maaşları ödeme, sağlık giderlerini karşılama, dul ve yetim aylığı bağlama, nakdi sosyal yardım sağlama vb.) devralmıştır. Bunun yanı sıra 657 sayılı yasaya tabi devlet memurlarının sağlık harcamaları kurum tarafından karşılanmaya başlanmıştır (Resmi Gazete 2006: 26173).

TBMM'de 16 Mart 2006'da yapılan plan ve bütçe komisyon tartışmalarında sosyal güvenlik kurumlarının birleştirilmesi ile ilişkili olarak CHP milletvekilleri tarafından bu yeni yapılanmanın IMF direktifleri ile sosyal devlet anlayışını ortadan kaldırmak üzere yapıldığı, SSK, ES ve Bağ-Kur sigortalılarının hak kayıplarına uğrayacağı, temel amacın sosyal devlet ilkesinden vazgeçmek olduğu ve çalışanların özel sigorta kuruluşlarına yönlendirileceği, böylece bu kuruluşların güçlenerek devlete ait sigorta kuruluşlarını zayıflatacağı, hastalara müşteri gözüyle bakmanın pekiştirileceği" kaygıları dile getirilmiştir (TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu Tutanakları 16 Mart 2006 İkinci Oturum).

Kurumlar arasındaki iletişimi sağlamak üzere Medula sistemi (Kurumların tek çatı altında toplanmasını sağlayan bilişim sistemi) ve Mernis projeleri (Merkezi

Nüfus İdare Sistemi – Merkezi Nüfus Bilgileri Düzenlemesi) kapsamına alınmıştır. Medula sistemi, vatandaşların bilgilerinin tüm sağlık kuruluşlarınca görülebilecek şekilde kurulmuş elektronik bilgi erişim sistemidir. Medula sistemi vatandaşların SGK kapsamında olup olmadıklarını tespit eder (Sosyal Güvenlik Kurumu 2011). Mernis sistemi, tüm halkın kişisel bilgilerinin ve nüfus kayıtlarının elektronik ortamda ulaşılabilirliğini sağlayan bilgi erişim sistemidir (Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü 2008).

Sağlıkta Dönüşüm programının ikinci aşamasında yapılan değişikliklerden biri de SSK'lıların Medula sistemine dâhil olan tüm eczanelerden reçete karşılığı ilaç alabilmeleri sağlanmıştır. Eski durumda SSK kendi ilacını üretim yoluyla temin edebilir veya anlaştığı ilaç şirketleriyle ihale sistemiyle piyasadan daha ucuza temin edebiliyordu ("Bütün Eczaneler" 2005).

II.3.2.3. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası

Mayıs 2006 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanan 5510 sayılı "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" ile SGK'nın yapısı ve işleyişi belirlenmiş ve ülkede yaşayan herkes Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamına alınmıştır (Resmi Gazete 2006: 26200).

SGK verileri incelendiğinde, 2011 yılında Türkiye'de 61 milyon 500 bin kişi sosyal güvenlik kapsamı altında olduğu görülmektedir. On altı milyon kişi aktif çalışan sigortalı konumundadır, 35,5 milyon kişi aktif sigortalı üzerinden sosyal güvence kapsamındadır. Pasif sigortalı, yani emekli aylığı alan kişilerin sayısı 9,5 milyon civarındadır. Sosyal güvenlik kapsamı dışında kalan 9,5 milyon kişi vardır (Türkiye Cumhuriyeti Sosyal Güvenlik Kurumu 2011). SGK'nın sağlık harcamalarının toplanan primler ile karşılanma oranı 2009 yılında % 55 olarak ortaya çıkmıştır (Teksöz, Helvacıoğlu 2009: 3). Bir başka çalışmada SGK'nın gelir gider

dengesi incelenmiş ve 2010 yılında SGK gelirlerinin giderlerinin ancak % 78'ini karşılayabildiği belirtilmiştir (Özdoğan 2011: 8).

GSS bugüne kadar tam anlamıyla uygulamaya konulmamıştır. Bu sisteme göre oluşturulacak bir prim havuzu ile tüm sağlık harcamaları karşılanması planlanmıştır. Sosyal güvenlik kapsamı dışında kalan kişilere gelir testi uygulaması yapılarak ödeyecekleri bireysel prim miktarı belirlenecektir. Gelir testinden sonra 18 yaş üzeri her birey eğer asgari ücretin 1/3'ünden daha fazla aylık gelire sahip ise sisteme belirlenen oranda primi doğrudan kendisi ödemek zorundadır. Daha önceden olduğu gibi maaş ya da ücretlerden emeklilik ve sağlık giderleri için yapılan kesintiler yapılmayacaktır. Prim ödemeyen vatandaş sağlık sisteminden yararlanmak isterse kendisi bütün ücreti ödemek zorundadır. 18 yaş altındakiler ve asgari ücretin 1/3'ünden az aylık gelire sahip olanlar için gerekli olan prim devlet tarafından karşılanacaktır. Bugünkü tespitlere göre bu durumda olacak kişi sayısı 17 milyon civarındadır. Şu anki durumda SGK ile anlaşması olan tüm özel sağlık kuruluşlarından devletin hizmet satın alabilmesi mümkün hale getirilmiştir. Henüz pirim toplama aşamasına geçilmemiş olan GSS uygulamasında ise havuzda toplanarak sağlık harcamaları için yaratılacak kaynağın büyük bir bölümü de özel hastanelere ve dolaylı olarak da yabancı ortaklarına aktarılmış olacaktır. Aynı zamanda beraberinde devletin sağlık hizmetine yaptığı sübvansiyon azalacaktır. Özetle fark ücreti vermeyi kabul eden herkesin özel hastanelerden hizmet satın almaları sağlanmıştır (Resmi Gazete 2006: 26200).

II.3.2.3.1. Türk Tabipleri Birliği'nin Genel Sağlık Sigortası Uygulamasına Yönelik Eleştirileri

GSS'nin yasa tasarısı halinden çıkarılıp sınırlı olarak uygulamaya sokulmasına kadar sağlık meslek örgütleri tarafından şiddetli eleştirilere maruz kalmıştır. Özellikle Türk Tabipleri Birliği (TTB) ve sağlık işkolundaki sendikalar bu yöndeki

eleştirilerini iki temel nokta üzerinde toplamıştır; sağlık çalışanları yönünden ve hak sahipleri üzerinden.

TTB'nin GSS'yi sağlık çalışanları açısından değerlendirmesinde hekim bağımsızlığının ortadan kalkacağı, hekimlerin meslek gerekleri dışında da pek çok sorumluluk ile muhatap olacakları ve cezai tehdit altına girecekleri, kamu sağlık kuruluşlarının işletmeler haline dönüştürülmesinin sağlıkta taşeronlaşma ile çalışanlarda hak kayıplarına neden olacağını iddia etmektedir (TTB 2005: 10-17).

TTB, GSS uygulamasında hak sahipleri açısından da birçok eleştiri dile getirmektedir. Öncelikle eski sistem içinden doğan haklarda kayıp olacağını iddia etmektedir. GSS'den yararlanabilmek için prim ödeme şartının mutlak olması nedeni ile borçluluk halinde sigortalının sağlık hizmeti alamayacağını söylemektedirler. Ayrıca Türkiye'de kayıt dışı çalışma oranının yüksek olduğu vurgulanarak kişilerden prim toplamanın sağlanamayacağını kaygısını ifade etmektedirler. GSS ile sınırlı teminat paketinin oluşacağı, bunun dışında ileri tetkik ve tedavi gereken durumlarda ek ücret, katkı payı ve fark ödemeleri ile hak sahibinin mağdur olacağını öne sürmektedirler (TTB 2005: 16-35).

II.3.2.4. Herkesin Özel Sağlık Kuruluşlarından Hizmet Alması

Özel hastanelerde verilen sağlık hizmetinin sosyal güvenlik kurumları tarafından karşılanması ilk olarak Süleyman Demirel Başbakanlığındaki 49. Hükümet zamanında 1992 yılında başlanmıştır. Kamu sağlık kurumlarında yapılacak tedavi için bekleme süresi bir aydan fazla olan hastaların ES, SSK ve Bağ-Kur ile özel anlaşmalar yapan özel sağlık kuruluşlarında tedavi almalarına imkân tanınmıştır. Bu amaçla tanı temelli tedavi paketleri oluşturulmuş ve buna dair ödeme (fiyat listesi) belirtilmiştir. Bu özel kurumlar ile yapılan anlaşmalar sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık gösterdiği için daha sonra Bütçe Uygulama Talimatı (BUT)

ile farklılıklar ortadan kaldırılmıştır. BUT'ta yer almayan tedavi hizmetleri ise ödeme kapsamı dışında bırakılmıştır.

SGK'nın kurulması ve GSS'nin yasalaşmasından sonra 25 Mayıs 2007 tarihli 26532 sayılı Resmi Gazete'de Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) yayınlanarak bütün vatandaşların SGK ile anlaşma yapan tüm özel sağlık kuruluşlarından hizmet alabilmesi sağlanmıştır (Resmi Gazete 2007: 26532).

SUT'ta hastalıkların belli başlıklarda "paket" olarak tarifi yapılarak, SGK tarafından bu paketlere ödenecek ücretler belirlenmiştir. SGK'nın özel sağlık kuruluşlarından satın alacağı sağlık hizmetlerinin kuralları bu tebliğ ile belirlenmiştir.

Özel hastaneler verdikleri hizmet karşılığında SGK'dan aldıkları ücretten hariç hastalardan da belirlenen bu paket fiyatı üzerinden % 30-90'a kadar **fark ücreti** almalarına olanak sağlanmıştır. En son yayınlanan 27.05.2012 tarihli genelge ile bu fark oranları yeniden düzenlenmiştir. Aynı genelge ile hastanelerin kalite sınıflaması esasları da belirtilmiştir (Resmi Gazete 28305: 2012).

19 Kasım 2007'de Plan ve Bütçe Komisyon tartışmalarında MHP milletvekilleri 'devletin sağlık hizmeti sunumundan çekildiği, Sağlık Bakanlığı'nın asli görevine döneceği gerekçesi ile devlet sağlık kuruluşlarını piyasa şartlarına terk ettiğini, devletin asli görevlerinden sayılan sağlık hizmeti sunumundan kaçınamayacağı' fikrini öne sürmüşlerdir (TBMM Plan ve Bütçe Komisyon Tutanakları 19 Kasım 2007 Birinci Oturum).

Belirlenen kalite standartlarına göre sınıflandırılan özel hastaneler yoluyla aslında vatandaşlar gelir düzeyine göre sınıflandırılmış olmaktadır. Oluşan büyük hastane zincirlerinin tamamına yakınının yabancılarla ortak olduğu düşünüldüğünde sağlık hizmeti karşılığında devletten alınan paranın yanı sıra hastalardan alınan farklar ile bu hastane zincirlerinin kâr etmeleri halinde, kârların tamamının yurt

dışına transferinde 4875 sayılı "Doğrudan Yabancı Yatırımlar Kanunu" nedeniyle herhangi bir engel yoktur. Buna dair tipik bir örnek “**özel hastaneler**” başlığı altında anlatılan Acıbadem Sağlık Grubu’nun gelişmesinde görülebilir.

Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan bir başka genelge ile “acil, onkoloji (kanser tedavisi), yanık, kalp ve damar cerrahisi, yeni doğan, yoğun bakım tedavileri, organ-doku-hücre nakilleri, diyaliz, doğumsal anomalilere yapılacak cerrahi işlemler” için herhangi bir nedenle (yatak ücreti, hoca farkı vb.) fark alınması yasaklanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2004).

II.3.2.5. Döner Sermaye İşletmeleri

Sağlık Bakanlığına bağlı tüm kuruluşlarda döner sermaye işletmelerinin kurulması 1961 yılında çıkan 209 sayılı “Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun”a dayanılarak kurulmuştur. Bu kanun birçok kez değişikliklere uğramış ve en detaylı değişiklik çıkarılan 5335 sayılı kanun ile 2005 yılında yapılmıştır. “Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun”un kabulünden sonra devralınan SSK hastanelerinde de döner sermaye işletmeleri kurulmuştur. Ayrıca “Aile Hekimliği Kanunu”da aile hekimliklerinin döner sermayeli işletmeler olarak kurulmasını öngörmüştür. Döner sermaye işletmelerinin gelirleri aşağıda tarif edilen ücretlerden oluşur.

- a) Her türlü muayene, teşhis, tedavi, laboratuvar, tetkik, tahlil, ameliyat ve benzeri sağlık hizmetleri karşılığında alınan ücretler,
- b) Üretilip satışa sunulan ilk madde, malzeme, mamul, aşı, serum, protez ve benzerleri karşılığında elde edilen ücretler,
- c) Aşı, ilaç, serum, insan kanı ve kan ürünleri imali ile istihsal veya imal edilecek diğer maddelerden elde edilen gelirler,
- d) Özel tarifeli poliklinik, teşhis, tetkik, tahlil, ameliyat ve Bakanlıkça uygun görülen diğer hizmetlerden alınan ücretler,
- e) Bastırılan veya yaptırılan her nevi belgeden elde edilen ücretler,
- f) Sigortalı turistlere ve yabancı hastalara verilen sağlık hizmeti gelirleri,
- g) Sağlık alanında verilecek kurs, eğitim, araştırma, yayın ve danışmanlık hizmet gelirleri,

- h) Diğer kamu veya özel sektör kuruluşlarının sağlık alanında sunduğu hizmetlere kredi notu verilmesi veya akredite edilmesinden elde edilen ücretler,
i) Atölye, tamirhane veya depolarda gerçekleştirilen sağlık hizmetleri ile ilgili montaj, demontaj veya proje işlerinden elde edilen ücretler,
ii) Sağlık kurum ve kuruluşlarında üçüncü şahıslarca yapılacak sağlık alanı dışındaki tanıtım hizmetlerinden elde edilen ücretler" (Resmi Gazete 1961: 10702).

1961 yılında çıkarılarak yürürlüğe giren kanunda bulunmasına karşın sosyal güvenlik şemsiyesi altında bulunan vatandaşlardan **katkı payı** uygulaması devreye girene kadar verilen sağlık hizmeti karşılığında ücret talebi yapılmamıştır. Ancak "Sağlıkta Dönüşüm Projesi" kamu sağlık kurum ve kuruluşlarını kendi gelirleri ile hizmetlerini finanse eden bir yapıya dönüştürmesi nedeni ile **katkı payı** uygulamasına ihtiyaç duyulmuştur.

II.3.2.5.1. Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Performansa Dayalı Ödeme

Kamu hastanelerinde çalışanların ürettikleri hizmetin niceliğini arttırmak amaçlı olarak özendirici olması amacıyla 12.05.2006 tarihli 26166 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren "Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik" ile performansa dayalı ek ödeme getirilmiştir (Resmi Gazete 2006: 26166).

Sağlık Bakanı Dr. Recep Akdağ 16 Mart 2006'daki Plan ve Bütçe Komisyonu'nda 'performansa dayalı ek ödemelerle sağlık personelinin gelirlerin iyileştirildiğini' savunmuştur. Buna karşılık CHP milletvekilleri 'bu yöntemle kamu hastanelerinin işletme mantığında çalışmaya başladığını, çalışma barışını bozduğu, nicelik olarak verilen sağlık hizmeti artarken niteliğini bozulduğunu' beyan etmişlerdir (TBMM Plan ve Bütçe Komisyon Tutanakları 16 Mart 2006 Birinci Oturum).

Bu, gerçekten üretilen hizmet sayısını katlayarak arttırmıştır. 2002 yılında toplam 1 milyon 600 bin olan ameliyat sayısı 2011 yılında 4 milyon 200 bine yükselmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2012a: 93). Ancak toplanacak performans puanı üzerinden oranlanarak yapılacak olan ek ödeme uygulamada defansif tıp uygulamalarına yöneltmiştir. Zor, ağır tedaviler yerine daha basit, kolay tedavi edilebilecek hastalıkların tedavisi ile uğraşmak hekimlerin bilinçli tercihi olmuş ve riskli tedavilerden hekimler kaçınmaya başlamışlardır (Odabaşı, Tümer 2006: 58).

II.3.2.5.2. Sağlık Hizmetlerinde Taşeron

T.C. Sağlık Bakanlığı'nın 21.03.2007 tarihli ve 20-2985 sayılı genelgesi ile devlet ve diğer kamu hastanelerinde sunulan hizmetin yanında bu hastanelerin döner sermaye işletmeleri dışarıdan (özel sektörden) hizmet satın alabilmektedirler. Bu ihaleler yoluyla gerçekleşmektedir. Bu genelge ile devlet ve diğer kamu hastanelerinin taşeron şirketlerden (otercilik, temizlik, yemek sağlama, güvenlik vb.) hizmet satın alabilmelerinin de önü açılmıştır (Türkiye Cumhuriyeti Sosyal Güvenlik Kurumu 2012b).

Sağlık Bakanı Dr. Recep Akdağ 23 Kasım 2006'daki Plan ve Bütçe Komisyonu'nda yaptığı konuşmada 'dışarıdan hizmet alımının vatandaşın tetkik yaptırmak için beklememesi adına yapıldığını' söylemiştir (TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu Tutanakları 23 Kasım 2006 İkinci Oturum).

Ayrıca 19 Kasım 2007 tarihli Plan ve Bütçe Komisyonu tartışmalarında Cumhuriyet Halk Partisi milletvekilleri 'sağlıkta dönüşüm programının önemli etkilerinden birinin sağlık çalışanlarını ücretsiz, sözleşmeli, düşük ücretli, emekliliğine yansımayan ücretler alan sözleşmeli personeller haline getirdiğini' savunmuştur (TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu Tutanakları 19 Kasım 2007 Birinci Oturum).

Bu düzenlemeye bağlı olarak Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışan taşeron işçi sayılarında artış görülmüştür. 2002 yılında Sağlık Bakanlığı'nda toplam çalışanların % 4,6'sı (11 bin) olan taşeron işçilerin sayısı 2010 yılında % 26,4'e (118 bin) ıkmıştır (Pala 2012: 2). Bu gelişmeler sendikaların özlük haklarını aramalarına ve taşeron şirketlere bağlı olarak çalışmaya karşı örgütlü mücadeleye girişmelerine neden olmuştur (Dev Sağlık-İş 2006).

II.3.2.5.3. Katkı Payı

Özel hastanelere/polikliniklere muayene için başvuranlardan ve kamu hastanelerine başvuranlardan başvurdukları basamak düzeyine göre **katkı payı** alınmasına geçilmiştir. Buna ek olarak düzenlenen tedavilerde reçetede birim ilaç başına "**ilaç katkı payı**" alınmaya başlanmıştır (Resmi Gazete 26200: 2006).

Birinci basamak haricinde diğer tüm basamaklarda ve özel hastanelerde (alınan fark ücretinden ayrıca) tedavi için katkı payı alınmaktadır. Daha önceden hiç bir basamakta sosyal güvenlik şemsiyesi altında olan vatandaşlardan katkı payı adı altında ücret alınmıyordu. Böylelikle sağlık harcamalarının belli bir kısmı vatandaştan doğrudan tahsil edilmeye başlanmıştır.

23 Mart 2006'daki Plan ve Bt Komisyonu tartışmalarında CHP Milletvekilleri 'bu uygulamanın sağlık harcamalarını azaltmak, bir kısmını vatandaşın üzerine yüklemek amacını taşıdığını, özel hastanelerde alınan daha yüksek katkı paylarının devlet hastanelerinde alınan katkı paylarına eşit olması gerektiğini' söylemişlerdir (TBMM Plan ve Bt Komisyon Tutanakları 23 Mart 2006 İkinci Oturum).

Sağlık hizmetlerinde finansmanda ek kaynak yaratmak adına alınan katkı payları yanı sıra özel hastanelerde alınan ek fark ücretleri vatandaşların doğrudan cepten yaptığı sağlık harcama miktarını arttırmıştır. **Vatandaşın cepten doğrudan yaptığı sağlık harcaması 1999 yılında yaklaşık 3 milyar dolarken katkı payları**

yoluyla bu miktar 2007 yılında 8,5 milyar dolara ulaşmıştır (Sönmez 2011: 46).

Bu sağlığın aşama aşama özelleştiği ve alınır satılır bir meta haline geldiğinin bir göstergesidir.

II.3.2.6. 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Hizmeti Sunumunda Yapılan Değişiklikler

II.3.2.6.1 Kamu Hastane Birliklerinin Kurulması

En son olarak da Kasım 2011’de çıkarılan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile özellikle eğitim ve araştırma hastaneleri başta olmak üzere büyük devlet hastaneleri (yüksek yatak kapasiteli), Kamu Birlik Hastaneleri (KBH) adı altında birleştirilmiştir. Bu uygulama ile KBH’nin yönetimleri Sağlık Bakanlığı tarafından sözleşmeli olarak atanan yöneticilere ve müteveli heyetlerine devredilmiştir (Türk Tabipleri Birliği 2012a). Yeni yapı içinde KBH kendi yağı ile kavru lan ve katma bütçeden pay almayan, hedefine “kârlılık” koyan işletmeler haline getirilmektedir. Bu uygulama ile hastanelerin yerli/yabancı sermayedarlar ile “kamu-özel ortaklıklarına” dönüştürülmelerine olanak sağlayacağı düşünülmektedir (YASED 2012).

663 sayılı KHK ile yapılan değişikliklere TTB eleştirilerde bulunmuş ve kararnamenin birçok maddesinin iptali için Anayasa Mahkemesi’nde dava açmıştır (Özçelik, vd. 2013). Yüz sayfadan daha fazla tutan bu iptal gerekçelerindeki iddialar Türk Tabipleri Birliği, Türk Dişhekimleri Birliği, Sağlık ve Sosyal Yardım Emekçileri Sendikası ve Devrimci Sağlık İş Sendikası’nın ortak basın bildirisinde ana başlıklar halinde özetlendi:

"a) Sağlık Bakanlığı icracı olmaktan çıkarıldı, denetleyici, düzenleyici ve koordine edici konuma getirildi. Sağlık Bakanlığı’nın temel görevi olan sağlık hizmeti sunumu, bağlı kuruluşları olan Halk Sağlığı ve Kamu Hastane Kurumu’na devredildi, b)Devlet hastaneleri “Şirket Hastaneleri”ne dönüştürüldü ve göreve bu sisteme tümüyle sahip çıkıp onu yönetecek CEO olarak nitelendirilen Genel Sekreterler getirildi, c) 25-49 yıllığına tahsis edilecek hazine arazileri üstüne kurulacak “Şehir Hastaneleri” (Entegre Sağlık

Kampüsleri) kurulması, bunların yabancı sermaye ortaklıklı konsorsiyumlara ihale edilmesi, sonrasında hizmetin taşeron sistemiyle gördürülüp bunun karşılığında KİRA ödenmesi, KDV, Pul ve harçtan muafiyet ve yapım için kullanılacak dış krediler için hazine garantisi veren bir sistem kurulmasını düzenleyen Kamu Özel Ortaklığı hayata geçirildi, d) İlaçta reklam serbest bırakıldı, e) Özel hastane/sağlık kurumlarının lisanslarının açık arttırmayla satılması düzenlendi. Muayenehane açma ruhsatının bile ihaleyle satılabileceği düzenlemelerin önü açıldı, f) Bütün sağlık mesleklerinin etik ilkelerini, eğitim müfredatını, yetersiz bulursa alacağı eğitimleri belirlemek üzere Sağlık Bakanlığı bünyesinde, çoğu Sağlık Bakanı'nın kontrolünde belirlenen, sağlık meslek mensubu olması dahi gerekmeyen kişilerden oluşan Sağlık Meslekleri Kurulu oluşturuldu, g) Sağlık Bakanlığı'na, sağlık çalışanlarını meslekten (geçici veya sürekli) men etme yetkisi verildi, h) Mevcut klinik şef ve şef yardımcılarının unvanları ile başhemsirelik unvanı iptal edildi, i) Türk Tabipleri Birliği'nin "tabipliğin kamu ve kişi yararına uygulanıp geliştirilmesini sağlamak" görevine son verildi, j) Türk Dişhekimleri Birliği'nin asgari ücret belirleme yetkisi kaldırıldı, k) Yürürlükte olan hukuki ve idari mevzuattan muaf "Serbest Sağlık Bölgeleri" kurulması, sağlığın ticareti için Sağlık Turizmi düzenlendi, l) Gönüllü Sağlık Denetmeni kavramı getirilerek, hasta-sağlık çalışanı arasında üçüncü kişilerin girmesine olanak sağlandı, m) Hastalarımızın sağlıkla ilgili verilerinin mahremiyetini, hasta ve insan haklarını ihlal eden veri paylaşımı uygulamalarının önü açıldı, n) İthal hekim ve hemşire gibi uygulamaların, arkasından denklik işlemlerinde getirilen kolaylıklarla birlikte hem mesleklerimizi hem de halkın sağlığını tehdit eden işlemlerin adımları atıldı, o) Üniversite ve akademik özerkliği tehdit eden üniversite hastanelerine el koymaktan eğitim müfredatını belirlemeye kadar pek çok olumsuzluğun önü açıldı" (Türk Tabipleri Birliği Basın Açıklaması 11 Şubat 2013).

11 Şubat 2013'de yapılan basın açıklamasıyla duyurulan bu müracaat sonucunda Anayasa Mahkemesi itiraz edilen maddeler arasından sadece TTB'nin yapısının değiştirilmesi ile ilgili olan maddeyi iptal etmiştir. Diğer değişiklikler aynı ile kalmıştır. Ancak gerekçeli karar tez yazım tarihinde yayınlanmamış olduğu için Anayasa Mahkemesi'nin diğer maddelere ilişkin red gerekçeleri bilinmemektedir.

TTB Merkez Konseyi Başkanı Prof. Dr. Özdemir Aktan ile yapılan yüz yüze görüşmede Aktan, KBH'nin kâr etmek üzere yapılandırıldığını, bunun yanı sıra kurulmakta olan "Şehir Hastaneleri"nin işletmelerinin kamu-özel ortaklıkları olarak inşa edildiğini düşündüğünü belirtmiştir. Bu kamu-özel ortaklığında mülkiyeti devletin elinde kalacak şekilde işletmesinin belli bir zaman diliminde özel sektöre en az % 70 doluluk garantisi ile kiralanacak şekilde planlanan bir modelin

uygulanacağını öngörmektedir. Kamu-özel ortaklıklarının yabancı tekeller ile yapılmasına herhangi bir engel olmaması nedeniyle ülkedeki sağlık hizmetlerinin yabancı yatırımcılara satılacağı anlamını taşıdığı vurgulamıştır (Aktan 2013).

Ayrıca 23 Kasım 2010 tarihli Plan ve Bütçe Komisyonu tartışmalarında Cumhuriyet Halk Partisi Milletvekilleri kurulacak olan Kamu Hastane Birlikleri'nin yönetiminde TTB'den bir temsilcinin olmayışını buna karşın mevcut illerdeki Ticaret Odalarından temsilcilerin bulunacak olmalarını eleştirmişlerdir. Bununla birlikte kurulacak bu hastane birliklerinde, performansa dayalı kâr amaçlı kuruluşlar olarak sağlıkta tam ticarileşmenin önünün daha da açılacağını belirtmişlerdir (TBMM Plan ve Bütçe Komisyon Tutanakları 2013).Yine benzer bir eleştiride mecliste grubu bulunan BDP'nin Milletvekillerinden gelmiştir. BDP Milletvekilleri demokrasinin gereği sağlıkta da çoğulcu bir tutumdan yana olduklarını belirterek alanla ilgili kurumların da sürece dahil edilmesi gerektiğini vurgulamışlardır. BDP olarak TTB'nin, sağlık işkolu sendikalarının, Türk Eczacıları Birliği'nin Tam Gün Yasası ve Kamu Birlik Hastaneleri'ne dair çıkarılan yasalarda görüşlerinin alınmamasını zararlı bulduklarını söylemişlerdir (TBMM Plan ve Bütçe Komisyon Tutanakları 23 Kasım 2010 Üçüncü Oturum).

II.3.2.6.2 Yabancı Sağlık Personeli Çalıştırılması

Kasım 2011 tarihinde çıkarılan 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname'nin sağlık hizmetlerinin sunumunda yaptığı ana değişikliklerden biri de yabancı personel istihdamına izin vermesidir. Buna bağlı olarak 28212 sayılı ve 22 Şubat 2012 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren yönetmelik uyarınca özel sağlık kuruluşları denklik almak ve Türkçe bilmek koşuluyla yabancı hekim ve hemşire çalıştırılmasına olanak sağlamıştır (Resmi Gazete 28212: 2012). Özel hastanelerde çalışan Türk hekimler kadro sınırlamasına tabi iken, özel sağlık kuruluşunun bakanlıktan izin alması ile ayrıca yabancı hekim ve hekim dışı personel

çalıştırabilmesinin 27 Mayıs 2012 tarihli 28305 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan "Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" ile önü açılmıştır (Resmi Gazete 28305: 2012). İlgili bakanlıklar yoluyla çalışmakta olan yabancı hekim ve hekim dışı sağlık personeli sayılarına ulaşmak mümkün olmamıştır, ancak haber sitelerinde 113 yabancı uyruklu doktor ve 7 hemşirenin çalıştığı belirtilmiştir (“Türkiye’de çalışan yabancı” 2013).

Bu duruma TTB itiraz ederek Danıştay’a dava açmıştır. Buradaki gerekçe ‘hekim emeğinin ucuzlatılması, vatandaşların ülkenin gelenekleri ve dilini bilmeyenlerce sunulan sağlık hizmetinden zarar görebilecekleri’ kaygısı olmuştur (Türk Tabipleri Birliği 2012b). Sağlık çalışanlarının emeğinin ucuzlatılması dünyada uygulamaya giren neo-liberal politikaların dünya piyasasında tam olarak aradıkları bir unsurdur. Ucuz iş-gücü daha yüksek kâr anlamı taşımaktadır.

Türk Hemşireler Derneği ise benzer gerekçeleri öne süren basın açıklamasında bulunmuştur (Türk Hemşireler Derneği 2011).

BÖLÜM III

GÜNÜMÜZDE TÜRKİYE’DE SAĞLIK SEKTÖRÜ

III.1. Özel Hastaneler

III.1.1. Türkiye’de Yabancı Sermaye Yatırımları

Türkiye’de, DB kredileri ile gerçekleştirilen Sağlıkta Dönüşüm’ün en önemli ayağını özel hastaneler oluşturmaktadır. Sağlık sektörü, Türkiye’de artan en gözde yatırım alanlarından birini oluştururken sektörün büyüme potansiyeli yerli ve yabancı sermayenin dikkatini çekmekte ve büyük kâr getiren özel hastane yatırımları artmaktadır. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 1987’de 116 olan özel yataklı tedavi kurumu sayısı 2011’de 503’e yükselmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2012a: 63).

Mustafa Sönmez’in DPT’nin 2011 Yılı Programı’ndan yaptığı alıntısında,

“Sağlık hizmetlerine olan talep her yıl artmakta olup 2006-2009 döneminde hastanelere yapılan toplam başvuru sayısı yüzde 35,8 artarken, özel sektörde bu artış yüzde 206.6 olarak gerçekleşmiştir. Başvuru sayısının artışında, kamu hastanelerinin tek çatı altında toplanarak hizmet sunumundaki farklılıkların azaltılması, özel sektör sağlık hizmetlerinden yararlanımın kolaylaştırılması etkili olmuştur. 2009 yılında toplam yatak kapasitesinin yüzde 13,9’una, hekim sayısının yüzde 20,3’üne sahip olan özel sektör, büyük ameliyatlarda yüzde 32’sini ve toplam ameliyatlarda ise yüzde 26’sını gerçekleştirmiştir”

kamu-özel sağlık kuruluşlarının paylarına dair verilere değinmiştir (Sönmez 2011: 74).

Türkiye’de özel sektörün sağlık sunumundaki yeri her geçen gün artmaktadır. Türkiye’de özel hastane kuruluşları her zaman vardı ancak son dönemlerde sayısının ve etkinliğinin bu kadar artması, Türkiye’de 1990’lı yıllarda başlayan ve 2003’den sonra hızlanan “Sağlıkta Dönüşüm Projesi”nin yasal ve politik içeriğindeki

değişiklikle mümkün olabildiği görülmektedir. Bu artışa ilişkin verileri yüz yüze görüşmede değerlendiren, kısa adı OHSAD olan Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği Başkanı Dr. Reşat Bahat,

“Türkiye’de özel hastane sayısının 540’ı, özel sağlık kurumlarının sayısının ise 1760’ı bulduğunu, toplam 120 bin yatak sayısının 32 bininin özel sektöre aittir. Türkiye’deki 120 bin hekimin yaklaşık 21 bininin özel sektörde bulunduğunu, bunlarında 19 500’ünün uzman hekimler (başka bir ifade ile toplam uzman hekimlerin 1/3’ü) olduğunu ifade etmiştir. Özel hastanelerdeki hekimlerin sayısı ve niteliksel özellikleri göz önüne alındığında özel sektörde 90 milyon polikliniğin ve 2,5 milyon ameliyatın (bu sayı yaklaşık olarak devlet hastanelerinde yapılan sayıya eşittir) yapılabilmesi mümkün hale gelmiştir. Ayrıca Türkiye’deki genel durum değerlendirildiğinde gelecek yıllarda artan talep ve yaşam şartlarının iyileşmesine bağlı olarak artacak yaşlı nüfus oranı ile kişi başına yapılacak sağlık harcamalarının artacağı, Gayrisafi Yurt İçi Hasıla’daki (GSYİH)’payının diğer OECD (Organization for Economic Co-Operation and Development -Kalkınma İçin Ekonomik İşbirliği Örgütü) ülkeleri düzeyine çıkabileceği ve bugünkü sektörel büyüklüğün yaklaşık 3 katına kadar büyüme potansiyeli olduğu düşünülmelidir” demiştir (Bahat 2013).

Özellikle büyük şehirlerde ve batı bölgelerinde yoğunlaşan özel hastaneler ve özel sağlık kuruluşları dikkate alındığında hasta potansiyeli yüksek olan bölgelerin kâr etmek amacıyla daha çok tercih edildiği görülmektedir. Sönmez’in kitabında belirttiği gibi İstanbul’da yaklaşık 155 tane özel hastanenin bulunması Bahat’ın bu argümanını destekler niteliktedir (Sönmez 2011: 76).

Türkiye’de sağlık hizmeti sunumunda özel sektörün payının artmasının, Sağlıkta Dönüşüm Programı’yla kamunun özel hastanelerden hizmet satın

alabilmesindeki yolunun açılmasının etkisi olduğu açıktır. 2007 yılındaki kişi başı sağlık harcamaları OECD verilerine bakıldığında sektörün giderek büyümesi ve sağlık hizmetleri sunumuna erişimin kolaylaşmasına rağmen Türkiye'nin, kişi başı sağlık harcamalarındaki payı OECD ülke ortalamalarının altında kalmaktadır. Kişi başına düşen sağlık harcaması 2007 yılı için ABD'de 7290 dolar olarak gerçekleşirken, bu harcama miktarı Türkiye'de kişi başına 618 dolar olarak hesaplanmıştır. OECD ülkelerinde ortalama kişi başı sağlık harcaması 2007 yılı için 2984 dolarken bu değer Avrupa ülkeleri için 4000 dolar seviyesindedir (Karakaş, Yılmaz 2011: 93).

Yeni yapılanmayla Türkiye'deki toplam hasta yatağı sayısının % 14'üne sahip olan, özellikle büyük şehirlerde toplanmış olan özel hastaneler sağlık harcamalarının % 34'ünü almaktadır (Sönmez 2011: 73). Türkiye'de kişi başına ortalama sağlık harcaması OECD ülkelerinin altında olmasına rağmen YASED'in raporunda belirtilen TÜİK verilerine göre ekonomik gelir düzeyi yükseldikçe sağlığa cepten yapılan harcamalar artmaktadır. Büyük şehirlerde toplanmış özel hastaneler bu gelir grubuna hitap etmektedir (YASED 2012: 15).

Başbakanlık Yatırım Destek ve Tanıtım Ajansı'nın Ocak 2010'da yayınlanmış raporunda özel sermayenin yatırıma teşvik edilmesine dair çıkarılan kanunlar, bu çalışmada "Türkiye'de Sağlık Sektörü" bölümü altında belirtilmiştir. Yasalarda yapılan düzenlemeler sayesinde yerli ve yabancı sermaye kuruluşunun sağlık alanındaki her noktada (özel hastanecilik, ilaç üretimi, tıbbi cihaz sektörü, sağlık turizmi vb.) yatırım yapmak istemeleri anlaşılabilir. Elde edilen kâr ve sektör içindeki el değiştirmeler nedeniyle büyüyen ve biriken sermayenin yurt dışına transferi için yasal olarak bir engel kalmamış görünmektedir.

Türkiye'deki yerli ve yabancı sermayenin doğrudan sağlık sektöründeki yatırımcılar olmadığı, yerli yatırımcıların çeşitli sektörlerde faaliyet gösteren

kuruluşlar olduğu, yabancı yatırımcıların ise daha çok finans kuruluşları olduğu dikkat çekicidir. Türkiye’de sağlığa yatırım yapan yerel gruplardan Koç Grubunun: enerji, otomotiv, finans, inşaat vb. faaliyetlerinin yanında Amerikan Hastanesinin sahibi olduğu, Sancak Grubunun: yazılım, bilişim, *catering* ve inşaat sektörlerinin yanında Medical Park Hastanelerini satın aldığı bilinmektedir. Aynı şekilde İş Bankası Grubunun: Bankacılık ve finans hizmetleri, sigorta, cam, telekomünikasyon vb. faaliyetlerinin yanında bünyesinde iki hastane bulunduran Bayındır Tıp Merkezini ve bünyesindeki diğer hastanelerin işletmelerini satın aldıkları bilinmektedir (Karakaş, Yılmaz 2011: 90-91). Yerli yatırımcının yanında yabancı yatırımcılar içinde aynı durum söz konusudur.

Yabancı sermaye yatırımlarına ilişkin OHSAD başkanı Dr. Reşat Bahat’a sorulan, Türkiye’de sağlık sektörüne yabancı yatırımcıların ilgisinin sebebi ve bunların daha çok hangi ülkelerden oldukları ve nasıl kuruluşlar oldukları sorularına yanıtları bu çalışmanın temel bulgusuna dönük önemli veriler içermektedir.

Bahat’a göre,

“Türkiye, sağlıktaki iç pazarını yabancı yatırımcıya açan nadir ülkelerden biri. Türkiye’deki genç nüfus çoğu Avrupa ülkelerini geçmektedir. 65 yaş üzerindeki kişi sayısı nüfusun yüzde 20’sini geçtiğinde kişi başı sağlık harcamasının 2000 doları bulması bekleniyor. Bu yıllık 150 milyar dolar demektir. Şu anki pazar 65 milyar dolardır. 2002 yılında kişi başı muayene ortalaması 2,2 kez iken bugün 8,2’ye çıkmıştır. Fransa’nın ortalaması 7,0’dır. Bu Avrupa rekorudur. Üstelik bu hizmetin yüzde 60’ı uzman hekimler tarafından verilmektedir. Bu oran Avrupa’da yüzde 20’dir. Dolayısıyla gelecek 10 yılda pazarın 150 milyar doları bulacak olması tahmin edildiğinden yabancı yatırımcının ülkemize olan ilgisini artırmıştır. Elbette bunda tek parti iktidarının ve

*Başbakanın kararlı tutumunun payı yüksektir. SGK, sağlık hizmeti satın aldığı özel kuruluşlara parasını zamanında ödeyebiliyor. Ayrıca, Türkiye her alanda büyüyen ve demokrasisi güçlenen bir ülke konumundadır. Uluslararası sermaye dünyanın üçüncü ülkeleri olarak adlandırılan, güvensiz ve ekonomisi zayıf ülkelere yatırım yapmak istemiyor. Türkiye bu anlamda oldukça cazip bir ülkedir. **Ancak yatırım ortaklıkları fon kuruluşları tarafından yapılmakta. Gerçek işi sağlık yatırımları olan tek bir gurup geldi.** Bu gurup Yunanistan menşeli idi ve Şafak Hastaneleri Grubuyla ortaklık yaptılar. Büyük zarar ederek piyasadan çekilmek zorunda kaldılar. Buradaki zararın gerekçesi daha çok teknik nedenlerdendi. Fonların amacı yatırımını 5-7 yılda ikiye katlayarak çıkmaktır. Bu ülkeye sıcak para girişine sebep olmaktadır. Bu kuruluşlar ülkemize teknoloji getirmiyor ama sağlık turizmine katkı sağlıyor. Aslında risk alarak yatırımlarını gerçekleştiriyorlar ama Türkiye'nin güven veren ekonomisi ve kurumsal yapısı kâr ettiriyor. En büyük yatırımlar ise ABD'den geliyor. Bunu sırasıyla Arap, Uzak Doğu, Avrupa (özellikle İngiltere) ülkeleri takip ediyor” şeklinde belirtilmiştir (Bahat 2013).*

Özel hastanecilik ve tıbbi hizmetler sektörüne yabancı yatırımcıların girişleri 2008 yılından itibaren giderek hız kazanarak 2011 yılında zirveye ulaşmıştır. Her yıl Türkiye için sektörel gelişim raporları ve yatırımcılar için öngörüler içeren raporlar hazırlayan “Deloitte” Kurumsal Finansman şirketinin 2008-2009-2010-2011 yılları için ayrı ayrı hazırladığı “*Annual Turkish M&A Review*” raporlarına göre, 2011 yılında 27 anlaşma ile toplam olarak 1750 milyar dolar yabancı sermaye Türkiye’de sağlık piyasasında yatırıma girmiştir (Deloitte 2011). Tablo 1’de yukarıda bahsi geçen raporlarda yer alan hisse satışlarının bir kısmı sıralanmıştır.

Tablo 1: Özel hastaneler ve tıp merkezlerinde yabancı yatırımcılara satılan hisseler ve oranları

<u>YIL</u>	<u>YABANCI YATIRIMCI</u>	<u>MENŞE ÜLKE</u>	<u>HİSSE SATIŞI YAPILAN TÜRKİYE ŞİRKETİ</u>	<u>SATILAN HİSSE ORANI*</u>	<u>SATILAN HİSSE NOMİNAL DEĞERİ (Milyon dolar)</u>
2008	Abraaj Capital	Birleşik Arap Emirlikleri	Acıbadem Sağlık Hizmetleri	%53.8	586,7
	Hygea	Yunanistan	Şafak Hastaneleri	%50	48
	Acıbadem Sağlık Hizmetleri	Türkiye	International Hospital	%40	32.4
	Fresenius	Almanya	Yaşam Özel Sağlık Hizmetleri	%100	
	Fresenius	Almanya	Ataliz Sağlık Hizmetleri	%99.9	
	Fresenius	Almanya	Düzey Sağlık Hizmetleri	%100	
2009	The Carlyle Group	ABD	Medical Park HospitalGroup	%40	
	Euromedic International	Macaristan	Oylat Diyaliz Merkezi	%100	
2010	Rhea Investment	Türkiye	Dentistanbul	%100	0,2
	NBK Capital (Swan Holding)	Kuveyt	Dünya Göz Hastanesi	%30	
	ArgusCapitalPartners & Qatar First Investment Bank	İngiltere & Katar	MemorialHealthGroup	%40	
	Hygea	Yunanistan	JFK Kennedy İstanbul ve Göztepe Şafak Hastanesi	?	8
2009	Acıbadem Sağlık Hizmetleri	Türkiye	Konur Sağlık Hizmetleri	%50	
2010	Fresenius	Almanya	Diamed Diyaliz Hizmetleri	%90	
2011	ADM Capital; PGGM N.V; IFC	Hong-Kong; Hollanda; ABD	Universal HospitalGroup	%26	140
	Mid Europa Partners	İngiltere	Kent Hospital	%65	
	Integrated Healthcare Holdings	Malezya	Acıbadem Sağlık Hizmetleri	%75	1260.4

*Şirket hisselerinin tamamı üzerinden satılan pay

Tablo 1; devamı

<u>YIL</u>	<u>YABANCI</u> <u>YATIRIMCI</u>	<u>MENSE</u> <u>ÜLKE</u>	<u>HİSSE SATIŞI</u> <u>YAPILAN</u> <u>TÜRKİYE</u> <u>ŞİRKETİ</u>	<u>SATILAN</u> <u>HİSSE</u> <u>ORANI*</u>	<u>SATILAN</u> <u>HİSSE</u> <u>NOMİNAL</u> <u>DEĞERİ</u> <u>(Milyon</u> <u>Dolar)</u>
2011	Acıbadem Sağlık Hizmetleri	Türkiye	Göztepe Şafak Hastanesi, JFK Kennedy Hastanesi	% 100	
	ADM Capital	Hong-Kong	Kemer Medical Center	?	27
	Öztürk Ailesi	Türkiye	Şafak Hastaneleri	%50	15
	Diaverum	İsveç	Antalya Nefroloji Özel Diyaliz Merkezi	% 100	
	Diaverum	İsveç	İnformed Diyaliz	% 100	
	Memorial Health Group	Türkiye	An-Deva Sağlık Grubu	%62,5	
	Universal Hospital Group	Türkiye	Ege Sağlık Grubu	% 82,9	

*Şirket hisselerinin tamamı üzerinden satılan pay

(Kaynak: Deloitte 2012. *2013 Global Life Sciences Outlook; Optimism Tempered by reality in a "new normal"*)

Yukarıdaki tablonun verileri değerlendirildiğinde Türkiye’de satın almaların arttığı, satın alıcıların büyük çoğunluğunun yabancı fon ve kredi finans kuruluşları oldukları görülmektedir.

İstanbul Menkul Kıymetler Borsası’nda (İMKB) hisseleri Eylül 2012 tarihine kadar işlem gören bir kuruluş olması nedeniyle özel bir örnek olarak Acıbadem Sağlık Grubu’nun durumunu değerlendirmek gerekir. Tabloya göre ilk olarak 2008 yılında hisselerinin % 53,8’ini Birleşik Arap Emirlikleri’nden bir fon kuruluşuna

586,7 milyon dolara sattıktan sonra büyüyen ve gelişen sağlık grubunun aynı yıl içerisinde International Hospital'ın hisselerinin % 40'ını 32,4 milyon dolara satın aldığı görülmektedir. Benzer şekilde grubun satın almaları 2009 yılında da devam etmiş ve bünyesine Konur Sağlık Hizmetleri'ni de katmıştır. 2011 yılında başka bir yabancı bir fon kuruluşuna, Malezya kökenli "Integrated Healthcare Holdings"e 1 milyar 260 milyon dolara hisselerinin % 75'i devredilmiştir. Grubun aynı yıl içerisindeki satın almaları daha da genişlediği görülmektedir. Göztepe Şafak Hastanesi, JFK Kennedy Hastanesi grubun yeni üyeleridirler. "Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret A.Ş. (Seri:X1 No:29 Sayılı Tebliğe İstinaden Hazırlanmış) Yönetim Kurulu Faaliyet Raporu"nda grubun 2002 yılından 2011 yılına kadar **yıllık olarak ortalama % 20,5 büyüdüğü** belirtilmektedir (Acıbadem 2012: 11). Aynı raporda 1 Ocak 2012 – 30 Haziran 2012 dönemi için **net kârı 77 milyon 318 bin TL** olarak verilmiştir (Acıbadem 2012: 12). Acıbadem Sağlık Grubu Eylül 2012'de hisselerinin % 97,33'ü yabancı menşeli Almond Holding'e geçtiği ve kote edilebilir hisse oranı % 5'in altına düştüğü için İMKB'den çıkarılmıştır ('Acıbadem Borsa Kotundan Çıkarıldı' 2012). O tarihten sonra İMKB'de özel hastane gruplarından hisseleri halka açık olarak sadece tamamı yerli sermayeli Lokman Hekim Grubu kalmıştır. Diğer özel hastanelerin hiçbiri İMKB'de işlem görmemektedir.

Yine Tablo 1'de incelenirse, Memorial Hastaneler grubu ise 2010 yılında Katar merkezli bir fon kuruluşuna hisselerinin % 20'sini ve diğer % 20'lik hisse payını da bir İngiliz fon kuruluşuna devrettiği görülecektir. Memorial Sağlık Grubu'nun geriye kalan % 60'lık payının sahibi işadamı Turgut Aydın'dır ("Memorial Sağlık" 2010). Bu grup 2011 yılında Antalya'da faaliyet gösteren An-Deva Sağlık Grubu'nun hisselerinin % 62,5'ini satın almıştır.

Bu değerlendirmelerden iki sonuç çıkarılabilir; Acıbadem örneğinden görülebileceği gibi, yatırım için Türkiye'ye gelen yabancı fon ve kredi finans

kuruluşlarının büyük kârlar yapabildiği ve küçük hastanelerin satın alınması yoluyla rekabetin daraltıldığı gözlenmektedir. T.C.Sağlık Bakanlığı planlanandan fazla sayıda özel hastane kurulduğunu öne sürerek yaklaşık üç-dört yıldan beri yeni özel hastanelerin kurulabilmesi için gerekli ruhsatı vermediği bilinmektedir. Yapılan özel görüşmede dile getirilen bu duruma Dr. R. Bahat;

“Her ne kadar Sağlık Bakanlığı’nın kısıtlamasının arkasında kontrolsüz şekilde artan sağlık harcamalarının kısıtlanması ve kısmen bir kalite ve kontrol standardizasyonu oluşturma kaygısı yatıyor gibi görünse de bunun bir zorluk yarattığı açıktır. Genişlemek ve büyümek isteyen grupların bu amaçla daha küçük kuruluşları satın almak zorunda kalacaktır. Bu yöntemle devletin özel hastanecilikte tekelleşmeye neden olacak bir uygulamaya geçtiği kanısındayım” şeklinde yorum getirmiştir (Bahat 2013).

YASED tarafından Haziran 2012’de yayınlanan Türkiye Sağlık Sektörü Raporu’nda GSYİH’nin % 6,4’üne ulaşmış ve yaklaşık olarak **68 milyar dolarlık** bir büyüklüğe sahip sağlık sektörünün yabancı yatırımcı için cazip bir ortam olduğu öne sürülmektedir. Bu miktar SGK’nın yaptığı sağlık harcamaları yanı sıra, kişilerin cepten doğrudan yaptıkları harcamalar, katkı payları, fark ücretleri vb. harcamaları içermektedir. T. C. Sağlık Bakanlığı veya diğer kamu kuruluşlarının hastane inşaatı, personel maaşları vb. doğrudan katma bütçeden yapılan harcamaları içermemektedir. Günümüz itibarı ile sağlık hizmeti sunumunda % 34’lük paya sahip özel sağlık kuruluşlarının yaklaşık % 50’sinin üç büyük ilde toplanmış olduğu aynı raporda vurgulanmaktadır (YASED 2012: 28-34).

Türkiye’nin özel hastanelerindeki genel durumu değerlendirildiğinde toplamda önemli sonuçlara varılmaktadır. Öncelikle yukarıda da değinilen değişen yasalarla menkullerin satışlarından elde edilen kârın yurtdışına çıkmasındaki engellerin kaldırılmasının yanında, 68 milyar dolarlık sağlık harcaması dikkate alındığında %

34'lük paya sahip özel sektör, bu harcamaların yaklaşık 24 milyar dolarını almaktadır. Kamu tarafından yapılan sağlık harcamaları Türkiye'de sadece SGK yoluyla olmaktadır ve bu harcamanın büyüklüğü 2012 yılında 44 milyar dolara ulaşmıştır (Memiş 2012).

TBMM'nde 23 Kasım 2010 tarihli Plan ve Bütçe Komisyonu tartışmalarında BDP Milletvekilleri sağlığın bu kadar piyasaya açılmasını, özel sektöre sermaye ve kaynak aktarımının yanlış olduğunu ve bunun sosyal devlet anlayışıyla çeliştiğini dile getirerek yapılan uygulamaları eleştirmişlerdir (TBMM Plan ve Bütçe Komisyon Tutanakları 23 Kasım 2010 Üçüncü Oturum).

III.1.2. Türk Özel Hastane Sermayesinin Yurt Dışına Yatırımları

Türkiye'deki yerli sermaye kuruluşlarının da yurt dışına yatırım yaptıkları bilinmektedir. Bunlar genellikle Orta Doğu ülkeleri, eski SSCB ülkeleri ve Balkan ülkeleridir. Ancak bu yatırımlara dair resmi kaynaklardan bilgi edinme olanağı yoktur. Türkiye için henüz çok yeni olan bu yatırım ya da işletme ortaklıkları hakkında edinilecek bilgilere basında çıkan haberlerden ulaşılabilmektedir. Ayrıca bu çalışma için yüz yüze görüşme yapılan kurumların başkan ve yöneticilerinin (OHSAD ve TTB başkanları) konuya dair paylaştıkları bilgiler mevcuttur. Şu an piyasada var olan yatırım danışmanlık şirketlerinin de basındaki demeçleri takip edildiğinde benzer görüşlere rastlanılmaktadır. Aşağıda verilen örneklerden de görülebileceği gibi yurt dışında yatırım yapan özel hastane kuruluşlarının hemen tamamı yabancı ortaklı kuruluşlardır.

Türkiye'deki orta ve büyük ölçekli firmalara finansal danışmanlık hizmeti veren DARUMA, yurt içinde çok sayıdaki hastane açılışı ve satın alınmasından ötürü yurt dışına yapılacak yatırımlar henüz ilk hedef olarak belirlenmese de bunun alt

yapısına dönük hazırlıkların yapıldığını, mevcut durumda yurt dışında kurulan hastanelerin olduğunu ve bazı kuruluşların hastane yönetimi konusunda danışmanlık yaptıklarını belirtmiştir (“Sağlık Sektörü” 2012).

Acıbadem Sağlık Hizmetleri grubunun 2011’de hisselerinin Malezya menşeli bir gruba satıldığını belirtilmişti. Bu ortaklıkla Türkiye, Orta Doğu, eski Sovyetler Birliği ve Balkanlar’da bulunan hastanelerin tüm yönetim haklarının Acıbadem Sağlık Hizmetleri grubuna ve sahibi Mehmet Ali Aydınlar’a bırakılmıştır (“Acıbadem Global Ligin 2.oluyor” 2011) . Yine aynı grubun, 2011 tarihinde Makedonya’da Sistina Hastanesi’nin % 50.32’ini satın aldığı kendi web sitesinde bildirilmektedir (Acıbadem 2011 Haber Arşivi).

Diğer bir örnek, Kosova’da yatırım yapan Medicine Hospital’dır. 70 yataklı bir kalp hastanesini Kosova’da kuran Medicine Hospital yönetim kurulu başkanı Dr. Yusuf Elgörmüş, Balkan ülkelerinde yatırımlarına devam edeceklerini ve 2015’e kadar beş yeni hastane daha açmayı planladıklarını belirtmiştir (“Türk İş Adamları Kosova’ya” 2010).

Benzer şekilde bir diğer örnek, bünyesinde hastane ve özel dallarda toplam 9 sağlık kuruluşu bulunduran Medicana Sağlık Grubu için geçerlidir. Medicana Yönetim Kurulu Başkanı Hüseyin Bozkurt, Balkan ülkelerine açıldıklarını ve artık borsaya da girebileceklerini beyan etmektedir. Türkiye’nin sağlık alanında artık çok iyi tanındığını ve yurt dışından yatırım için teklif aldıklarını belirtmektedir. Romanya’da fizibilite çalışmalarını tamamladıklarını Polonya, Rusya ve Macaristan’ı değerlendirdiklerini belirtmiştir (Hatisaru 2010). Romanya’da yaptıkları hastanenin yanı sıra Irak’ta yapımı tamamlanacak olan bir hastanenin ortağı olacaklarını da açıklamıştır. Bunun yanı sıra küçük hastaneleri satın alarak büyüyeceklerini ve yurt dışındaki fon kuruluşlarından da çok teklif geldiğini belirten

Bozkurt, yatırımlarının buna paralel sürmesini beklediklerini açıklamıştır (“Medicana Irak’ta” 2010).

III.2. Özel Sağlık Sigorta Sistemi

Türkiye’de Eylül 2012 verilerine göre 61,5 milyon kişi SGK kapsamındadır (T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu 2011). Özel Sigorta şirketlerinin ise bir yıl içinde ürettikleri toplam prim miktarının % 12’si sağlık sigortalarından gelmektedir (YASED 2012: 82). Uygulanmakta olan özel sağlık sigortalarında genellikle teminat kapsamı; Sigorta poliçesi paketini satın alanın sigortalılık süresinde hastalanması, yaralanması durumunda gereken tedavi masraflarının ve işgücü kaybından doğan maddi tazminat miktarlarını içermektedir. Paket içeriğine göre prim miktarı değişmektedir. Ödenecek tedavi masrafları ve tazminat miktarlarının da poliçe paketlerinde sınırları (meblağları) belirlenmiştir. Ayrıca sigorta paketi satın alanın sağlık durumunu belgeli beyan etme ve hastalık/kaza halinde belli süre içinde bildirimde bulunma zorunluluğu bulunmaktadır. Ortaya çıkan tedavi masraflarında ve tazminat taleplerinde şirketlerin bilirkişiler yoluyla değerlendirmeleri ödemede temel oluşturmaktadır (Yıldırım, Yıldırım, Akbulut 2012: 146-172).

Kişilerin SGK kapsamında olmasına karşın ek olarak satın alacakları özel sağlık sigorta poliçelerinde uygulama genellikle özel hastanelerde yapılan tedavilerin SGK paket fiyatları dışında ortaya çıkan fark ücretlerini ödemek şeklinde olmaktadır. Bu ‘tamamlayıcı sigorta’ olarak işlev görmektedir (Yıldırım, Yıldırım, Akbulut 2012: 146-172).

III.3. İlaç ve Aşı Sektörü

III.3.1. İlaç Sanayi

Türkiye’de son yıllarda sağlık sunumuna erişimin kolaylaşması ve ilaç tedarikindeki değişimlerin sonucunda ilaç tüketiminin de buna paralel olarak arttığı

gözlenmektedir. Sektör yüksek kâr getirisi nedeniyle rekabetin en çok yaşandığı alanlardan biridir. Son dönemlerde Türkiye'deki sağlık politikalarındaki değişim nedeniyle sektöre yabancı yatırımcıların ilgisini artmaktadır.

Uluslararası alanda ticarete konu olan ve bilgiye dayalı üretimi nedeniyle dünyanın da en önemli sektörleri arasındadır. ABD, Japonya, Çin, Fransa ve Almanya dünyadaki en büyük ilaç pazarıdır. Türkiye, artan pazar payı ile önemini her geçen yıl artırmaktadır. 2011 yılı için dünya ilaç pazarında 16. sırada yer almaktadır (T.C. Ekonomi Bakanlığı 2012).

Sadece yirmi yılda dünya ilaç pazarı 1990'da 200 milyar dolarken 2010 yılında yaklaşık 870 milyar dolara ulaşmıştır. Dünya ilaç pazarındaki pazar payı en yüksek olan ülke ABD'dir. % 39 olan pazar payı kuşkusuz Ar-Ge çalışmalarına yapılan yatırımlar sayesinde olmaktadır. Avrupa (Almanya, Fransa, İtalya, İspanya ve İngiltere) pazar payı hesaplandığında % 17,5 ile ikinci sırada yer aldığı görülür. Japonya % 11 ile üçüncü sırada yer alırken bunu Çin ve Brezilya'da % 6 oranlarıyla takip etmektedir. Dünya ilaç firmaları sıralamasında ilk on beşe giren şirketlerin 2010 yılı itibariyle yaklaşık 470 milyar dolarlık bir pay ile pazarın yaklaşık % 60'ını oluşturduğu bilinmektedir. Toplam piyasanın yaklaşık 790,5 milyar dolar olduğu düşünüldüğünde rekabetin neden en çok yaşandığı alanlardan biri olduğu anlaşılmaktadır (Başçıl 2011: 169-170).

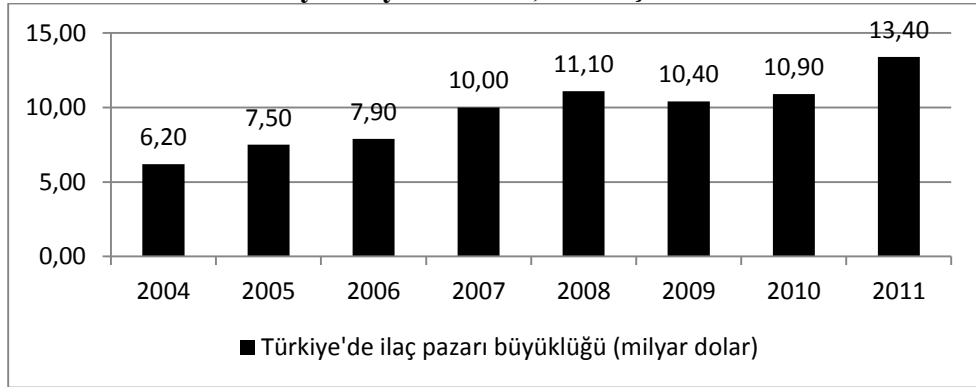
Türkiye'de sağlık harcamalarının hemen yarısını oluşturan ilaç harcamaları endüstriyel olarak önemini artırmaktadır. Türkiye'nin ilaç pazarına paralel olarak kutu bazındaki büyümesi yıllık ortalama 3,9 oranıyla 2009 yılında yaklaşık 1,42 milyar kutuya ulaşmıştır. Kişi başı ilaç tüketimi de 132 dolar olarak belirlenmiştir. Bu oran ABD'de 956 doları bulurken Yunanistan ve İtalya'da ortalama 400-550 dolar arasında seyretmektedir (Sönmez 2011: 81). Ekonomi Bakanlığı'nın verilerine

göre ise 2011 yılında kişi başı ilaç tüketimi % 9,4 artarak 23,03 kutu olarak gerçekleşmiştir (T.C. Ekonomi Bakanlığı 2012).

“Dünya’da ilaç ve farmasötik pazarının yıllık büyüme oranı ortalama % 6,7 olarak belirtilmektedir” (Deloitte 2012). Türkiye’de ilaç pazarı ise son sekiz yıl içerisinde yıllık ortalama % 11,6 oranında büyümüştür. Büyüme oranları karşılaştırıldığında Türkiye’deki pazarın büyüme hızı dünya ortalamasının üzerindedir. Türkiye’de pazarın toplam cirosu ise 13,4 milyar dolardır (YASED 2012: 66).

Türkiye’de ilaç pazarının büyümesi yıllara göre Şekil 1’de gösterilmiştir.

Şekil 1. Türkiye’de ilaç pazarı gelişimi. Bu süreçte ortalama büyüme yıllık % 11,6 olmuştur



(Kaynak: Uluslararası Yatırımcılar Derneği YASED 2012. *Türkiye Sağlık Sektörü Raporu, Sürdürülebilir ve Kaliteli bir Sağlık Sektörü için Genel Bakış ve İyileştirme Alanları Haziran 2012.*)

Yaklaşık aynı yıllarda ithal ilaç oranında da hacimsel olarak bir artış olduğu gözlemlenmektedir. Ancak kutu bazında piyasadaki ilaç pazarı değerlendirildiğinde ülke içinde üretilen (yerli ve yabancı firmalar tarafından) ilaçlar pazarın % 74’ünü oluşturmaktadır. Pazarın yaklaşık $\frac{1}{4}$ ’ü doğrudan ithal ilaçlardır. Bu veriler, bedeller ile kutu fiyatı üzerinden değerlendirildiğinde ülke içindeki 2011 yılı itibarı ile pazarın yaklaşık yarısı (% 51) ithal edilmiş ilaçlara ödenmektedir (YASED 2012: 67-68).

İlaç Endüstrisi İşverenleri Sendikası (İEİS) İlaç Politikaları ve Araştırma Müdürü Ceyda Tümen ile yapılan yüz yüze görüşmede Türkiye'deki ilaç sanayi verileri değerlendirilmiştir. Tümen;

“2000-2011 döneminde Türkiye'nin ilaç ihracatı 101 milyon dolardan 567 milyon dolara yükselmiştir. Yıllara göre ihracat artsa bile ilaç sanayide bu oldukça düşük bir oran olarak görünmektedir. Aynı dönemde ilaç ithalatı ise 1 milyar dolardan 4,7 milyar dolara yükseldi” şeklinde beyanda bulunmuştur (Tümen 2013). Bu bilgiler değerlendirildiğinde 2011 yılı itibari ile Türkiye'de ihracatın ithalatı karşılama oranı % 12,1 olarak hesaplanmaktadır.

Türkiye'nin **enerji dışı dış ticaret açığının** yaklaşık % 10'u 4,7 milyar dolar olan ilaç ithalatına dayanmaktadır. Türkiye'nin 2012 yılında enerji dışı dış ticaret açığı 31 milyar dolar olarak gerçekleşmiştir (T.C. Ekonomi Bakanlığı 2013). İEİS'nin verilerine göre, Aynı yıl ilaç ithalatına bağlı dış ticaret açığı 3,3 milyar dolarla, enerji dışı dış ticaret açığının % 10,8'ini oluşturmuştur (İEİS 2013). Türkiye'nin teknolojik üretimde geri kalması sebebiyle ithalatı giderek artmaktadır. İthalatın büyük bir kısmı Avrupa Birliği ülkelerinden İsviçre, Almanya, İngiltere, Belçika, Hollanda ve Fransa'dan sağlanmaktadır. İhracatın yaklaşık 1/3'ü merkez ülkelere yapılmaktadır. İhracatın diğer kısmı ise eski Sovyetler Birliği ülkeleri ve Kuzey Afrika ülkelerindedir (İEİS 2011).

Türkiye'de en yüksek ciroya sahip firmaların başında yaklaşık 1 milyar TL'lik satış hacmi ile Abdi İbrahim yer almaktadır. Satış rakamlarına bakıldığında en büyük 25 firma, Türkiye'deki tüm ilaç satışlarının % 80'ini gerçekleştirmektedir. Ciro bazında değerlendirildiğinde pazarın en büyük 10 şirketinin 8'inin yabancı şirketler olduğu görülmektedir. İlaç firmalarının Türkiye'deki pazar payları İEİS verilerinden elde edilen bilgiler Tablo 2'de gösterilmiştir. Bu tabloda yer alan veriler 2010 yılına aittir, üretici fiyatı ve depocu satışları temel alınarak hazırlanmıştır (İEİS 2011).

Tablo 2: İlaç pazarında ilk 10 firmanın Pazar payları

<u>Firma Adı</u>	<u>Pazar Payı</u>
Abdi İbrahim	% 7.57
Novartis	% 6.42
Bilim İlaç	% 5.08
Pfizer	% 4.85
Glaxo Smith Kline	% 4.22
Eastpharma	% 3.87
Sanofi-Aventis	% 3.90
Bayer	% 3.40
Astra-Zeneca	% 3.21
Sanovel	% 3.13

(Kaynak: İlaç Endüstrisi İşverenleri Sendikası 2011. *Türkiye İlaç Endüstrisinin Küreselleşmesi İçin Devlet ile Ortak Yol Haritası Kasım 2011* İlaç Endüstrisi İşverenleri Sendikası 2011)

“Son 7 yıl içinde Türkiye ilaç pazarı hem stratejik hem de finansal yatırımcılardan ilgi görmüştür” (İEİS 2011).

Yurtiçinde ilaç üretimi yapan birçok şirket ya yabancı şirketlerle birleşmiş ya da tamamen yabancılara satılmıştır. Tablo 3’de bu satın alma ve birleşmeler verilmiştir. Tablo 2 ve 3 incelendiğinde Türkiye ilaç pazarının ağırlıklı olarak yabancı firmaların elinde olduğu görülmektedir.

Deloitte şirketinin 2012 yılı sonunda yayınladığı “*2013 Global Life Sciences Sector Report*”da, Türkiye’de ilaç pazarının çok parçalı olduğu vurgulanarak üretilen ve tüketilen ilaçların % 90’ının yabancı firmalar veya bu firmaların Türkiye’deki yerli taşeron firmaları tarafından yapıldığı belirtilmektedir (Deloitte 2012).

Satışı gerçekleştirilen firmalar arasında en yenileri Türkiye’de sektör birincisi kabul edilen, pazar payı en yüksek olan Abdi İbrahim İlaç Sanayi ve Ticaret A.Ş. ile yaşı Cumhuriyet’le aynı olan 1923 yılında kurulan Mustafa Nevzat İlaç Sanayi A.Ş. oldu. Abdi İbrahim’in Japon bir firmaya satılmasının nedenini hükümetin ilaçta uyguladığı fiyat indirim politikaları olduğunu belirten firmanın yöneticisi Candan Karabağlı, “yerli sanayinin bu şartlar altında daha fazla direnebilmesinin mümkün olmadığını” belirtti. Dünya ortalamasına göre çok düşük fiyatlarla Türkiye’de satışa sunulan ilaçlarla kazançların çok düştüğü belirtilmiştir. Karabağlı, yabancı firmaların Türkiye’ye olan ilgisini de firmaların “sermaye gücüne” ve “artan pazara” bağlamaktadır. Beyanatında, *“SGK bir satın alıcı olarak kuruma getirdiği yük nedeniyle ilaç fiyatlarında indirime gitti. Ayrıca artan kur farklarını ödeme sözü verdi ama ödemedi firmalar zor durumda kaldı. Yabancı yatırımcı bir gün aksaklıkların düzeleceğini düşünerek dayanma güçleri olduğundan büyüyen pazardan kâr elde etmek üzere yatırımlarını gerçekleştirdiler”* şeklinde konuşan Karabağlı Mustafa Nevzat’ın satılmasını da “ En son Mustafa Nevzat gitti” şeklinde yorumlamıştır (Erdil 2012). Mustafa Nevzat ilaç ise hisselerinin % 95,6’sını ABD’li Amgen firmasına satmıştır. Mustafa Nevzat 1923 yılında kurulması, Türkiye’nin lider firmalarından olması ve FDA onayı almış ilk Türk firması olması özellikleriyle ulusal ilaç sanayide önemli katkıları olan bir firmaydı (“Türk İlaç Devi” 2012).

Tablo 3: İlaç sektöründe satın alma ve birleşmeler 2006-2011

<u>YIL</u>	<u>YABANCI</u> <u>YATIRIMCI</u>	<u>MENSE</u> <u>ÜLKE</u>	<u>HİSSE SATIŞI</u> <u>YAPILAN TÜRKİYE</u> <u>ŞİRKETİ</u>	<u>SATILAN</u> <u>HİSSE</u> <u>ORANI*</u>	<u>SATILAN</u> <u>HİSSE</u> <u>NOMİNAL</u> <u>DEĞERİ</u> <u>(Milyon Dolar)</u>
2006	Actavis	İzlanda	Fako İlaç	%11	20
	PILS-CVCI	ABD/İngiltere	BiofarmaPharmaceuticals	%100	200
	PILS	İngiltere	Münir Şahin İlaç	%100	22
	White Swan BV	Hollanda	Taymed	%100	
	Eastpharma Holding	Lüksemburg	Deva Holding	%52	74
2007	Zentiva NV	Çek Cumhuriyeti	Eczacıbaşı İlaç	%75	610
	SandozInternational	Almanya	Roche Gebze Üretim Tesisleri	%100	
	Eastpharma Holding	Lüksenburg	Saba İlaç	%96	14
	TEVA	İsrail	Med İlaç	%100	
	Global Finance	Yunanistan	BiopharmaPharmaceuticals		
2008	Recordati	italya	Yeni İlaç	%100	60
	EBEWE Pharma	Avusturya	EBV Sağlık	%99.5	
	Alfa Wasserman	İtalya	Rasyonel İlaç	%100	
2009	Zentiva	Çek Cumhuriyeti	Eczacıbaşı İlaç	%25	
2011	RecordatiSpa	İtalya	Dr. Feridun Frik İlaç	%100	30
	Phalpharma	Polonya	Cenovafarma	%77	
	Angelini	İtalya	Cinay Kimya	%100	
2012	Amgen	ABD	Mustafa Nevzat	%100	

*Şirket hisselerinin tamamı üzerinden satılan pay
(Kaynak: İlaç İşverenleri Sendikası 2011 ve YASED 2012 raporlarından
yazar tarafından derlenmiştir.)

III.3.1.1. Türk İlaç Sanayinin Yurt Dışı Yatırımları

Türk ilaç şirketlerinin yurt dışında pazarlama kuruluşları bulunmaktadır. Bu çalışma sırasında yapılan literatür, belge ve gazete arşivleri araştırmalarında Türk ilaç sanayinin yurt dışında imalat yapan tesisi bulunduğu dair bir veri ile

karşılaşılmalıdır. Ancak Eczacıbaşı bünyesindeki Monrol'un nükleer tıp ürünleri konusunda Romanya'da üretim tesisi kuracağı haberleri basında yer almıştır. Tablo 3'ten görüleceği gibi, Eczacıbaşı kuruluşta bir Türk ilaç firması olmasına rağmen hisselerinin % 75'i Çek cumhuriyeti menşeli Zentiva şirketine satılmıştır (Eczacıbaşı 2012).

III.3.2. Aşı Pazarı

Uluslararası Ticaret Merkezi'nin verileri incelendiğinde, 2010 yılında dünya üzerinde aşı piyasasının 80 milyar dolar ile dünya ilaç pazarının % 17,4'ünü oluşturduğu görülmektedir. 2008 yılında 59 milyar dolar olan bu pazar hızla büyümektedir (T.C. Ekonomi Bakanlığı 2012: 2). Türkiye'nin toplam ilaç ithalatı içinde 1 milyar 139 milyon dolarlık bölümü aşı ithalatına ayrılmaktadır (T.C. Ekonomi Bakanlığı 2012: 8). Aşı ihracatı ise 20 milyon doların altındadır (T.C. Ekonomi Bakanlığı 2012: 5). Buradan görülebileceği gibi Türkiye bağışıklamada tamamen yurtdışına bağımlıdır. Ancak yerli aşı üretimi kapasitesi dünya ölçeğinde stratejik bir öneme haizdir. Dünya piyasasından ortaya çıkabilecek epidemik (salgın hastalık) hallerinde aşı temini zorluklar ve ülkeler arasındaki ilişkilerin düzeyi ile ilişkilidir. Bu nedenle Türkiye'nin kendine yeterli aşı üretebilecek kapasiteye sahip olması gereklidir.

Aksakoğlu'na göre 1980'lerden sonra gelişen neo-liberal ekonomik politikalar ve kapitalizmin krizine yeni sermaye kaynak bulma arayışları bu sektörü de etkisi altına almıştır. UNICEF (*United Nations Children's Fund*) ve DSÖ ülkelerde bağışıklama oranlarına dair raporlar hazırlamıştır. Daha sonra Bill ve Melinda Gates Vakfı'nın finansmanının büyük kısmını karşıladığı GAVI (*Global Alliance for Vaccines and Immunization*) küresel düzeyde aşı üretmek ve bağışıklama yapmak amacı ile kurulmuştur. DSÖ'nün öncülük ettiği kampanyalar ile dünya çapında gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaygın aşılamaya girişileceği

duyurulmuştur. Ancak bu kampanyalara rağmen dünya genelinde bağışıklama hızları düşerek, ulaşabilenlerin kullandığı pahalı aşilar piyasaya hâkim olmuştur (Aksakoğlu 2003: 325-328).

Türkiye’de ulusal aşı programında 2002’de 7 olan aşı sayısı 2011 yılında 11’e çıkarılmış ve bedellerinin tamamı devlet tarafından karşılanmak üzere % 97’e ulaşan bağışıklama oranları elde edilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2012a: 49-51).

III.4. Medikal Cihazlar

Türkiye medikal cihaz pazarında genel olarak bakıldığında büyük bir ithalatçı ülke konumundadır. YASED raporuna göre 2010 yılında Türkiye’ye 2 milyar dolara yakın medikal cihaz ithalatı yapılmıştır. Bu miktar ile dünyada pazar büyüklüğü açısından 20. sıradadır. İthalatın % 21’lik kısmını tanısal görüntüleme cihazları, % 20’sini sarf malzemeleri, % 18’ini yerleştirilebilir ortopedik malzemeler (ortez-protez) oluşturmaktadır (YASED 2012: 45-48). İthalatın % 30,2’si ABD, % 24’ü Almanya’dan yapılmaktadır (Türkiye Başbakanlık Yatırım ve Destek Ajansı 2010: 13-14). Bu sektörde tamamı özel kuruluş olmak üzere 1000’in üzerinde şirket Türkiye’de imalat yapmaktadır (YASED 2012: 49). Yapılan bu üretimler çoğunlukla bandaj, enjektör gibi basit sarf malzemelerinden oluşmaktadır. Yerli üreticiler pazardaki sarf malzemeleri ihtiyacının yaklaşık % 15’ini karşılamaktadırlar (YASED 2012: 49).

Medikal cihaz sektöründe ülkeye ithal edilen cihazlarda kalite standardı olarak Avrupa Birliği Tıbbi Cihaz Yönetmeliği’ne uyumu (CE markası) aranmaktadır. Ayrıca Türk Standartları Enstitüsü tarafından belirlenmiş standartları var ise, bu kurum tarafından da onaylanmış olmaları gerekmektedir. Bu şartlar 9 Ocak 2007 tarihli 26398 sayılı Resmi gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren "Tıbbi Cihaz Yönetmeliği"nde belirlenmiştir (Resmi Gazete 2007: 26398).

İthalat miktarlarına bakılarak bunun gerçek ihtiyacı karşılayıp karşılamadığı konusunda yorum yapmak kolay değildir. Çünkü dünyada gelişen teknolojinin ve sanayinin zorlaması ile suni pazarlar yaratılabilmektedir. Özellikle sağlık çalışanlarına yönelik tanıtım kampanyaları sonrasında suni ihtiyaç yaratılmaktadır. Bu oluşturulan suni talebin Türkiye’de bir tıbbi cihaz mezarlığı ve çöplüğü yaratması olasılığı bulunmaktadır. Bunun yanı sıra ithalat rejimindeki boşluklara bağlı olarak yurtdışından ikinci hatta üçüncü el tıbbi cihazlar ithal edilebilmektedir. Bu noktaya TÜBİTAK tarafından 2003 yılında yapılan "Vizyon 2023 Teknoloji Öngörü Projesi Sağlık ve İlaç Paneli"nin sonuç bildirgesinde özellikle vurgulanmıştır (TUBİTAK 2003: 17-19).

TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu tartışmalarında 19 Kasım 2007’de MHP milletvekilleri ‘yurt dışından ithal edilen teknolojik aygıtlarla ilgili olarak ciddi bir planlama yapılması gerekliliğini, Türkiye’nin gereksiz bir teknoloji çöplüğüne dönüşmesinin önlenmesi gerektiğine’ vurgu yapmışlardır (TBMM Plan ve Bütçe Komisyon Tutanakları 19 Kasım 2007 Birinci Oturum).

III.5. Sağlık Turizmi

Türkiye’de dünyada olduğu gibi “sağlık turizmi” hızla gelişen bir sektör haline aldı. Tanım gereği, “Nitelikli ve ucuz tıbbi tedavi hizmeti alabilmek amacıyla ülkeler arasında seyahat edilmesi tıp turizmi olarak ifade edilir” (TÜSİAD 2009). Tıp turizmi olarak da ifade edilen bu sektör daha çok “sağlık turizmi” olarak ifade edilmektedir. “Sağlık Turizm” ile “Turistin Sağlığı” çok sık karıştırılmaktadır. Turistin sağlığı ülke içinde sadece turizm amacıyla bulunan turistin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini alabilmesidir. Her ikisinin de ülke ekonomilerine katkısı olması nedeniyle kavram karıştırılabilmektedir fakat sağlık turizminin bir ülkedeki sağlık

politikalarının doğrudan göstergesi olduğu düşünülürken ayırım yapmak oldukça kolaylaşmaktadır.

Türkiye'nin profilinin değerlendirilmesi açısından önemli verileri içeren bir sektördür. Turizm ifadesinin kullanılması diğer hizmet alanlarında da piyasada kabul edilebilir bir ülke olmayı gerektirmektedir. Bu nedenlerle hastaların ziyaret sebepleri çeşitlilik göstermektedir. Fakat elbette en önemli unsur ülkelerin ekonomik girdi ve çıktıklarına yaptığı katkıdır. Bu alanda da bir kez daha kârın artması, sermayenin birikmesi mantığı işlemektedir.

OHSAD Başkanı Dr. R. Bahat'a göre de, "*Son yıllarda sağlık sektöründeki büyüme, hastanelerin alt yapı gelişimi, nitelikli hekim kadrosu vb. Türkiye'yi bu alanda cazip ülkeler arasına sokmuştur*" (Bahat 2013). Ayrıca sağlık turizminde öne çıkan önemli unsurlardan biri de hasta turistinin ve yakınlarının tedavi süresince konaklama ve otelcilik hizmetleri sunumunda eksikliklerin tamamlanmasıdır. Türkiye'nin bu koşulları sağlayabilecek bir ülke olmadığına dair olumsuz bir söyleme rastlanılmamıştır.

Türk Sanayici ve İşadamları Derneğinin (TÜSİAD) 2009 tarihinde yayınladığı, "Türkiye için Bir Fırsat Penceresi: Tıp Turizmi" başlıklı raporuna göre, 2006'da dünyada sağlık turizminden 60 milyar dolar gelir sağlandığını, sadece 2005 yılında 500 bin ABD vatandaşının gelişmekte olan ülkelere tedavi amacıyla gittiği belirtilmektedir (TÜSİAD 2009).

YASED raporuna göre ise, 2010 yılında sağlık turizmi pazarı 78,5 milyar dolar olarak verilmektedir. 2012 yılında pazarın büyüyerek 100 milyar doları bulması beklenmektedir. Türkiye'nin küresel sağlık turizmindeki pazar payının 850 milyon dolar ile yaklaşık %1 dolaylarında olduğu tahmin edilmektedir (YASED 2012).

Yukarıdaki her iki rapor değerlendirildiğinde 2006'da 60 milyar dolar olan pazarın 2010 yılında 78,5 milyar dolara yükseldiği görülmüştür. Rakamların

gelecekte daha da artması beklendiğinden politika yapıcıların bu alana ilgisi artmıştır. Örneğin, Türkiye, sağlık turizmi pazarında hedeflerini gerçekleştirmek üzere 31 Mart 2010 tarihinde Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü çatısı altında “Tıp Turizmi” birimini kurmuştur. Yurt dışı koordinasyonu, Sağlık turizmi, Termal turizm spa-wellness, ileri yaş ve engelli turizmi alanlarında çalışmalarını yürüten birim Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması kapsamında 2 Kasım 2011 tarihinden sonra Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı olarak çalışmalarına başlamıştır. Temel alanları ise Medikal (Tıp) Turizmi, termal Spa-Wellness, ileri yaş ve engelli tıp turizmi, turistin sağlığı olarak belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulan web sitesi ile 4 farklı dilde (İngilizce, Almanca, Rusça ve Arapça) Türkiye'deki sağlık sistemi ve sağlık turizmi potansiyeli tanıtılmaktadır. Sitenin bir günde 300 ila 400 arasında kişiler tarafından ziyaret edildiği saptanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2012b).

Hangi ülkeler neye göre tercih edilmektedirler? Sağlık turizminin gelişmesinde tetikleyici nedenler arasında, özellikle bazı ülkelerdeki tedavi masraflarının çok yüksek olması, hastaların sıra beklemek istememeleri, ülkelere çok uzak olmayan yerleri tercih etmek istemeleri, gidilecek ülkeyle kültürel yakınlık ve duygusal bağlarının olması, gidilen ülkenin imajı ve elbette uzmanlaşmış dallar vb. olarak gösterilebilir (YASED 2012: 35). TÜSİAD'ın raporuna göre ise asıl belirleyici unsurun kaliteli sağlık hizmeti ve ülkelerin tedavi masraflarından tasarruf edebilmeleriyle, gelişmiş ülkelerdeki sigorta paketinin dışında kalan tedavi masraflarının karşılanmaması ve yine sigorta dışı kalan cerrahilerin yaygınlaşması olarak vurgulanmaktadır (TÜSİAD 2009). Bu yorumlardan yola çıkarak Türkiye'ye hangi ülkelere daha çok hastanın geldiğini sıralamak oldukça zor görünmektedir.

TÜSİAD hedef pazarlar arasında başta ABD olmak üzere, Batı Avrupa, Balkan Ülkeleri, Orta Doğu, Rusya, Orta Asya ve Kuzey Amerika'yı görmektedir (TÜSİAD 2009).

2009 tarihinde Antalya'da gerçekleştirilen II. Sağlık Turizmi Kongresi'ne davet edilen ABD Medikal Turizm Derneği Başkan Yardımcısı ve Medikal Turizm Magazin Editörü Renee Marie Stephano'nun kongrede yaptığı konuşmasında:

“ABD’de ekonomik krizin her geçen gün sıkıntıya girdiğini ve sağlık turizmi açısından ABD’nin çok büyük bir pazar olduğunu ve Türkiye’nin bu konuda en avantajlı bir destinasyon olduğunu” söylemiştir (“II. Uluslararası Sağlık Turizmi Kongresi” 2009: 7). Kongrede Dernek Başkan yardımcısı ve Türkiye Sağlık Turizmi Daire Başkanı arasında işbirliği sözleşmesi yapılmıştır.

Kongreye Ürdün'den katılan, Ürdün Sağlık Bakanlığı Medikal Turizm Direktörü Dr. Ratib Himawi ise:

“Türkiye için Orta Doğu pazarının çok önemli olduğunu belirterek, zaten bu bölgede lider konumunda bir ülke olması gerektiğini ve Türkiye’nin bunu sağlık alanında da başarabileceğini” belirtmiştir (“II. Uluslararası Sağlık Turizmi Kongresi” 2009: 7).

Sağlık Bakanlığı 2012 verilerine göre Türkiye'ye tedavi amaçlı gelen turistlerin % 9'u kamu hastanelerine başvururken, % 91'i özel hastanelere başvurumaktadırlar. Ağırlıklı olarak özel hastanelerin tercih edildiği görülmektedir. Kamu hastanelerine başvuran ülkeler arasında başta Azerbaycan, Almanya, Bulgaristan, Gürcistan, Irak, Rusya, Fransa, Suriye olmak üzere yaklaşık 5.500 hasta gelmiştir. Bu hastalar Sağlık Bakanlığı'nın söz konusu devletlerle yaptığı özel anlaşmalara istinaden gelmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2013). Özel hastanelere başvuran ülkeler arasında ise Almanya ve Bulgaristan'dan çok sayıda kişi gelmiştir. Diğer ülkeler Irak, Romanya, Libya,

Azerbaycan, İngiltere ve ABD gibi ülkeler olup toplamda 54 bine yakın kişi tedavi için gelmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2012b).

Gelişmiş ülkelerde özel sigorta sistemine tabi olmayan ya da sınırlı sigortaya sahip insanların nitelikli tıbbi tedaviye ulaşması yüksek fiyatlar nedeniyle zor görünmektedir. Bu ülkelerdeki yüksek fiyatlar sadece sigortasız kitleleri değil işverenleri ve sigorta fonlarını da tehdit etmektedir. Bunun sağlık turizmini tetiklediği düşünülebilir (Hermann 2011: 158).

Ülkelere göre belli başlı işlemlerde tedavi masrafları çok büyük farklılıklar göstermektedir. Özellikle Batı'da, sağlık sistemi finansmanının özel sigorta şirketleri yoluyla sağlanmaktadır ve diğer gelişmekte olan ülkelere göre tedavi bedelleri beş-on kat daha yüksektir. Örnek olarak bir koroner bypass ameliyatı ABD'de sigorta şirketlerine yaklaşık 120 bin dolarlık bir maliyete neden olurken veya İrlanda'da aynı ameliyata 30 bin dolar ödenirken, Türkiye'de bu hastalara verilen tedavinin maliyeti 15 bin dolar civarındadır. Aynı şekilde kemik iliği nakilleri için ABD'de maliyet 300 bin dolar iken bu bedel Türkiye'de 40 bin ile 70 bin dolar arasında değişmektedir (YASED 2012: 36-37).

Tablo 4.: Bazı ülkelerde bazı cerrahi uygulamaların fiyatları (ABD doları olarak)

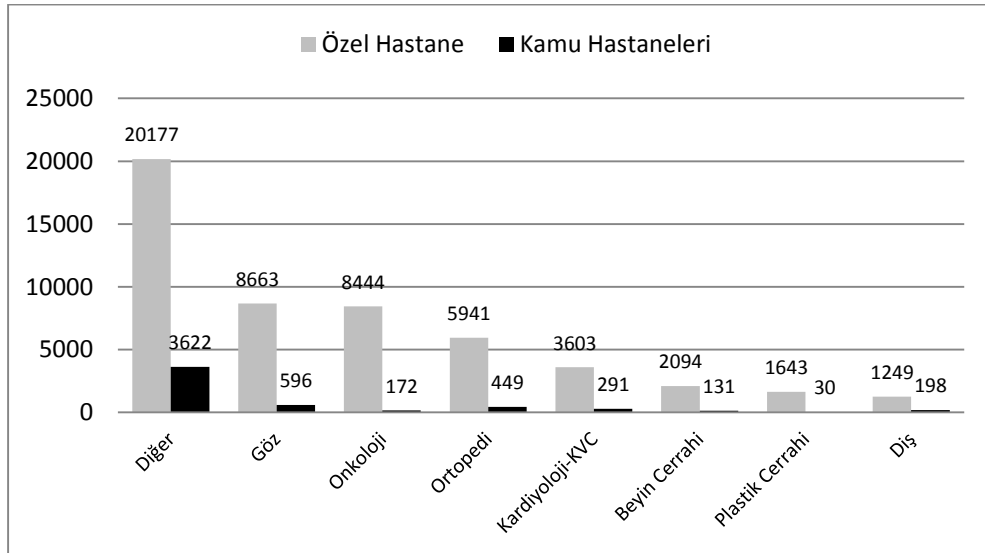
	ABD	TÜRKİYE	İRLANDA	TAYLAND	ALMANYA	TAYVAN	SINGAPUR	HİNDİSTAN	İSRAİL	İNGİLTERE	İSVİÇRE
Koroner Arter Bypass Ameliyatı	129.750	11.375-15.000	26.500-27.500	11.000	17.335	18.900	30.000-33.000	8.666	30.000	27.770	44.596
Kalp Kapak Değişimi Ameliyatı	58.250	16.950	-	10.000	-	27.500	12.500	11.750	25.000	25.000	47.794
Kalça Protezi Ameliyatı	45.000	10.750	19.500-21.000	11.000-14.000	11.644	7.500	10.725	7.000	17.150	15.840	19.899
Diz Kapağı Değişimi Ameliyatı	40.000	11.200	19.500-21.000	10.500	11.781	8.000	9.350	7.833	12.950	20.600	20.432
Omurga Füzyonu	62.000	7.125	24.750-25.900	7.000	13.500-15.000	5.900	9.000	12.000	18.000	32.400	30.915
Liposakşım	9.000	3.333	-	1.200	4.376	4.000	3.000	2.500	-	4.950	7.551
Kemik İliği Nakli	300.000	40.000-70.000	250.000	50.000-60.000	250.000	50.000-60.000	250.000	40.000	90.000	250.000	200.000
Gamma Knife	40.000	8.676	-	-	16.650-20.000	-	-	-	-	22.000-25.000	-
CyberKnife	12.000	-	-	12.500	-	-	-	13.500	-	-	-
Histerektomi Ameliyatı	20.000	7.000	10.000-11.500	5.200	5.500-7.000	2.700	9.000-10.500	4.250	-	10.100	-

(Kaynak: YASED 2012 raporundan alınmıştır.)

TÜSİAD, yayınladığı raporunda Türkiye'ye gelen bir "tıp turisti"nin ortalama 8 bin dolar harcadığını vurgularken, ortalama turistten en az 12 kat daha fazla harcama yaptığına dikkat çekmektedir. Tedavi dışındaki konaklama, yeme içme vb. harcamaların da hesaba katılmasıyla bu oranın yükseleceğini önemle belirtmektedir (TÜSİAD 2009). Sağlık Bakanlığı ise uygulamaya koyduğu çalışmalarla sağlık turizmine gerekli önemi verdiğini göstermektedir. Bakanlığın yayınladığı raporda sağlık turizminden elde edilecek kâr: 2015 yılı için 500 bin hasta üzerinden 7 milyar dolar, 2023 yılı için 2 milyon hasta üzerinden 20 milyar dolar olarak hedeflenmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2012b).

Sağlık Turizmi için Türkiye'ye gelen turistlerin en çok hangi hastalıkların tedavisi için geldikleri ise Şekil 2'den görülmektedir.

Şekil 2: 2011 yılında Türkiye'ye tedavi amacı ile gelen yabancı hastaların özel ve kamu hastanelerine dağılımı (Özel hastanelerde toplam olarak yaklaşık 55 000, kamu hastanelerinde 5500 hasta tedavi edilmiştir.)



(Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı 2012b. *Sağlık Turizmi Çalışmalarımız 2012*)

Yukarıdaki tablo, şekil ve bilgilerden çıkarılacak sonuçlar değerlendirildiğinde: Türkiye'ye tedavi amaçlı gelen sağlık turistinin hemen her bölgeden olabildiği fakat nedenlerinin farklı olduğudur. Hangi bölgeden olursa olsun ortak olan kanı Türkiye'deki tedavi masraflarının makul kabul edilebilecek seviyede ve kaliteli hizmet alımının yanında, dalında başarılı Türk hekimlerinin olduğudur. Bu özelliklere kültürel ve coğrafi yakınlık eklendiğinde Ortadoğu, Rusya, Balkanlar gibi kendi ülkelerinde alamayacakları tedavileri alabilme imkânı olanların sağlık turisti olarak Türkiye'yi tercih etmeleri ve bu yolla doğrudan sermayelerinin Türkiye'ye girmesidir.

Sonuç

Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile Türkiye’de sağlık sektöründeki en büyük yapısal değişiklikler yapılmıştır. Dünyadaki sağlık politikalarına paralel gerçekleştiği görülen projenin kurumsal ve politik alt yapısı 1990’lı yılların başında yapılmış, 2003 yılından beri iktidarda olan AKP hükümetleri zamanında da "Herkesin Sağlık" sloganıyla uygulamaya geçilmiştir. Henüz aşamaları tamamlanmamış olmakla birlikte Türkiye sağlık sektöründe köklü değişimler gerçekleşmiştir. Türkiye’de 1980’den sonra yönetimdeki sağ parti hükümetlerinin varlığına rağmen ekonomik, politik ve sosyal olgusuyla dönüşümün AKP Hükümetleri zamanında hızlanması ve uygulamaya konulması tek parti iktidarının avantajıyla gelen siyasi istikrarla açıklanabilmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Projesi’nin en önemli ayağını oluşturan uygulamalar SGK’nın kurulmasıyla birlikte önce SSK Hastanelerinin ve ardından diğer kamu hastanelerinin Sağlık Bakanlığı’na devridir. Öncesinde parçalı halde bulunan sosyal güvenlik sisteminin tek çatı altında toplanarak Sosyal Güvenlik Kurumu’na (SGK) devredilmesiyle ES, Bağ-Kur, SSK ve Yeşil Kart’lı hastalar tek güvenlik şemsiyesi altında birleştirilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile daha sonra gerçekleştirilecek birçok değişiklik SGK’nın kurumsal yapısı altında olmuştur.

Proje ile birinci basamak sağlık hizmetinin karşılanabilmesi için sağlık ocakları kaldırılarak Aile Sağlığı Merkezleri ve Toplum Sağlığı Merkezleri kurulmuştur. Bu planlama ile amaçlanan Aile Hekimliği uygulamasına geçmek ve beraberinde sevk zincirini kurmak olmuştur. Şu anki haliyle her 1000-4000 arasındaki kişi başına bir aile

hekimini düşmekte ve hekimler sözleşmeli personel olarak çalıştırılmaktadır. Sevk zinciri uygulamasına ise henüz geçilememiştir.

Proje ile 2006 yılında Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (SSGSS) kanunu SGK'nın yapısı ve işleyişi belirlenerek tüm vatandaşlar Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamına alınmıştır. Bununla Türkiye nüfusunun 61 milyon 500 bini kapsam altına alınmıştır. Bu rakamın içinde aktif sigortalı kişi sayısı ise sadece 16,5 milyondur. Bu aktif sigortalı kişi üzerinden ise 35,5 milyon kişi sigortalı ve geri kalanlar ise emekli ve kapsam altında olmayan kişilerden oluşmaktadır. SGK'nın geliri 2010 yılı için hesaplandığında ise giderlerinin % 78'ini karşılayabildiği görülmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin henüz tamamlanamayan aşamalarından kastedilen ise GSS kanunu başlatılması gereken prim toplama sistemine hala geçilememiş olması ve buna bağlı olarak sevk zincirinin kurulamamış olmasıdır.

Kanuna göre 18 yaşını aşmış her vatandaşın prim toplanacak fakat yapılacak gelir testleriyle maaşı asgari ücretin 1/3'den az olanların sağlık harcamaları devlet tarafından karşılanacaktır. 18 yaşını geçmemiş olanlar ise yine devlet güvencesi kapsamında olacaktır. Öncesinde olduğu gibi maaş ya da ücretlerden emeklilik ve sağlık giderleri için yapılan kesintiler yapılmayacaktır. Prim ödemek kişisel sorumluluk düzeyinde olacaktır. Prim ödemeyen vatandaş sağlık sisteminden yararlanmak isterse kendisi bütün ücreti ödemek zorunda kalacaktır.

Eski sisteme göre sınırlı da olsa ES, Bağ-Kur ve SSK'lı hastalar, bu kurumların özel sağlık kurumlarıyla yaptığı anlaşmalarla sağlık hizmeti alabilmeleri Bütçe Uygulama Tebliği (BUT) ile mümkün hale getirilmişti. SGK'nın kurulmasından sonra ise Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) çıkarılarak kapsam altındaki herkesin özel kurumlardan sağlık hizmeti alabilmesi sağlanmıştır. SUT bu satın almaların koşullarını belirlemek üzere çıkarılmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile uygulanmaya başlayan diğer bir değişiklik ise sağlık çalışanlarına performansa dayalı ek ücret ödemeleridir. 2006 yılında çıkarılan “Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik” performans sisteminin temelini teşkil edip uygulamada riskli olmayan, getirisi yüksek küçük girişim ve cerrahilerin sayısının artmasına yol açmıştır. Hekimlerin ve diğer sağlık personelinin tedavisi zor ve riskli hastalıklardan kaçınmasına, dolayısıyla kronik ve ağır hasta olan insanların tedaviye ulaşamamasına neden olmuştur (defansif tıp).

Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı genelge ile uygulamasına başlanan döner sermaye işletmelerinin özel sektörden hizmet satın almaları bir diğer uygulamadır. İhaleler yoluyla devlet ve diğer kamu hastanelerinin taşeron şirketlerden hizmet satın almasıyla temizlik, güvenlik ve otelcilik hizmeti devlet çalışanları dışında taşeron işçiler aracılığıyla yapılmaya başlanarak güvencesiz çalışma ve emeğin ucuzlatılmasının yolu açılmıştır. Daha sonra bunun kapsamı genişletilerek sağlık hizmetlerinin de satın alınması sağlanmıştır.

SGK'nın sağlık ödemelerinin gelirlerini aşacağı öngörüsü ve sağlık hizmeti alma ihtiyacı duymamış olanların ödediği primlerinin hastalara ödenmesinin adaletsizlik olduğu fikrinden hareketle birinci basamak dışında tüm sağlık hizmetlerinden ve reçetede ilaç maliyetinden katkı payı alınmaya başlanmıştır. Ek olarak, özel sağlık kuruluşlarının birçoğu belirlenen paket fiyatların maliyeti karşılamadığı gerekçesi ile fark ücreti almaktadırlar ve bu çıkarılan genelge ile hastanenin belirlenen kalite standardına göre belli oranda fark alması hukuki temele oturtulmuştur. Aslında hastanelerin değil vatandaşların sınıflandırılması anlamına gelen bu uygulama doğrudan cepten yapılan harcama miktarını arttırmıştır.

2011 yılında çıkarılan 663 sayılı KHK ile Kamu Birlik Hastaneleri'nin kurulması sağlanmıştır. Bu KHK ile aynı zamanda özel sektörde yabancı sağlık personeli çalıştırılabilmesinin önü açılmıştır. KBH'nin kuruluşu eğitim veren ve yüksek hasta sayıları ile çalışan hastaneleri tek yönetim altında toplayarak bunların kâr eden kuruluşlar haline getirilmesi amaçlıdır. Kâr edebilen bu birlikler daha sonra Kamu-Özel ortaklıklarına dönüştürülüp, işletmeleri özel sektöre devredilerek sağlık hizmeti sunumunda devletin payı azaltılacaktır. Yabancı sağlık personeli çalıştırmak ise kadroları Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmiş olan özel sektör sağlık kuruluşlarında Türk sağlık çalışanlarının pazarlık ve rekabet şansının kaybedilmesi, emeğin ucuzlatılmasına neden olmaktadır.

Bütün bu değişiklikler Dünya Bankası sürmekte olan ve tamamlanmış projeler başlığı altında internette yayınlanmıştır. İnternet üzerinde DB'nin web sitesi incelenir ise görülebileceği gibi, değişim ve dönüşüme en büyük direncin sağlık çalışanlarından hak kayıpları nedeni ile olacağı vurgulanmıştır (World Bank 2004: 9). Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan ve baş editörlüğünü Sağlık eski Bakanı Dr. Recep Akdağ'ın yaptığı "Sağlık Reformunun Doğru Yapılması" adlı tercüme kitabın "Siyasi Analiz ve Stratejiler" başlıklı bölümünde şu ifadeler rastlanılmaktadır. "Sistemin değişimine destek verenlere para ve bilgi yardımı sağlanması, direnç gösteren ve muhalefet edenlere karar verici mercilere ulaşmalarının engellenmesi, medyada fikirlerinin yer bulmasının önlenmesi, uygulamalar hakkında bilgi verilmemesi" (Roberts, vd. 2004: 78-79). Bu ifadeler "Sağlıkta Dönüşüm Projesi" nin stratejik önemi hakkında ipucu niteliğindedir.

Özel hastaneler kadar, ilaç ve medikal cihaz sektörü hızla yabancı sermaye ile özel ortaklıklar kurmaktadır. Yabancı sermaye kâr etme beklentisi ile Türkiye'de yatırım yapmaktadır. Edebilecekleri kârı yurtdışına götürmek için hukuki bir engel

yoktur. Öte yandan sağlık turizmi Türkiye’de büyümesi beklenen bir pazardır. Avrupa Birliği ülkelerinde artan sağlık finansmanı sorunları nedeniyle yakın gelecekte Avrupa ülkelerinden Türkiye’ye gelecek sağlık turistlerinin sayısının artacağı öngörülmektedir. Ancak Türkiye’ye en çok güney ve doğu komşu ülkelerden ve Afrika ülkelerinden tedavi amaçlı olarak turist gelmektedir.

Dünyada ekonomik sistemdeki neo-liberal dönüşüm sağlık sektöründe de köklü değişikliklere neden olmuştur. Bu çalışma için neo-liberal dönüşümü özetlemek gerekirse:

Çok bileşenli yapısıyla sağlık hizmeti ekonomik bir sektördür. Sağlık hizmeti sunumunda yeri ve pozisyonu belirlenen aktörler serbestleşen piyasa koşullarında büyüyerek ulus aşırı dev şirketlere dönüşmüşlerdir. Türkiye’de yabancı yatırımcılara sağlanan kolaylıklar finans kapitalin dikkatini Türkiye’ye yöneltmiştir. Özellikle özel hastaneler, ilaç ve medikal cihaz pazarı yoluyla yatırımlar yapan ulus aşırı sermaye grupları "Sağlıkta Dönüşüm Projesi"nin yarattığı fırsatları değerlendirmişlerdir. Dünyanın neo-liberal dönüşüme uğrayan diğer ülkelerinde olduğu gibi, Türkiye’de de gelişmiş ülkelerin yüksek teknolojisi ve gelişkin hizmet arzı, yerel düşük teknolojili zayıf hizmet arzını içine almıştır. Beraberinde çalışmanın bu bölümünde özetlenen tüm yapısal değişimlerin yanında özel sağlık kuruluşlarından devletin hizmet satın alıcısı olması ve kaynakların bu özel sağlık kuruluşlarına son dönemde ortak olan yabancı sermaye ve fon gruplarına gidiyor olması ile, devletin bu özel kurumlara vatandaşan SUT uyarınca fark ücretleri talep etmesinin kanunlaştırılması, kamu hastanelerinin taşeron şirketlerden ihaleler yoluyla hizmeti satın almasının ve güvencesiz çalışmanın yolunun açılması, yabancı hekimlerin Türkiye’de çalışabilmesinin önü açılarak kapitalist birikim mantığının en yaygın saldırı alanı olan emek değerinin düşürülmesi, vatandaşan birinci basamak hariç katkı payı ücretlerinin alınması Türkiye’de neo-

liberalizme uygun politik uzantının göstergeleridir. Bunların yanında kamu-özel ortaklıklarının kurulması ve bunların işletmelerinin özel sektöre devredilerek devletin en önemli sağlık kurumlarında etkinliğinin azaltılması yine neo-liberal dönüşüm çerçevesinde örneklenebilmektedir. Ayrıca özel sağlık kuruluşlarına yabancı ortak alımının artması gibi ilaç ve medikal cihaz sektöründe neredeyse sektörün tamamının yabancı sermayeye terk edilmesi bir diğer önemli sonuçtur.

Bu dönüşüm sermayenin serbest dolaşımı ve dünyanın her yerinde herkesin yatırım yaparak rekabet edebilmesi koşullarını sağlayan yeni modern dünya-sistemi çevreye yerleşenlerden merkeze sermaye akışını kolaylaştırmıştır. Süreç her bir ticari emtia'nın birim değerinin standartlaşmış değiş-tokuş birimi ile olan değer ilişkisinin bozulması emek-ücret ilişkisini bozarak, emek emtia karşılıklı değer sistemini ortadan kaldırmıştır. Breton-Woods ilkelerinden vazgeçilerek yeni döngü içinde finans-kapital kuruluşlarının bu yapıyı korumaları amacıyla küresel sisteme angaje devlet yapıları tarif edilmiştir. 19. yüzyılın kendi kendini kontrol eden serbest pazar kavramı ortadan kalkarak, milli emek standartları ve finansal kontrollerini destabilize etmiştir. (McMichaels 2000: 671-682).

Devletin “Sosyal Devlet” ilkesi gereği sağlık sunumunu finanse etmekle yükümlü olması ile hizmeti satın alarak bunu karşılıyor olması arasındaki ayrımının yapılabiliyor olması gerekmektedir. Sağlıkta son on yıldır programlı olarak yapılan dönüşümden insanların memnun oldukları bilinmektedir. TÜİK araştırması bunun yıllara göre seyreden bir artışla % 73'lere vardığını göstermektedir (TÜİK 2012). Bunun yanında sağlık emek-gücü ise, neo-liberal dönüşümden memnun değildir.

Sonuç olarak henüz aşamaları tamamlanmamış “Sağlıkta Dönüşüm Projesi” kapsamında sağlığın piyasa koşullarına terk edildiği söylemi keskin bir doğru değildir. Devlet sağlık hizmeti sunumunda hala öncü olmasıyla piyasaları düzenleyici

konumdadır. Bununla birlikte özel sermaye ve finans gruplarına sağlanan yatırım avantajlarıyla özel sektörü de teşvik etmektedir. Sağlık piyasasında sunulan bir hizmet halini almasından daha çok, yabancı yatırımcıların piyasa aktörleri olarak sisteme girmiş olmaları ve kâr edebilme olasılıkları Türkiye’de bu proje ile neo-liberal dönüşümün yerleştiğinin göstergesi olarak kabul edilmelidir.

Kaynakça

II. Uluslararası Sağlık Turizmi Kongresi Sonuç Bildirgesi 2009. *Sağlık Turizmi Bülteni* 2009. 2(8): 7

23 Milyon Amerikalı Hasta. 2010. *Turkiyeturizm.com* Erişim tarihi: Nisan 2013
http://www.turkiyeturizm.com/news_print.php?id=18099

Acıbadem Borsa Kotundan Çıkarıldı. 2012. *Borsagundem.com*. Erişim tarihi: Nisan 2013
<http://www.borsagundem.com/haber/Acibadem-borsa-kotundan-cikarildi/114322>

Acıbadem Sağlık Grubu. 2011. *Acıbadem, Makedonya'daki Sistina Hastanesine Ortak Oldu*. Erişim tarihi: Nisan 2013
<http://www.acibadem.com.tr/HaberlerDetay.asp?t=9300>

Acıbadem Sağlık Grubu. 2012. *30 Haziran 2012 Tarihinde Sona Eren Altı Aylık Ara Hesap Dönemine Ait Özet Konsolide Finansal Tablolar ve İnceleme Raporu*. Erişim tarihi: Nisan 2013

https://www.google.com.tr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0CEsQFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.kap.gov.tr%2Fyay%2FBildirim%2FDosyaIndir.aspx%3Ftip%3Dbildirimek%26id%3D78940%26bildirimid%3D231398&ei=G7N1UenE44bEsgai1oDwCw&usg=AFQjCNEniOguyDk2roB065YGWK_OaXVXWg&sig2=xNo5SrKX7rFG9MahmPI_MQ&bvm=bv.45512109,d.ZWU

Acıbadem Yabancı Ortaklıkla Global Ligin 2.si Oluyor. 2011. *Ekonomi.milliyet.com.tr*. Erişim tarihi: Nisan 2013
<http://ekonomi.milliyet.com.tr/-acibadem-yabanci-ortaklikla-global-ligin-2-ncisi-oluyor-/ekonomi/ekonomidetay/15.12.2011/1475754/default.htm>

Akalın, A, M. 2013. "ABD'de Tıbbi Hizmetlerin Finansmanı." *Academia.edu*. Erişim tarihi: Nisan 2013
http://www.academia.edu/1745671/ABDDE_TIBBI_HIZMETLERIN_FINANSMANI

Akdağ, R. 2007. *Nereden Nereye Sağlıkta Dönüşüm Programı Kasım 2002 Haziran 2007*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları

Akdur, R. 1999. "Türkiye'de sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması" *recepakdur.com* Erişim tarihi: Nisan 2013.
http://www.google.com.tr/url?sa=t&rct=j&q=recep%20akdur%20avrupa&source=web&cd=2&ved=0CDIQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.recepakdur.com%2Fgetfile.asp%3Ffile%3Dab_turkiye_kiyaslama.pdf&ei=kLx1Udq7DsnMtAa78IGgAw&usg=AFQjCNFWwLTwSXtPcWWibWCK999F7UIZxw&bvm=bv.45512109,d.ZWU

Aksakoğlu, G. 2003. "Uluslar arası Sermaye ve Bağışıklama Pazarı." *Toplum ve Hekim* 2003(18): 323-30

Aktan, C. C., 1995. "Klasik Liberalizm, Neo-Liberalizm ve Libertarianizm." *Amme İdaresi Dergisi* 28 (1): 3-32

Aktan, C. C., Işık, K. 2007. *Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Yönelik Evrensel Sağlık Bildirgelerine Toplu Bir Bakış*. (Edt. Aktan ve Saran). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı ve Aura yayınları

- Aktan, Ö. 2013. Türk Tabipleri Birliği Merkez Konsey Başkanı, “Sağlıkta Dönüşüm ve Piyasalaştırma” konulu görüşme. 5 Nisan, İstanbul
- Applbaum, K. 2011. "Sağlıkta Küresel Pazarlama: İlaç Entrikaları". *Kapitalizmde sağlık, sağlıksızlık semptomları* içinde (99-118) der. Panitch, L. Ve Leys, C. (Çev) Umut Haskan, İstanbul: Yordam Kitap
- Appleby J. 2012. *Amansız Devrim Kapitalizm Tarihi* (Çev.) Ali Cevat Akkoyunlu İstanbul: Alfa Kitap
- Avrupa'lılar Yaşlılarına Türkiye'nin Bakmasını İstiyor. 2012. *Radikal.com.tr* Erişim tarihi: Nisan2013
<http://www.radikal.com.tr/radikal.aspx?atype=radikaldetayv3&articleid=1096283&categoryid=118>
- Aydın, E. 2002. “Türkiye Cumhuriyeti'nin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri.” *Ankara Eczacılık Fakültesi Derneği* 31(3): 183-192
- Bahat, Reşat. 2013. Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği (OHSAD) Başkanı, “Özel Hastaneler ve Sermaye Transferi” konulu görüşme, 5 Ocak, İstanbul.
- Başçıl, H. 2011.” Emperyalizm Sağlıklı Yaşam-Sağlıklı Toplum” *Toplum ve Hekim Dergisi* 26(3): 163-175.
- Belek, İ. 2009. *Sağlığın Politik Ekonomisi, Sosyal Devletin Çöküşü*. İstanbul: Yazılama yayınları
- Belek, İ. 2012. *Sağlıkta Dönüşüm, Halkın Sağlığına Emperyalist Saldırı*. İstanbul: Yazılama yayınları.
- Boratav, K. 2012. *Türkiye İktisat Tarihi 1908-2009* Ankara: İmge Kitabevi
- Bütün Eczaneler SSK'lıya Açıldı. 2005. *hürriyet.com.tr* Erişim tarihi: Nisan 2013
<http://hurarsiv.hurriyet.com.tr/goster/ShowNew.aspx?id=295457>
- Daldal, Ş., 2010. *Kuralsız Kapitalizm Batağında Emek*. İstanbul: Alan yayıncılık
- Deloitte 2011. *AnnualTurkish M&A Review 2011*. Erişim tarihi: Ocak 2013
http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Turkey/Local%20Assets/Documents/turkey_tr_turkeyannualmna_260112.pdf
- Deloitte 2012. *2013 Global Life Sciences Outlook; Optimism Tempered by reality in a “new normal”* Erişim tarihi: Ocak 2013
http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Global/Local%20Assets/Documents/LSHC/2013GlobalLifeSciencesSectorReport_112712.pdf
- Demircan, E., Ener, M. 2008. “Kürelleşme Sürecinde Değişen Devlet Anlayışından Kamu Hizmetlerinin Dönüşümüne: Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Mekanizmaları.” *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 13(1): 57-82.

- Deppe, H.U. 2011 "Sağlık Hizmetlerinin Doğası: Metalaştırılmaya Karşı Dayanışma". *Kapitalizmde sağlık, sağlıksızlık semptomları* içinde (43-53) der. Panitch, L. Ve Leys, C. (Çev) Umut Haskan, İstanbul: Yordam Kitap
- Dev Sağlık-İş. 2006. *Çalışma Yaşamında Haklarımız*. Erişim tarihi: Nisan 2013. <http://www.devsaglikis.org.tr/calisma-yasaminda-haklarimiz.html>
- Eczacıbaşı, Nükleer Tıp İlaçları Yurt Dışında. 2012. *Sanayigazetesi.com*. Erişim tarihi: Nisan 2013 <http://www.sanayigazetesi.com.tr/firma-haberleri/eczacibasi-nukleer-tip-ilaclari-yurt-disinda-h1871.html>
- Erdil, M. 2012. "Yerli İlaç Firmaları Teker Teker Satılıyor." *hurriyet.com.tr*. Erişim tarihi: Nisan 2013 <http://www.hurriyet.com.tr/ekonomi/20831167.asp>
- Ergül, Y. T. 2009. "Neoliberalizmin İkilemi: Büyük Devlet ya da Azalan Toplam Karlar" *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi* 4(2): 17-27
- Gambetti, Z. 2009. "İktidarın Değişen Çehresi: Neoliberalizm, Şiddet ve Kurumsal Siyasetin Tasfiyesi" *İ. Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*. 40: 145-166
- Gottschalk, M. 2011 "Amerikan Sağlık Reformu ve Stockholm Sendromu". *Kapitalizmde sağlık, sağlıksızlık semptomları* içinde (119-142) der. Panitch, L. Ve Leys, C. (Çev) Umut Haskan, İstanbul: Yordam Kitap
- Göçmen, D. 2009. "Marx'ın Emek Kavramının Bugün Yürütülen Tartışmalar İçin Önemi Üzerine." *Wordpress.com*. Erişim tarihi: Nisan 2013 <http://dogangocmen.wordpress.com/page/6/>
- Gökbayrak, Ş. 2010. "Türkiye'de Sosyal Güvenliğin Dönüşümü." *Çalışma ve Toplum* 2(25): 141-162
- Güngör, K. 1998. "İktisadın tarihine Kısa Bir Bakış ve Merkantalizmden Günümüze İktisadi Düşünceler" *aku.edu.tr*. Erişim tarihi: Mayıs 2013 http://www2.aku.edu.tr/~kgungor/kamil_gungor.pdf
- Güvercin, H. C. 2004. "Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye'de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi." *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 57(2): 89-95.
- Hamzaoğlu, O. 2011. "Sağlık Reformu Pandemisi: Neden ve Nasıl? Sağlıkın Ekonomi Politikası" *Kapitalizmin Krizi ve Sağlık* içinde (s.25-29) der. Türk Tabipleri Birliği. Ankara: TTB yayınları
- Harvey, D. 2004. "Yeni Emperyalizm: Mülksüzleşme Yoluyla Birikim." *Praksis* 11: 23-48
- Hatısarı, S. 2010. "Medicana Dışarıda Balkanlara Yurtiçinde Borsaya Giriyor." *Milliyet.com.tr*. Erişim tarihi: Nisan 2013 <http://www.milliyet.com.tr/medicana-disarida-balkanlara-yurticinde-borsaya-gidiyor/ekonomi/haberdetay/16.08.2010/1276936/default.htm>

Hermann, C. 2011 "Avrupa'da Sağlık Hizmetleri ve Piyasalaştırma Süreci". *Kapitalizmde sağlık, sağlıksızlık semptomları* içinde (143-162) der. Panitch, L. Ve Leys, C. (Çev) Umut Haskan, İstanbul: Yordam Kitap

İlaç Endüstrisi İşverenleri Sendikası 2011. *Türkiye İlaç Endüstrisinin Küreselleşmesi İçin Devlet ile Ortak Yol Haritası Kasım 2011* Erişim tarihi: Ocak 2013
http://www.ieis.org.tr/YAYINLAR/BCG%20RAPOR_kasim_2011.pdf

İlaç Endüstrisi İşverenleri Sendikası. 2013. *Dış Ticaret* Erişim tarihi: Mayıs 2013.
http://www.ieis.org.tr/asp_sayfalar/index.asp?sayfa=225&menuk=12

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi. 1948. *Tbmm.gov.tr* Erişim tarihi: Ocak 2013
<http://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/203-208.pdf>

Karakaş, D., Yılmaz, F. 2011. "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Ticarileşmesi: Özel Hastane Sektörünün İnşa Süreci." *Toplum ve Hekim Dergisi* 26(2):84-108.

Kesgin, C., Topuzoğlu, A. 2006. "Sağlığın Tanımı: Başaşağılama." *Journal of İstanbul Kültür University* 2006(3): 47-49.

Leys C. 2011 "Sağlık ve Kapitalizm". *Kapitalizmde sağlık, sağlıksızlık semptomları* içinde (15-42) der. Panitch, L. Ve Leys, C. (Çev) Umut Haskan, İstanbul: Yordam Kitap

Medicana Irak'ta Hastane Yapacak. 2010. *Emlakkulisi.com*. Erişim tarihi: Nisan 2013
http://www.emlakkulisi.com/36586_medicana_irak_ta_hastane_yapacak

Memorial Sağlık Grubuna Yabancı Ortak. 2010. *Maxihaber.net*. Erişim tarihi: Nisan 2013.
http://www.maxihaber.net/fotolar/2010_foto/agustos2010/mh_memorial_ortak_30082010.htm

McMichael, P. 2000. "World-Systems Analysis, Globalization, And Incorporated Comparison." *Cals.cornell.edu*. Erişim Tarihi: Ocak 2013
<http://devsoc.cals.cornell.edu/research/research-projects/upload/Mcmichael-v6n3-JWSR.pdf>

Memiş, S, A., 2012. "Son Dönemde Sağlık Harcamalarının Analizi." *Tepav.org.tr* Erişim tarihi: Mayıs 2013 http://www.tepav.org.tr/upload/files/1354282721-9.Son_Donemdeki_Saglik_Harcamalarinin_Analizi.pdf

Nudralı, Ö., 2012. "Doğrudan Yabancı Yatırımlar." *Ekonomi.gov.tr*. Erişim tarihi: Mayıs 2013 [http://www.ekonomi.gov.tr/upload/FBA4A979-FF0E-32F0-FD96FFD20B32FB19/SUNUM%20\(te%C5%9Fvik%20Uyg%20ve%20Yabanc%C4%B1%20serm\).pdf](http://www.ekonomi.gov.tr/upload/FBA4A979-FF0E-32F0-FD96FFD20B32FB19/SUNUM%20(te%C5%9Fvik%20Uyg%20ve%20Yabanc%C4%B1%20serm).pdf)

Nüfus Ve Vatandaşlık İşleri genel Müdürlüğü. 2008. *Genel Olarak Mernis*. Erişim Tarihi: Şubat 2013 http://www.nvi.gov.tr/Hakkimizda/Projeler,Mernis_Genel.html

Odabaşı, A. B., Tümer, A. 2006. "Çekinik (Defansif) Hekimlik; Yeni Türk Ceza Kanunu'nun Uygulama Aşamasında Toplum Bekleyen Tehlike." *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 15(4): 55-59.

- Oran, B., 2011. "1960-1980 Göreli Özerklik-3." *Türk Dış Politikası* içinde (s.655-680) Der. Oran, B. İstanbul: İletişim yayınları
- Özdoğan, İ. 2012. "Obama ile Yeşil kartlı Hastaların Yolu Nerede Kesişir?" *tepav.org.tr* Erişim tarihi: Nisan 2013 <http://www.tepav.org.tr/tr/haberler/s/3122>
- Özkazanç, A. 2005. "Türkiye'nin Neo-Liberal Dönüşümü ve Liberal Düşünce" *www.politics.ankara.edu.tr/wp* Erişim tarihi: Mayıs 2013 http://www.politics.ankara.edu.tr/tartisma_metinleri.php
- Pala, K. 2007. "Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu." *Nilufer.bel.tr*. Erişim tarihi: Nisan 2013 http://www.nilufer.bel.tr/alt/pdf_doc/saglik_reformu.pdf
- Pala, K. 2012. "Sağlık Politikası." *hasuder.org.tr*. Erişim tarihi: Nisan 2013 http://hasuder.org.tr/anasayfa/images/stories/dosyalar/salk_politikalar_1.pdf
- Roberts, M. J., Hsiao, W., Berman, P., Reich, M.R., 2004. *Sağlık Reformunun Doğru Yapılması* Recep Akdağ (Ed.) Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları 784
- Sağlık Sektöründeki Konsolidasyon Süreci Devam Ediyor. 2012. *Medicalplus.com*. Erişim tarihi: Nisan 2013 <http://www.medikalplus.com/saglik/410-saglik-sektorundeki-konsolidasyon-sureci-devam-ediyor.html>
- Soydan, T. 2007. "Yeni Sağ Politikalar: Türkiye'de Kamu Reformu ve Kamu Hizmetleri." *Eğitim, Bilim, Toplum Dergisi* 5(17): 112-135.
- Sönmez, M. 2011. *Paran Kadar Sağlık, Türkiye'de Sağlıkın Ticarileşmesi*. İstanbul: Yordam Kitap.
- TAHUD. 2009. *Aile Hekimliği Nedir?*. Erişim tarihi: Nisan 2013 <http://www.tahud.org.tr/hakkimizda/aile-hekimligi-nedir>
- Tayyar, A., Çetin, B. 2013. "Liberal İktisadi Düşüncede Devlet." *C. Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi* 14(1): 107-120
- T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı 1984. *Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1985-1989*. Erişim tarihi: Ocak 2013 <http://www.kalkinma.gov.tr/DocObjects/View/13740/plan5.pdf>
- T.C. Ekonomi Bakanlığı. 2012. *İlaç ve Eczacılık Sektörü Raporu*. Erişim tarihi: Nisan 2013. http://www.ibp.gov.tr_pd_sektorpdf_sanayi_ilac_eczacilik_2012_pdf
- T. C. Ekonomi Bakanlığı 2013. *Ekonomik Görünüm Nisan 2013*. Erişim tarihi: Mayıs 2013 <http://www.ekonomi.gov.tr/index.cfm?sayfa=B965E944-D8D3-8566-45200C3D9D275CB9>
- T.C. Resmi Gazete 10702. 1961 *Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun*
- T.C. Resmi Gazete 20658. 1990. *3057 TU sayılı Birinci Sağlık Projesi İkraz Anlaşması*

T.C. Resmi Gazete 25058. 2003. *Başbakan Recep Tayyip Erdoğan Tarafından TBMM'ne sunulan Hükümet Programı*

T.C. Resmi Gazete 25141. 2003. *4875 Sayılı Doğrudan Yabancı Yatırımlar Kanunu*

T.C. Resmi Gazete 25665. 2004. *5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması hakkında Kanun*

T.C. Resmi Gazete 26166. 2006. *Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik*

T.C. Resmi Gazete 26173. 2006. *5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu*

T.C. Resmi Gazete 26166. 2006. *Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik*

T.C. Resmi Gazete 26200. 2006. *5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu*

T.C. Resmi Gazete 26398. 2007. *Tıbbi Cihaz Yönetmeliği*

T.C. Resmi Gazete 26532. 2007. *Sosyal Güvenlik Kurumu Uygulama Tebliği*

T.C. Resmi Gazete 28212. 2012. *Yabancı Sağlık Meslek Mensuplarının Türkiye'de Özel Sağlık Kuruluşlarında Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönetmelik*

T.C. Resmi Gazete 28305. 2012. *Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik*

T.C. Resmi Gazete 28539. 2013. *Aile Hekimliği Uygulama Esasları Yönetmeliği*

T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 2004. *29.06.2004/10825 Genelge* Erişim tarihi: Mart 2013
http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/mev/mev_gen/tedavi_hiz/taniya_dayali_paket_fiyat_uygulamasi_hk.pdf

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. 2012a. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011*. Ankara: Semih Ofset

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı. 2012b. *Sağlık Turizmi Çalışmalarımız 2012*. Erişim tarihi: Aralık 2012
http://saglikturizmi.gov.tr/dosyalar/Saglik_Turizmi_2012_Faaliyet_Raporu.pdf

T. C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 2013. *Sınır Ötesi Sağlık Hizmetleri* Erişim tarihi: Nisan 2013 <http://www.saglikturizmi.gov.tr/144-sinirotesi-saglik-hizmetleri.html>

T. C. Sosyal Güvenlik Kurumu 2011. *Genel Sağlık Sigortası Medula Web Servisleri Kullanım Kılavuzu*. Erişim Tarihi: Mart 2013

http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/0d00b6b7-09aa-41dd-8417-31b069ac76ef/MEDULA_Kullanım_Kilavuzu_20130124.pdf?MOD=AJPERES.

T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu.2011. *Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllığı 2011*. Erişim tarihi: Mayıs 2013

http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/sgk_istatistik_yilliklari

T. C. Sosyal Güvenlik Kurumu 2012a. *Kurumsal/Tarihçe* Erişim tarihi: Mart 2013
<http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/tarihce>

T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu 2012b. *İlave Ücret* Erişim tarihi: Şubat 2013
http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/genel_saglik_sigortasi/saglik_hizmetleri/ilave_ucret/!ut/p/b1/hZLLcqpAEIafxQdI6BlmEJaDIhflNgICG4oYRfECJsrt6Q8n5eJkkZzedfXXX_X_9QupEAvpNW-ORX4_Vtf8_LdPpUxHuq6oiIFLJRVmZBMCFgPZpCOQ_AvIa4ARwCSCtY9MAAt_3dYKn49gyVJMTYEsqbIR4lfTd_NMsFkzNumTDvcWtxY5h6dru-n7UwmvNI5_-AmT3viDiMRZtzazI-bwcbPuwQN5ZAbo4tXyGNdds8-juNy8fH5ZYIg5KFSjDbtgvac5u62qvsCYCiTdqtqF5st3kHc_SVb9gcewNtk9phMsbZ3YeZOm5qjf4kja11Uu61Bt0X6jZruViMZk8_4YfisH_fLOE9Ph2eW231d4laYKIFmUkAQSUKAcXUm_DphgPI3zZ-MBgyBOMGBXnz6B34z_An5RmIzA9EeNjAiBEAPJ1mVfm8Np4CV0zn3OzaA0MSpDbMMQOoHWrZ0NCrSgZLs7JPcORpgB-R-rXjee8RDlc0KuU_m33-WMUwpwkjGSBIRUK0Sh7TMQftfMzBwac7Xc5kpi3tlRmeZ7dLtCkLz0qSsKmlGXap65Zu2ktWrlQz1ux3_E00wPWXjzAy56t57BUrJ6glZVbMybXOg8tL5USDz4IXd7iT0c0sQvusHT63YJC3w8OInRCpTR8f3194tDw8jttQ6QMqZzHV21KVmdF0-xNMBMeoLjuhvoTNilra3tk7hE0mfwCycYn7/dl4/d5/L2dBISEvZ0FBIS9nQSEh/

Teksöz, T. 2009. " Genel Sağlık Sigortası'nın Mali Sürdürülebilirlik Açısından Analizi: 2009'da ne oldu? " *tepav.org.tr*. Erişim tarihi: Nisan 2013
http://www.tepav.org.tr/upload/files/1271313500r1067.Saglik_Harcamalari_Genel_Saglik_Sigortasinin_Mali_Surdurulebilirlik_Acisindan_Analizi.pdf

The World Bank. 2004. *Project Appraisal Document on a Proposed Loan in the Amount of Euro 49.40 Million to The Republic of Turkey for a Health Transition Project in Support of The First Phase of The Program for Transformation in Health*. Erişim tarihi: Nisan 2013

http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2004/05/03/000090341_20040503130553/Rendered/PDF/27717.pdf

TÜBİTAK. 2003. *Vizyon 2023 Teknoloji Öngörü Projesi Sağlık ve İlaç Paneli Sonuç Raporu* Erişim tarihi: Nisan 2013
https://www.google.com.tr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&sqi=2&ved=0CDkQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.tubitak.gov.tr%2Ftubitak_content_files%2Fvizyon2023%2Fsi%2Fsaglikveilac_son_surum.pdf&ei=HsB1UbqDC83Os_wazioDgCA&usg=AFQjCNFMBtciOzU2YI4OSAsApQfS1Myrzw&sig2=fHIKNws94Ha3-39SgG_NWQ&bvm=bv.45512109,d.ZWU

Tümen, Ceyda. 2013. İlaç Endüstrisi İşverenleri Sendikası İlaç Politikaları ve Araştırma Müdürü, "Türkiye'de İlaç Sektörü" Konulu görüşme, 5 Nisan, İstanbul

Türk Hemşireler Derneği. 2011. *Halkımızın ve Tüm Sağlık Çalışanlarının Sağlığını Tehdit Eden Bir Yasa ile Karşı Karşıyayız*. Erişim tarihi: Nisan 2013
<http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/menu/saglik-guncel/thd-sagligin-sesi-yazilari/halkimizin-ve-tum-saglik-calisanlarinin-sagligini-tehdit-eden-bir-yasa-ile-karsi-karsiyayiz.aspx>

Türk İlaç Devi 700 Milyon Dolara satıldı. 2012. *hurriyet.com.tr*. Erişim tarihi: Nisan 2013
<http://www.hurriyet.com.tr/ekonomi/20415671.asp>

Türk İş Adamları Kosova'ya Hastane Açtı. 2010. *Emlakhaberleri.com*. Erişim tarihi: Nisan 2013
http://www.emlakhaberleri.com/emlak-haberleri/turk-is-adamlari-kosova-ya-hastane-acti_64962.html

Türkiye'de Çalışan Yabancı Doktor Sayısı 100'ü Geçti. 2012. *Memurlarnet.biz* Erişim tarihi: Mayıs 2013.
<http://www.memurlarnet.biz/saglik-personeli/turkiyede-calisan-yabanci-doktor-sayisi-100u-gecti-h1131.html>

Türkiye Büyük Millet Meclisi Kütüphane ve Arşiv Hizmetleri Başkanlığı. 2013. *Hükümetler ve Programları* Erişim tarihi: Nisan 2013
http://www.tbmm.gov.tr/kutuphane/e_kaynaklar_kutuphane_hukümetler.html

Türkiye Büyük Millet Meclisi Plan ve Bütçe Komisyonu Tutanakları 2006. Erişim tarihi: Nisan 2013
<http://www.tbmm.gov.tr/komisyon/planbutce/tutanaklar.htm>

Türkiye Büyük Millet Meclisi Plan ve Bütçe Komisyonu Tutanakları 2007. Erişim tarihi: Nisan 2013
<http://www.tbmm.gov.tr/komisyon/planbutce/tutanaklar.htm>

Türkiye Büyük Millet Meclisi Plan ve Bütçe Komisyonu Tutanakları 2010. Erişim tarihi: Nisan 2013
<http://www.tbmm.gov.tr/komisyon/planbutce/tutanaklar.htm>

Türkiye Büyük Millet Meclisi Plan ve Bütçe Komisyonu Tutanakları 2012. Erişim tarihi: Nisan 2013
<http://www.tbmm.gov.tr/komisyon/planbutce/tutanaklar.htm>

Türkiye Cumhuriyeti 1961 Anayasası. 1961. *Tbmm.gov.tr* Erişim tarihi: Ocak 2013
<http://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa61.htm>

Türkiye Cumhuriyeti 1982 Anayasası. 1982. *Tbmm.gov.tr* Erişim tarihi: Ocak 2013
<http://www.tbmm.gov.tr/anayasa.htm>

Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık Yatırım Destek ve Tanıtım Ajansı. 2010. *Türkiye Sağlık Sektörü Raporu Ağustos 2010*. Erişim tarihi: Ocak 2013
<http://www.invest.gov.tr/tr-TR/infocenter/publications/Documents/SAGLIK.SEKTORU.PDF>.

Türkiye İstatistik Kurumu. 2012. *Yaşam Memnuniyeti Araştırması, 2012*. Erişim tarihi: Nisan 2013
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13445>

Türk Tabipler Birliği. 2005. *Genel Sağlık Sigortası*. Erişim tarihi: Nisan 2013
<http://www.ttb.org.tr/kutuphane/gss.pdf>

Türk Tabipleri Birliği 2012a. *663 Sayılı Kanun Hükümünde Kararname'nin Anayasa'ya Aykırılık Gerekçeleri* Erişim tarihi: Mart 2013
<http://www.ttb.org.tr/kutuphane/khkgerেকে.pdf>

Türk Tabipleri Birliği 2012b. *Yabancı Hekim; Kimin İçin* Erişim tarihi: Nisan 2013
<http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/yabancihekim-3066.html>

Türk Tabipleri Birliği. 2013. *Basın Açıklaması* Erişim tarihi: Nisan 2013
<http://www.ttb.org.tr/index.php/haberler/anayasamahkemesi-3612.html>

TÜSİAD Sağlık Çalışma Grubu 2009. *“Türkiye İçin Yeni Bir Fırsat Penceresi: Tıp Turizmi” Bir Görüş belgesi 2009.* Erişim tarihi: Ocak 2013
http://www.tusiad.org/___rsc/shared/file/tip-turizmi-baski-SON-Aralik-2009.pdf

Uluslararası Yatırımcılar Derneği YASED 2012. *Türkiye Sağlık Sektörü Raporu, Sürdürülebilir ve Kaliteli bir Sağlık Sektörü için Genel Bakış ve İyileştirme Alanları Haziran 2012.* Erişim tarihi: Aralık 2012
http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Turkey/Local%20Content/Articles/YASED_T%C3%BCrkiye%20Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Sekt%C3%B6r%C3%BC%20Raporu.pdf

WHO. 2007. *Working for health.* Erişim tarihi: Nisan 2013
http://www.who.int/about/brochure_en.pdf

Yavuz, A. 2009. “başlangıcından Bugüne Türkiye'nin Borçlanma Serüveni: Durum ve Beklentiler.” *SDÜ Fen Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi* 20: 203-226

Yıldırım, H.H., Yıldırım, T., Akbulut, Y. 2012. *Sağlık Sigortacılığı.* Eskişehir: Anadolu Üniversitesi yayınları