

**T.C.
YILDIZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SİYASET BİLİMİ VE ULUSLARARASI İLİŞKİLER ANA BİLİM DALI
SİYASET BİLİMİ VE ULUSLARARASI İLİŞKİLER YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ ESER ÇALIŞMASI

**DEĞİŞEN SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİ VE
SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI ÜZERİNE BİR
DEĞERLENDİRME: ARDAHAN ÖRNEĞİ**

**CAN ELİGÜZEL
09716006**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. ESTER RUBEN**

**İSTANBUL
2019**

**T.C.
YILDIZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SİYASET BİLİMİ VE ULUSLARARASI İLİŞKİLER ANA BİLİM
DALI
SİYASET BİLİMİ VE ULUSLARARASI İLİŞKİLER YÜKSEK
LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ ESER ÇALIŞMASI**

**DEĞİŞEN SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİ VE
SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI ÜZERİNE
BİR DEĞERLENDİRME: ARDAHAN ÖRNEĞİ**

**CAN ELİGÜZEL
09716006**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. ESTER RUBEN**

**İSTANBUL
2019**

T.C.
YILDIZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SİYASET BİLİMİ VE ULUSLARARASI İLİŞKİLER ANA BİLİM DALI
SİYASET BİLİMİ VE ULUSLARARASI İLİŞKİLER YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS ESER ÇALIŞMASI

DEĞİŞEN SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİ VE
SAĞLIKTAKİ DÖNÜŞÜM PROGRAMI ÜZERİNE BİR
DEĞERLENDİRME: ARDAHAN ÖRNEĞİ

CAN ELİGÜZEL
09716006

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih:

Tezin Savunulduğu Tarih: 24.06.2019

Tez Oy Birliği / ~~Oy Çokluğu~~ ile Başarılı Bulunmuştur

Unvan Ad Soyad

Tez Danışmanı

: Prof. Dr. Ester RUBEN

Jüri Üyeleri

: Prof. Dr. Çiğdem NAS

Dr. Öğr. Üyesi Sinem AYANOĞLU

İmza

İSTANBUL
HAZİRAN 2019

ÖZ

DEĞİŞEN SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİ VE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI ÜZERİNE BİR DEĞERLENDİRME: ARDAHAN ÖRNEĞİ

Can Eligüzel

Haziran, 2019

2000'lerin başından itibaren Türkiye'nin refah rejiminde ve sağlık hizmeti politikalarında önemli bir değişim başlamıştır. 2003 yılında ilan edilen Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın rehberliğinde, sağlık hizmetlerine erişim artmış, hizmetlerde kapsam genişlemiş ve kişilerin istihdamdaki konumuna dayanan statü eşitsizlikler ortadan kaldırılmıştır. Çalışmanın amacı, Dünya Bankası'nın refah yönetişimi politikalarının bir ayağı olarak düşünülebilecek küresel sağlık reformlarının, Türkiye'deki yansıması olan SDP'nin, sağlık sistemine etkisini incelemek ve yaşanan değişimin toplumsal yansımalarını ortaya koymaktır. Çalışma, Ardahan'da gerçekleştirilen niteliksel bir saha araştırmasına dayanmaktadır. Bu saha araştırması kapsamında, farklı gelir gruplarından sağlık hizmeti kullanıcılarıyla, yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler ve odak grup görüşmeleri gerçekleştirilmiştir ve elde edilen bulgular sağlık sisteminin değerlendirilmesinde kullanılmıştır. Çalışmanın konusu, dönüşen refah sistemi ve sağlık politikaları olduğundan, öncelikle sosyal politika, sosyal güvenlik ve refah devleti gibi kavramlar incelenmiş; ardından refah rejimi tipleri ve sağlık sistemlerinin sınıflandırılması üzerinde durulmuştur. Ayrıca, küresel gelişmelerin ulusal sosyal politikalara etkisini göz önünde bulundurularak, Keynesyen sosyal refah devleti ve onu takip eden neoliberal dönemde, sağlık hizmet alanının nasıl şekillendiği değerlendirilmiştir. Takip eden bölümde Cumhuriyet tarihi boyunca sağlık hizmet alanında yaşanan gelişmeler ve bu gelişmeleri belirleyen politika tercihleri üzerinde durularak tarihsel bir arka plan kurulduktan sonra; saha çalışmasından elde edilen bulgulara dayalı sağlık sistemi değerlendirmesine geçilmiştir. Yapılan saha çalışması ile, ülkenin ekonomik ve idare merkezlerine uzak bir ilde, sağlık hizmetlerinde dönüşüm sonrasında yaşanan olumlu gelişmeler ve ortaya çıkan yeni eşitsizliklerle ilgili bulgulara ulaşılmıştır. Çalışmanın sonucunda, SDP ile statülere dayalı eşitsizliklerin ortadan kalktığı fakat gelire dayalı eşitsizliklerin oluştuğuna dair düşüncelerin doğrulandığı gözlenmiştir. Türkiye'de nitelikli sağlık hizmetine ulaşmanın sahip olunan gelirin bir fonksiyonu haline geldiği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Reformu, Sosyal Politika, Refah Rejimi, Neoliberalizm

ABSTRACT

ON CHANGING SOCIAL SECURITY SYSTEM AND HEALTH TRANSFORMATION PROGRAM: THE CASE OF ARDAHAN

Can Eligüzel

June, 2019

Since the beginning of 2000s, there have been significant changes in Turkey's welfare regime and policies of health services. Following the Health Transformation Program (SDP) launched in 2003, access to health services increased, the scope of services expanded and inequalities based on people's employment status were eliminated. The purpose of this study is to examine the impact of the SDP, which can be considered as a reflection of global health reforms in Turkey as a pillar of World Bank's welfare governance policies, to the health system and to reveal the social reflections of the transformation. The study is based on the qualitative field research conducted in Ardahan. Within the extent of field research, semi-structured, in-depth interviews and focused group interviews were held with the users of health services belonging to different income groups. Considering the transforming welfare system and the health policies as the main theme of the study, the subjects such as social policy, social security and welfare state are discussed as an introduction. Later, the types of welfare regime and the classification of health systems are explained. Moreover, how the area of health services was shaped during the Keynesian welfare state period followed by the neoliberal era was presented, considering the impact of the global policies on national social programmes. Afterwards, as an historical background, the developments in the field of health services throughout the Republican history and the policy choices that determine these developments are emphasised. Last but not the least, as an outcome of the field work, it was observed that, after the transformation in health services, positive developments and new inequalities were created in such a province far away from the economic and administrative center of the country. In conclusion, along with the SDP, it was observed that the inequalities based on status were eliminated, yet that new inequalities based on the income were created. In this sense, it was understood that, accession to a decent health service in Turkey become pretty much dependent on the level of income of the citizens.

Key Words: Health Care Reform, Social Policy, Welfare Regime, Neoliberalism

ÖNSÖZ

Tezimin ilk danışmanı olan ve sadece benim değil bir çok öğrenci için akademik manada ilham kaynağı olan Doç. Dr. İsmet Akça'ya, kendimi en çaresiz hissettiğim anlarda danışmanım olmayı kabul eden ve tez yazım sürecinde verdiği katkılarla çalışmamın nihayete ermesine vesile olan Prof. Dr. Ester Ruben'e, saha çalışması sırasında yardımlarını esirgemeyen Ardahan'lılara ve her daim yanımda olan hayat arkadaşım Açelyama teşekkür ederim.

Ardahan; Haziran, 2019

Can Eligüzel

İÇİNDEKİLER

ÖZ.....	iii
ABSTRACT	iv
ÖN SÖZ.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR	vii
1. GİRİŞ	1
2. SOSYAL POLİTİKA, REFAH VE SAĞLIK HİZMET ALANI POLİTİKALARI.....	7
2.1. Sosyal Politika ve Refah	7
2.1.1. Sosyal Politikanın Kökeni.....	7
2.1.2. Sosyal Politika Uygulamalarının Ortaya Çıkışı	11
2.1.3. Refah Devleti	15
2.2. Refah Rejimi Tipleri	18
2.3. Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması	23
2.4. Neoliberal Küreselleşmenin Etkisine Girerken Sağlık Hizmet Alanı Politikaları	27
3. CUMHURİYET KURULUŞUNDAN SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMINA KADAR UYGULANAN SAĞLIK HİZMET ALANI POLİTİKALARI.....	35
3.1. Sağlık Sisteminin Kurumsallaştığı Dönem: 1920-1960.....	36
3.2. Sağlık Hizmetlerinde Sosyalleştirmenin Gündeme Gelişi: 1961-1980	47
3.3. Türkiye'nin Dönüşen Sosyal Yapısı ve Serbest Piyasa Politikalarıyla Başlayan Sosyal Güvenliğin Krizi: 1980-1991	59
3.3.1. Milli Güvenlik Konseyi İdaresinde (1980-1983) Sağlık Hizmet Alanındaki Gelişmeler	62
3.3.2. ANAP Hükümetleri Döneminde (1983-1991) Sağlık Politikaları	63
3.4. Sosyal Güvenlikteki Krize Yapılan Müdahale Olarak Yeşil Kart Uygulaması ve Sağlıkta Reformun Gündeme Girmesi: 1992-2002.....	67
3.4.1. Yeşil Kart Uygulaması.....	67
3.4.2. Türkiye'de Sağlıkta Reformun Gündeme Gelmesi	68
3.5. Sağlıkta Dönüşüm Programından Önce Türkiye Sağlık Sisteminin Durumu ..	71

4. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI SONRASI DÖNÜŞEN SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİ VE SAĞLIK POLİTİKALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: 2003'TEN GÜNÜMÜZE	73
4.1. Sağlıkta Dönüşümün Arkasındaki Aktörler ve Nedenler.....	73
4.2. Sağlıkta Dönüşümün Programı'nın Sağlık Sisteminde Yarattığı Etki	78
4.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Değişim	80
4.2.1.1. Sağlık Bakanlığı Rolündeki Değişim.....	80
4.2.1.2. Etkili, Kademeli Sevk Zinciri ve Aile Hekimliği Sistemi.....	81
4.2.1.3. Kamu Hastaneleri Birlikleri	82
4.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yapısındaki Değişim	83
4.2.3. Sağlık Emek Gücü Politikalarındaki Değişim	85
4.3. Ardahan İli Ölçeğinde Yapılan Alan Araştırması Bağlamında; Sağlıkta Dönüşüm Sonrası Sağlık Sisteminin Değerlendirilmesi	86
4.3.1. Sağlık Kapsamındaki Artışın Değerlendirilmesi	89
4.3.2. Sağlık Alanındaki Eşitsizliklerin Değerlendirilmesi.....	94
4.3.3. Sağlığa Ayrılan Finansmanın Değerlendirilmesi	100
4.3.4. Sağlık Hizmetlerine Ulaşımın ve Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi.....	102
5. SONUÇ.....	109
KAYNAKÇA	113
ÖZ GEÇMİŞ.....	120

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AKP	: Adalet ve Kalkınma Partisi
ANAP	: Anavatan Partisi
DB	: Dünya Bankası
DYP	: Doğru Yol Partisi
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
HMO	: Health Maintenance Organization
IMF	: International Monetary Fund
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
KHB	: Kamu Hastane Birlikleri
KHBK	: Kamu Hastaneler Birliği Kurumu
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SHP	: Sosyaldemokrat Halkçı Parti
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TTP	: Temel Teminat Paketi
TSK	: Türk Silahlı Kuvvetleri
WHO	: World Health Organization
www	: World wide web

1. GİRİŞ

İlk kurumsal sosyal güvenlik sistemleri 19. yüzyılda ortaya çıkmış olmakla birlikte merkez kapitalist ülkelerde kamusal sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşlara evrensel ve eşit olarak sunulması 1940'lı yıllarda başlamıştır. Modern dönem boyunca Türkiye'deki sosyal politika tercihlerinin küresel eğilimlerden etkilendiği gözleniyor olsa da Türkiye'nin sosyal güvenlik ve sağlık hizmet alanı politikaları merkez kapitalist ülkelere farklı bir tarihe sahiptir. Türkiye'de İkinci Dünya Savaşı sonrası yıllarda dünyadaki gelişmelere paralel olarak formel sektörde çalışanlar için kurumsallaşmış sosyal güvenlik mekanizmaları oluşmuş fakat devletin refah politikalarında yaptığı tercihler sebebiyle vatandaşların büyük bir kısmının sağlık hizmetlerine erişimini kısıtlı kalmış ve sağlık hizmetlerine ulaşabilenler arasında bir eşitsizlik oluşmuştur.

Türkiye'de sadece devlet memurları ve formel sektör çalışanları, Emekli Sandığı ve SSK gibi sosyal güvenlik şemsiyelerine sayesinde sağlık hizmetlerine ulaşabilirken sağlık hizmetlerini tüm vatandaşların kullanımına açmayı hedefleyen ilk girişim 1961 Anayasası sonrasında gündeme girmiştir. 1961 Anayasası'nda tanımlanan sosyal devlet ilkesinin ruhuna uygun olarak aynı yıl yasalaşan 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu ile sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşlara eşit olarak sunulması planlanmıştır. Gelişmiş ülkelerdeki Keynesyen refah devleti politikalarının Türkiye'deki yansıması olan ulusal kalkınmacı devlet döneminde uygulamaya konan bu yasa her ne kadar vatandaşların sağlığa evrensel erişimini öngörse de devreye tam olarak sokulamamış; aksine takip eden yıllar içerisinde ülkede kurumsallaşan sosyal güvenlik yapısı korporatist, hiyerarşik ve parçalı bir hal almıştır.

Küresel neoliberal politikalar 1980 yılından itibaren Türkiye'ye de piyasalaşma ve libelleşme olarak giriş yapmış; bu dönüşümün Türkiye sosyal güvenlik sistemine yansıması toplum için sarsıcı olmuştur. 1980'li yıllarda formel sektör çalışanlarına koruma sağlayan sosyal güvenlik kurumları krize girerken; hali hazırda zaten bir sağlık güvencesine sahip olmayan enformel sektör ve tarım sektörü çalışanlarının

sağlık hizmetlerine ulaşımı daha da zorlaştırmıştır. 1980'li yıllardan itibaren kırsal yapının çözülmesi nedeniyle, kişilerin "aile"nin korumasından eksik kalması, sosyal güvenlik sisteminin kapsamının dışında kalan nüfusun mağduriyetini arttırmıştır.

1990'lara gelindiğinde kırsal yapının çözülmesi ve liberalleşme politikalarıyla birlikte mevcut korporatist ve parçalı sosyal güvenlik sistemi krize girmiş ve 1992'de DYP-SHP Koalisyon hükümeti döneminde Yeşil Kart uygulaması ile sağlıktaki krize geçici olduğu düşünülen bir çözüm getirilmiştir. 1992'de yürürlüğe giren Yeşil Kart uygulaması bir istisna olmak koşuluyla, Adalet ve Kalkınma Partisi'nin 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı adı altında gündeme getirdiği ve bu programın yönlendiriciliğinde yapılan yasal değişikliklerle kamusal sağlık hizmetlerine ulaşımın arttığı ve sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkının evrenselleşmesi yolunda önemli adımların atıldığı görülmüştür.

Sağlık hizmet alanında var olan sorunların ve küresel çapta yoğun bir şekilde devam eden sağlıktaki reform eğiliminin tetiklemesiyle AKP tarafından uygulamaya sokulan Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 yılından itibaren yapılacak tüm yasal değişimlerin içeriğini belirlemiştir. Bu program çerçevesinde önce tüm sosyal güvenlik kurumları Sosyal Güvenlik Kurumu altında birleştirilmiş ve hali hazırda varolan primli sistem genişletilerek Genel Sağlık Sigortası oluşturulmuştur. Tüm sosyal güvenlik şemsiyelerinin SGK altında birleştirilmesi, sağlık hizmetlerine ulaşımındaki statüye dayanan hiyerarşik düzeni kaldırmış; GSS ile de toplumun tümü sosyal güvence kapsamına alınmıştır. 1990'lardaki koalisyon hükümetlerinin aksine tek başına iktidara gelmesinin özgüveni ve gücü ile AKP, 1990'dan itibaren sağlık alanında yapılması hedeflenen reformları hayata geçirerek sağlık sisteminin kapsamını genişletip sağlık hizmetlerine olan erişimi iyileştirmiştir.

Türkiye'deki sağlık hizmet alanı politikaları ile ilgili yapılan akademik çalışmalara bakıldığında SDP'nin sadece sağlıktaki iyileşmelerle anılmadığı küresel sağlık reformunun bir parçası olmasından kaynaklı olarak neoliberal bir uygulama olduğu düşünülmektedir. Bu görüşe göre SDP, Türkiye'de sosyal politikalarda 1980'den itibaren hayata geçirilen neoliberal uygulamaların devamcısıdır ve 1990'lar boyunca meslek örgütlerinin karşı çıkışları ve iktidarda koalisyon hükümetlerinin olması gibi nedenlerle hayata geçirilemeyen neoliberal dönüşüm, bu program sayesinde tamamlanmıştır. Dönüşüm Programıyla sağlık hizmetleri yeni bir sermaye birikim alanı haline gelmiş ve sağlığın piyasalaşması hem halk sağlığının olumsuz

etkilemesine neden olmuş hem de sağlık sistemi muhtemel ekonomik krizlere karşı sürdürülemez bir ekonomik yapıya sahip hale gelmiştir.

1970'lerin sonundan itibaren sosyal devleti aşındırdığı düşünülen neoliberal uygulamaların sağlık hizmet alanında liberalleşme ve piyasalaşmaya neden olduğu ve farklı gelişmişlik seviyesine sahip ülkelere benzer reformları dayattığı düşünülmektedir. AKP'nin sağlıkta dönüşümünün, bu küresel eğilimin ülkenin sağlık sistemine 1990'ların başında girmeye çalışan reformların bir devamı niteliğini taşıdığını ve kamusal sağlık hizmetlerini piyasalaştırdığı üzerinde durulmaktadır. Bununla birlikte SDP sonrasında kamu hizmetleri arasında en yüksek memnuniyet oranına sahip alanın sağlık hizmetleri olduğu ve toplumun geniş kesimlerinin sağlık reformunu desteklediği ortadadır. 1970'lerden itibaren neoliberal politikaların toplumsa refahı tehdit ettiği kabul edilecek olursa bir serbest piyasa uygulaması olan olduğu düşünülen SDP, Türkiye sağlık alanını iyileştirmekte midir sorusu akıllara gelmektedir. Sağlık alanı bir yandan piyasaya açık hale getirilirken bir yandan da erişimde hakkaniyetin artması bir ikilem oluşturmaktadır. SDP'nin yönlendiriciliğinde yapılan uygulamalar sosyal güvenlik sisteminde önemli bir değişimi ifade etmekle birlikte sağlıkta dönüşümün piyasacı yönünün kamusal sağlık hizmetlerini aşındırdığı ve metalaşma eğilimini hızlandırdığı eleştirileri bir ikilem oluşturmaktadır. Bu çalışmada birbirine zıt bu iki görüşün yarattığı sorunsal ele almanın önemli olduğu düşünülmektedir.

Ardahan bölgesel eşitsizliklerden kaynaklı problemleri en derinden yaşayan illerden biridir ve Türkiye'nin sosyo-ekonomik gelişmişlik indeksi açısından en aşağı sıralarında bulunmaktadır. Ayrıca tarım ile geçinenlerin çoğunlukta olduğu, enformel sektörün, kendi hesabına çalışanların, primi devlet tarafından ödenen yoksul olarak nitelendirilen nüfusun şehrin nüfusuna oranla yüksek olduğu bir bölgenin parçasıdır. Böyle bir bölgede kamusal sağlık hizmetlerine ulaşımın nasıl gerçekleştiği; kişilerin hizmetlere ne derece erişim sağlayabildikleri, sorunları ve memnun oldukları hizmetler araştırılmaya muhtaçtır.¹ Sağlıkta reform sonrası kamusal sağlık hizmetlerinin niteliği ya da gelişkinliği üzerine tartışmalar devam etmektedir. Bu

¹ TRA2 kapsamındaki 4 ilden (Kars, Ardahan, Ağrı ve Iğdır) büyükşehirilere göç edenler üzerinde yapılan bir çalışmada, katılımcılara göç etme nedenleri sorulmuş; anketteki nedenler arasında ekonomik, eğitim, akrabaların buraya göç ettiği için, sosyal yaşamın yetersizliği, göç edenlerden gelen olumlu bilgiler ve sağlık olmak üzere altı şık sayılmıştır. Bu 4 ilden göç edenler arasında sağlık Ardahan hariç 6.sıradaki göç etme nedenidir; Ardahan'da ise sağlığın 3.sıraya tırmandığı görülmektedir (Kapu, 2012, 156).

tartışmaları, bölgesel eşitsizliklerden kaynaklı sorunları en çok yaşayan bir bölge ölçeğinde ele almak önemlidir. Ayrıca her ne kadar dönüşen sağlık sisteminin performansı ve sosyal güvenlik politikaları ile alakalı hatırı sayılı bir literatür oluşmuş olsa da ülkenin idari ve ekonomik merkezlerden uzak kentlerde, ankete dayalı çalışmalar hariç yapılmış saha araştırmaları kısıtlıdır. Sosyal politikanın en önemli alanı olan sağlık hizmetleri, vatandaşlık pratiklerinin gerçekleştiği bir alandır. Anayasal bir hak olarak tanımlanan sağlığa erişim ve erişim sonrasında alınan hizmetlerin niteliği ile ilgili hastaların görüş ve deneyimlerine dayanan bir sağlık sistemi değerlendirmesi yapmak hedeflenmektedir.

Sağlıkta dönüşüm programı sonrasında gerek Sağlık Bakanlığının gerek diğer kamu kuruluşlarının sağlık hizmetleri kullanıcılarıyla yaptığı anketlere dayanan çok sayıda memnuniyet araştırması bulunmaktadır. Bu araştırmalara dayanarak, kamu hizmetleri içerisinde en yüksek memnuniyetin sağlık hizmet alanında olduğu söylenebilir. Amacımız sağlık sistemini değerlendirilmesinde yeterli ve doğru bir ölçüt olduğu tartışmalı olan hasta memnuniyeti araştırmaları yerine "hastaların görüş ve deneyimlerini anlayan, söz konusu deneyimlerin hangi sağlık sistemi üzerinde şekillendiğini analiz eden ve onların kendi deneyimlerine yükledikleri anlam ve değerlere odaklanan bir çalışma yapmaktır"(Öcek, 2014, 123). Sosyal politikaların ve sağlık sisteminin tarihsel olarak değerlendirildiği ve saha araştırması ile desteklenen çalışma ile devlet toplum ilişkileri gözlemlenmeye çalışılacaktır.

2007'de Genel Sağlık Sigortası'nın yasalaşması ile Türkiye'nin sosyal güvenlik sistemi radikal bir biçimde değişmiştir. Sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve uygulamasında karar alıcılar yeniden formüle edildiğinden; yeni bir örgütlenme biçimi ortaya çıkmış; bu gelişmeye sağlık hizmetlerinin karşılanmasını sağlayan finansman yapısının da değişmesi eşlik etmiştir. Araştırmanın hedefi bu değişimin hizmet alıcılarının sağlık hizmetlerini kullanma yollarını ve biçimleri ya da davranışlarını nasıl etkilediğini saptamaktır. Her ne kadar tüm nüfusu kapsayacağı varsayılan ulusal sağlık sigortası, önceki parçalı sosyal güvenlik sisteminin bazı sorunları çözmüş olsa da sağlık hizmet alanında birçok sorunlu alanın varlığını sürdürdüğü bilinmektedir. Bu nedenle araştırmanın hedeflerinden bir diğeri yeni sistemin hizmet kullanıcıları perspektifinden değerlendirilerek, sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralamasında en gerilerde olan bir kentte yaşayanlar için getirdiği sorunların ve sağladığı memnuniyetlerin tespit edilmesidir. Ardahan ilindeki

vatandaşların sağlık hizmetlerine nasıl eriştikleri ele alınarak sağlık sistemini değerlendirmek amaçlanmaktadır. Sağlık hizmetleriyle kurdukları ilişki memnuniyet anketleri üzerinden değil derinlemesine görüşmeler vasıtasıyla anlaşılmaya çalışılacaktır.

Bir ülkedeki sosyal politika tercihleri çeşitli etkenler tarafından belirlenmektedir. Hangilerinin daha belirleyici olduğu tartışılıyor olsa da; bu etkenleri, küresel ölçekte yaşanan gelişmelerin ulusal politikalara etkileri ve ülkedeki kurumların toplumsal ve siyasi tarih içerisinde nasıl oluştuğu şeklinde ikiye ayırabiliriz. Çalışmanın ikinci bölümünde sosyal politika ve sağlık hizmet alanındaki küresel gelişmeler; üçüncü bölümünde ise sosyal politika alanının, ülke içi siyasi ve toplumsal gelişmeler doğrultusunda nasıl şekillendiği üzerinde durulacaktır.

Tezde incelenen konu Türkiye'nin dönüşen refah sistemi ve sağlık politikaları olduğundan; ikinci bölümde, bu konular değerlendirilirken kullanılacak bazı kavramların, tipolojilerin ve sınıflandırmaların üzerinde durulacaktır. Güncel sosyal politika tartışmalarını aydınlatabilmek adına teorik birarka plan ihtiyaç olduğu için; öncelikle sosyal politika, sosyal güvenlik ve refah devleti gibi kavramlar incelenecek; ardından refah rejimi tipleri ve sağlık sistemlerinin sınıflandırılması ortaya konacaktır. Türkiye'de refah rejimini ve sağlık sistemini bu sınıflandırmalar aracılığıyla tanımlamanın ardından; küresel gelişmelerin ulusal sosyal politikalara etkisini göz önünde bulundurarak Keynesyen sosyal refah devletinin gündemde olduğu ve ardından gelen neoliberal dönemlerde sağlık hizmet alanının nasıl şekillendiği değerlendirilecektir.

Çalışmanın üçüncü bölümü ise günümüz sağlık sistemini değerlendirebilmek için Osmanlı Modernleşmesi'nden başlamak üzere özellikle Cumhuriyet'in kuruluşundan 2003'te yayınlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı'na kadar olan süreçte sosyal güvenliğin ve sağlık sistemi politikaları üzerinde durularak tarihsel bir arka plan oluşturulmaya çalışılmıştır. Bu bölümde Cumhuriyet tarihi boyunca sağlık hizmet alanında yaşanan gelişmeler ve bu gelişmeleri belirleyen politika tercihleri üzerinde durularak bir tarihsel arka planı kurmanın sebebi ise hem bir sonraki dönemde yaşanan değişimlerin anlaşılmasını sağlamak hem de reform sonrası döneme miras kalan özellikleri ortaya çıkarmaktır.

Tezin dördüncü bölümünde başta 58. Hükümetin 2003 yılında yayınladığı Acil Eylem Programı ve SDP (Sağlık Bakanlığı, 2003) olmak üzere bu programın yönlendiriciliği ile yapılan SGK ve SSGSS yasaları, Sağlık Bakanlığı'nın takip eden yıllar içerisinde yayınladığı performans ve ilerleme raporları, sağlık emek örgütleri ve sağlıkta karar alıcıların yayınları, gazete haberleri ve sosyal politika ve sağlık politikası ile ilgili yayınlanan akademik yayınlar incelenecek ve saha çalışmasıyla elde edilen bulgular göz önünde tutularak bir sağlık sistemi değerlendirmesi yapılacaktır.

2. SOSYAL POLİTİKA, REFAH VE SAĞLIK HİZMET ALANI POLİTİKALARI

Çalışmamız açısından sosyal politika ile ilgili söylenmesi gereken ilk husus; sosyal politikanın önemli bir siyaset yapma mecrası olduğudur. Sosyal bilimler içerisinde bir disipline ismini vermesinin ötesinde, kapsadığı alanlarda yaşanan değişimlerden ötürü politik alandaki güncelliğini sürekli korumaktadır. Örneğin, sosyal politika uygulamalarının kapsam ve yararlanma koşulları, tüm ülkelerde özellikle seçim öncesinde politik gündemi işgal etmektedir. Sosyal politikanın siyasi tartışmaların odağında olmasının bir başka nedeni bu alanın devletin vatandaşlarla kurduğu ilişkileri etkilemesi ve eğitim, sosyal güvenlik, sosyal yardımlar ve sağlık hizmetleri gibi büyük bir alanı kapsamasıdır. Çalışmanın kapsamı sağlık hizmet alanı ile sınırlı olduğu için diğer alanlara değinilmeyecek olmakla birlikte; bu bölümde sağlık hizmetlerinin gelişimini ortaya koymak için sosyal politikanın kökenlerine, kurumsal sosyal güvenlik uygulamalarının ortaya çıkışına ve bu uygulamaların bir sosyal hak temeline oturmasıyla oluşan refah devletine değinilecektir.

Refah devleti kavramı tüm ülkelerdeki refah sistemlerini değerlendirmek için yeterli olmadığı düşünüldüğünden farklı refah rejimi sınıflandırmaları yapılmaktadır. Bölümün devamında Türkiye'deki refah ve sağlık sistemini tanımlayabilmek adına sosyal politika literatüründe yapılan bu sınıflandırmalar üzerinde durulmuş ve tez boyunca kullanılacak bazı kavramlar ortaya konmaya çalışılmıştır. Türkiye'nin bu sınıflandırmalar içerisindeki konumunu değerlendirdikten sonra, takip eden başlıkta Keynesyen Refah Devleti'nden 1970'lere geçerken belirleyici hale gelen neoliberal dönemde, sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşüm değerlendirilecektir.

2.1. Sosyal Politika ve Refah

2.1.1. Sosyal Politikanın Kökeni

16. yüzyıldan itibaren oluşmaya başlayan kapitalist toplum düzeni insanların toprağından, mensup olduğu gelenekseldiyetliklerden ve üretim güçlerinden koparip mülksüzleşmesine neden olmuştur. Bu mülksüz insanın bir sözleşme ilişkisi

içinde, yaşayabilmek için emeğini satmak zorunda kaldığı toplum düzeni anlamına gelen kapitalizmin, sosyal politikaları şekillendirdiği düşünülmektedir. Çünkü bahsedilen özgür ama emeğini satmaktan başka seçeneği olmayan insanın çeşitli sebeplerle işsiz kaldığı ya da çalıştığı halde asgari geçim standardını yakalayamadığı durumlarda hayatta nasıl kalacağı sorusu modern sosyal politika uygulamalarının ortaya çıkışını sağlamıştır.

16. yüzyıla kadar kilisenin yönlendiriciliği ile yapılan yardımlar söz konusuysen bu dönemden itibaren kamu kaynakları kullanılarak yapılan sosyal yardımlar gündeme gelmiştir. Genellikle sosyal politika uygulamalarının başlangıcı olarak 19. yüzyılın ortasında, Bismark dönemi Almanyası'nda ortaya çıkan, primlerle finanse edilen korporatist uygulamalar kabul edilse de İngiltere'de 16. yüzyılda siyasi yetkililerin kamusal kaynakları kullanarak yaptıkları sosyal yardımların bu konuda öncü olduğu kabul edilmektedir (Buğra, 2013, 12).

Sosyal politika, sıklıkla kapitalizmin toplum üzerinde yarattığı olumsuz sonuçları gidermek için uygulanan tedbirler olarak değerlendirildiği için öncelikle kapitalizm ve sosyal politika arasındaki ilişkiye değinmek gerekmektedir. Bunun için ilk olarak kapitalist üretim ilişkilerine ve devletin rolüne değinilecektir. Ayrıca tüm bu anlatı Batı Avrupa'da gerçekleştiği için bölüm batı kapitalizminin tarihsel gelişimi ile sınırlı kalacaktır.

Üretim kar elde etmek amacıyla mübadele etmek için yapıldığında, ürünlerin aldığı biçime meta denmektedir. Kapitalizmin temel özelliklerinden birisi üretimin meta biçiminde olmasıdır ve kapitalizm bir meta ekonomisidir. Kapitalizmin bir diğer önemli özelliği diğer her şeyin olduğu gibi emekgücünün de meta haline getirilmesidir. Üretim araçlarından koparılan ve mülksüz hale getirilen emekgücü sahipleri, bir sözleşme ilişkisi çerçevesinde kapitalistlere çalışma güçlerini kiralayarak kendilerini hayatta tutacak ücreti kazanırlar. Kapitalist sistem geliştikçe üretim araçlarının mülkiyeti çok küçük bir kesime geçmiş ve emeğini satarak geçinenlerin sayısı giderek artmıştır. Bu noktadan sonra kişinin, istihdamda yaşanabilecek dengesizlikler ya da hastalık gibi şahsi sorunlar yüzünden emek piyasası dışında kaldığında yaşamını nasıl sürdürebileceği sorusu akıllara gelmektedir. Ailenin desteği ya da bağışlar gibi kapitalizm dışı ve kapitalizm öncesi bazı mekanizmalar insanlara geçici bir süre geçindirecek olsa da emekgücünün yeniden üretimindeki esas araç ücrettir. Bu yüzden çeşitli sebeplerle emek

piyasaının dışında kalan ya da çalışsa da hayatta kalacak ücreti kazanamayan insanların varlığı toplumsal sorunların ortaya çıkmasına neden olmuştur (Arın, 2013,344-345).

Piyasa sisteminin toplumu kaçınılmaz olarak tahrip etmesine neden olan özellik Polanyi'nin "meta efsanesi" olarak ifade ettiği aslında ampirik meta tanımına göre meta olmayan emek, toprak ve paranın piyasanın işlerlik kazanması için meta olduğunun varsayılmasıdır. Sistem önce insan ihtiyaçlarının karşılanmasını meta ilişkilerine indirgemiş; ardından "yaşamın içindeki insani bir faaliyet olan emeği, insan tarafından üretilmeyen ve doğanın bir başka adı olan toprağı ve sadece satın alma gücünü ifade eden; bankacılık ve devlet maliyesinin bir aracı olan parayı" (Polanyi, 2014, 119) meta tanımı içine almıştır. Emek gücünün meta özelliğine sahip olamamasının sebebi bu sözde metayla ilgili bir tasarrufun aynı zamanda psikolojik ve ahlaki bir varlık olan insanın da etkilenmesi anlamına gelmektedir. İnsan yaşamını toplum yerine piyasa belirlediğinde kültürel kurumlarından kopan bireylerin açlık ve cinayet gibi çatışmalı durumlardan etkilenerek yok olmayla karşı karşıya kalır. Doğanın yani toprağın piyasalaşması halinde üretim gücü kaybolabilir; satın alma gücünün piyasa tarafından idare edilmesi ise istihdam düzensizliklerine sebep olabilir. Yani piyasa mekanizmasının tek belirleyici olduğunda durumlarda toplumun ayakta kalması zorlaşmaktadır. (Polanyi, 2014, 120)

16. yüzyıldan itibaren önce çitlemeler yoluyla tarım ticarileşmeye başlamıştı. Kırsal yapının çözülmesi ve ticari toplumun ortaya çıkmasıyla karmaşık makinelerin icat edilmesinin sebep olduğu sanayi devriminin çakışması, piyasa sisteminin ortaya çıkmasına neden oldu. Hızlı bir teknolojik gelişmeyle ortaya çıkan sanayi devrimi sonrası karmaşık makinelerin maliyetini karşılayabilmek için piyasa sisteminin kurulması gerekmiştir. Emek piyasasının tam olarak kurulabilmesi ise toplumun parçalanması sonucunu beraberinde getirmişti. Polanyi'nin "çifte hareket" olarak adlandırdığı olgu istisnai bir durum olan piyasa toplumunun ortaya çıkışıyla ve toplumların bahsi geçen tehlikelerle yüz yüze gelmesi sonrasında belirleyici hale gelmiştir. Çifte hareket kavramındaki ilk hareket piyasaların ortaya çıkması ve genişlemesi ikinci hareket de piyasa genişlerken tahrip olan toplumun kendini koruyacak önlemler almasıdır. Modern sosyal politika pratiklerinin ortaya çıkışı işte bu çifte hareketin ayaklarından biriydi. İlk hareket piyasa sisteminin yayılışıyla birlikte toplumdaki bireyler için geçim yerine kazanç temelli bir anlayışın hakim

olması ve insanları koruyan geleneksel yapıların ortadan kalkması; bunu takip eden ikinci hareket ise piyasa sisteminin beklentilerini bozmak pahasına devletin inisiyatif aldığı yeniden dağıtım mekanizmalarının ortaya çıkmasıydı.

Sanayi devrimi sonrası ortaya çıkan piyasa mekanizması emek, toprak ve para üretim faktörlerinin sürekli arz edilebilmesine ihtiyaç duyuyordu. Bu ihtiyaç sonucu emek, toprak ve para piyasaları oluşmuş ve bunlar birleşerek büyük piyasanın ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu üretim faktörlerinden emek, insanlar için kullanılan teknik bir terim, emek düzeni de halkın yaşam biçimi olduğuna göre bunların meta olarak tanımlanması piyasadaki değişikliklerin toplumun hayatını da etkileyeceği anlamına geliyordu. Ekonomik liberalizm ilkesi, ekonominin toplum içerisindeki rolünü değiştirmiş ve var olagelmiş tüm toplumların aksine toplumun kendisi ekonomik düzenin bir fonksiyonu haline getirmiştir. Ekonomik liberalizm ilkesi kendi kurallarına göre işleyen piyasaları kurup toplumsal bağlarından kopan yığınlar yaratırken sosyal koruma ilkesi de piyasanın yıkıcı özelliğinden etkilenen sınıflar eliyle ve koruyucu yasama faaliyetleri, kısıtlayıcı cemiyetler ve başka müdahale araçları vasıtasıyla insanın, doğanın ve üretim düzeninin ayakta kalmasını sağlıyordu. (Polanyi, 2014, 194)

Öncelikle belirtmelidir ki toplumun sosyal risklere karşı kendini koruması kapitalizm öncesinde de vardır ve insanlık tarihi kadar eskidir. Hastalık, açlık ve benzeri riskler ortaya çıktığında bireylerin hayatta kalmasına yardımcı olan mekanizmalar kapitalizm öncesi çağlarda geleneksel bağlar ya da dini kurumlar tarafından oluşturulmuştur. Bu mekanizmalardan bazıları, öz tüketim için üretim, toprak sahibinin karşılıklılık ve feodal koruma temelinde yardımı, kentsel kesimde loncalar ya da din kurumlarının yardımlarıydı. Fakat aile, toprak sahipleri ya da dini kurumların oluşturduğu sosyal koruma biçimleri emek gücünün metalaşması ile yıkılmaya başlamış ve varlıklarını sürdürenler de yetersiz kalmıştır. Sosyal politika uygulamalarının ortaya çıkışı emek gücünün metalaştığı, refahın meta alanının işleyişine bağımlı hale geldiği ve geleneksel koruma mekanizmalarının yetersiz kaldığı dönemde gerçekleşmiştir (Esping-Andersen, 1990'dan aktaran Arın, 2013, 231). Geleneksel sosyal koruma, modern sosyal politikalara evrilirken yoksulluğa yönelik bağışların yerini devlet yardımları almış, devlet yardımlarının kapsamı genişlemiş, yerel uygulamalar yerini merkezi programlara bırakmış, sosyal programlara katılım gönüllü olmaktan çıkarılarak zorunlulaştırılmış ve birbirinden

bağımsız ve düzensiz programlar bütünlükle hale getirilmiştir (Barr, 1993'den aktaran Arın, 2013, 232).

İnsan ihtiyaçlarının karşılanması için mülkiyet ve toplumsal destek gibi olanakların olmadığı; sürekli ve yeterli geçinme olanaklarını sağlayamadığında ciddi sosyal sorunların ortaya çıkmasına sebep olan kapitalist toplumsal düzende zaman içerisinde sosyal riskleri azaltmak için devlet müdahalesi aracılığıyla sosyal politika mekanizmaları ortaya çıktığını belirtmiştik. Sosyal politikanın özünü ise sosyal güvenlik olarak adlandırılan toplumsal koruma ağının kurulması ve işletilmesi oluşturmaktadır. Sosyal güvenlik de istihdam, sosyal yardımlar, sosyal sigorta ve sosyal hizmetler aracılığıyla bireylere sosyal haklar sağlamaktadır (Arın, 2013, 226). Sosyal güvenlik ve sosyal haklar, kişilere asgari bir refah geliri sağlayarak, onların piyasa güçlerinden özgür olmasını, yaşamlarını sürdürmenin tek olanağının piyasaya çıkmak olmamasını sağlamakta ve piyasalaşmanın yarattığı riskler yüzünden toplumsal dışlanmaya maruz kalınmasını önlemektedir. Sosyal haklar, sayılan bu işlevleri yerine getirdiği ölçüde; emeğin metalaşmasını hafifletmekte ve emeğin meta statüsünü aşındırmaktadır.

2.1.2. Sosyal Politika Uygulamalarının Ortaya Çıkışı

Sosyal politika tarihine baktığımızda sürecin hayır ve yardımlara dayanan anlayışla başladığını ve zaman içerisinde yurttaşlık temelinde bir haklar rejiminin oluştuğu evreye geçildiğini görülmektedir. Sosyal politika uygulamalarının gelişimi ile kapitalist gelişim evreleri arasında bir paralellik bulunmaktadır. Arın (2013, 36-39) kapitalist gelişim evrelerini birikim rejime göre tasnif etmiştir: 1850-1914 yılları arasında yaygın birikim rejimi ve rekabetçi düzenleme tarzları oluşmuş; 1914-1945 aralığı ise geçiş ve yeniden yapılanma gerçekleşmiştir. 1945-1973 tarihleri arasındaki dönemde oluşan yoğun birikim rejimi ve tekelci düzenleme tarzları 1973-1980 arasında yeniden yapılanmıştır. Son olarak ise 1980'den sonra girilen esnek birikim ve küresel tekelci düzenlemelerin olduğu Post-Fordist evreye girilmiştir. Sosyal politikadaki değişimleri bu sayılan gelişim evrelerine paralel olarak oluşan tarihsel dönemlere ayırarak incelemek daha açıklayıcı olacaktır. Kabaca bir ayırım olsa da sosyal politikadaki gelişimleri, Kutlu'nun (2013, 8-9) önerdiği şekliyle üç döneme ayırarak inceleyebiliriz. Bu dönemlerden ilki piyasaların ortaya çıkışından 1929 krizine kadar süren; kapitalist üretim tarzı ve ilişkilerinin yerleştiği evredir.

Toplumsal değişimi kontrol etmek için uygulanan yoksulluk yardımları ve sosyal güvenlik sistemlerinin ortaya çıkışı bu evrede gerçekleşmiştir. İkinci evre ise 1929 krizi ile başlayıp 1970'lere kadar süren; birikim rejiminin Fordist olarak nitelendiği ve refah devleti uygulamalarının ortaya çıktığı dönemdir. Sağlık hakkı gibi koruma mekanizmalarının sosyal hak olarak tanınması bu evrede yaşanmıştır. İçinde bulunduğumuz dönemin özelliklerini belirleyen neoliberal evre ise dönüşen birikim rejimine paralel olarak 1970'lerden itibaren başlamış; refah devleti uygulamalarının trplendiği ve küresel ölçekte sosyal hakların dönüşüme uğradığı dönem olmuştur.

Sosyal politika, yoksulluk ve sosyal dışlanma; yaygın eğitim; hastalık, yaşılık, işsizlik gibi durumlarda bireyi destekleyen sosyal güvenlik önlemleri ve çalışma hayatının düzenlenmesi olarak dört temel sorun alanına ayrılabilir (Buğra & Keyder, 2013,9). Bu temel sorun alanlarından siyasilerin gündemine ilk giren yoksulluk ve sosyal dışlanma konusu olmuřtur². 16. yüzyılda başlayan ekonomik ve toplumsal dönüşümlerden itibaren, modern yoksulluk ve sadaka reformu tartışmalarının başladığını görmekteyiz. İngiltere'de sanayi devriminden önce başlayan çitleme hareketleri ve toprağın ticalermesi sonucu kentlere göç eden nüfusa, var olan istihdam kapasitesi yeterli olmayınca baş gösteren yoksulluk sorununa çözüm olarak sunulan sadaka reformu, siyasi yetkililerin yoksul yardımı konusunda aktif bir rol kabul etmesine neden olduğu için sosyal politikanın başlangıcı olarak kabul edilebilir³ (Buğra, 2013, 45).

Başta İngiltere olmak üzere Batı Avrupa'da 16. yüzyıldan itibaren sadaka reformu ya da 1795 tarihli Speenhamland Yasası gibi sosyal politika önlemleri ile emeğin metalaşmasının etkileri azaltılmaya çalışılmıştır. Geleneksel sadakaların resmi yardıma dönüştüğü 16. yüzyılda, alınan önlemler; darulaceze benzeri yerlerin ve yoksulların çalıştırıldığı kurumların açılmasından oluşuyordu. 18. yüzyıla boyunca yoksulların çalıştırıldığı kurumların İngiltere'de ve kıta Avrupası'nda yayıldığı görülmekteydi. Toplumsal düzenin korunması adına yapılan önemli düzenlemelerden biri 1795'te yürürlüğü giren ve geçim yardımı sağlayan Speenhamland Yasası olmuştu. Yasayla yoksullara kazançlarından bağımsız olarak belirli bir asgari gelir

² Dönüşüm ilk olarak İngiltere'de başladığı için bu ülkenin sosyal politika tarihi açısından ayırt edici bir konumu olsa da Avrupa'nın genelinde aynı tarihlerde benzer uygulamaların görüldüğü akıldan çıkarılmamalıdır (Fox Piven, Cloward, 1993'den aktaran Kutlu, 2015, 86).

³ Resmi sosyal yardımların başlangıcından farklı olarak sosyal politikanın 19.yüzyıl ortalarında, Bismark dönemi Almanyası'nda başlayan prime dayalı korporatist uygulamaları ile başladığını kabul eden pek çok çalışma bulunmaktadır (Koray, 2005,24).

sağlanması öngörülmüştür. Yasanın, sosyal politika tarihi açısından önemi ise sosyal güvenliğin bir hak olarak tüm toplumu kapsamı fikrinin ilk belirtisi olmasıdır (Akyüz,2011,69).Yasanın ortaya çıkmasının arkasında Fransa'da yaşanan devrimlerin İngiltere'ye sıçraması korkusu ve o sırada ihtiyaçları olan emek gücünü paylaşmak istemeyen sanayi ve toprak burjuvazisinin rekabeti yatmaktadır. Kapitalist dönüşümden etkilenen kesimlerin refahını arttırmak için alınan tedbirlerin arkasında kraliyetin, yerel eşrafın ve hukuk bürokrasisinin olduğu görülmektedir (Polanyi, 2014, 96).

Yoksulluk ve sosyal dışlanma dışındaki üç temel sorun alanında sosyal politika önlemlerinin alınmaya başlanması ise 18. yüzyılın sonlarından itibaren ağırlık kazanmıştır denilebilir.19. yüzyıl,piyasa ideolojisinin zirveyi gördüğü⁴ İngiltere de dahil olmak üzere bu üç temel sorun alanıyla ilgili sosyal politika önlemlerinin alınmaya devam ettiği hatta Almanya'da görüleceği üzere sosyal sigortaların kurulmaya başladığı dönem olacaktır. 19. yüzyılda başta İngiltere olmak üzere, kıta Avrupası'nda, Avustralya, Yeni Zelanda, Kanada ve ABD'de çalışanlara yönelik işgünün sınırlandırılması gibi çalışma hayatını ilgilendiren yasaların çıkarılmasının yanında eğitim, sağlık ve yoksulluk gibi alanlarda talep edilen bazı sosyal hakların hayata geçtiği görülmektedir (Buğra, 2013, 62).

İngiltere özelinde sosyal yardımları sosyal haklara dönüşmesinin arkasında 1834 tarihli Yeni Yoksul Yasası'nın yarattığı ortam olduğu düşünülmektedir. Bu yasa ile Speenhamland ile getirilen geçim yardımları ortadan kalkmış ve insanlara yaşamak için emek piyasasına çıkmak dışında bir şans bırakılmamıştır. Piyasalaşmanın önünde hiç bir engelin kalmaması, İngiltere'de sosyal sorunları daha fazla arttırdığından; yardımlaşma kuruluşları ve işçi örgütlenmelerinin sayısında hızlı bir artış olmuş⁵, daha sonra sosyal haklara dayalı refah devleti ile sonuçlanacak şekilde sosyal yardımlardan sosyal sigortalara doğru bir evrim gerçekleşmiştir (Akyüz, 2011, 71-74).

Bugünkü anlamına uygun olarak sosyal güvenlik önlemlerinin başlangıcı ise 19. yüzyılın ortasında İngiltere'den önce kıta Avrupası'nda hayata geçmiştir. Prime

⁴ 1834 tarihli Yeni Yoksulluk Yasası piyasa ideolojinin en üst düzeyini temsil etmektedir (Buğra, 2013, 45).

⁵ Bu dönemde hem İngiltere hem de Batı Avrupa'nın geri kalanında en çok görülen sosyal güvenlik mekanizmalarından biri karşılıklı yardım sandıklarıdır. İşçiler hastalık, kaza, sakatlık ve yaşlılık gibi risk oluşturan durumlarda yararlanmak üzere yardım sandıkları oluşturmuştur (Akkaya, 2000, 84).

dayalı korporatist sistem ilk olarak Bismark dönemi Almanyası'nda kurulmuştur. Bu formel güvenlik sisteminin ayaklarından ilki olan hastalık sigortası 1883'te kurulmuş onu 1884'te yasalaşan iş kazası ve 1889'da yasalaşan yaşlılık ve engellik sigortaları takip etmiştir. 1911 tarihinde bu yasalar birleştirilerek genelleştirilmiştir. Almanya'daki sosyal politika gelişiminin İngiltere'dekinden farklı olmasının arkasında kendi içindeki sınıf mücadeleleri⁶ ve yeni oluşan uluslararası kapitalist sisteme karşı yapılan korumacı ekonomi politikaları bulunmaktadır (Akyüz, 2011, 74-80; Çulhaoğlu, 2005, 405). Diğer Avrupa ülkelerinin Almanya'nın sosyal sigorta modeline geçmesine tepkisi önce olumsuz olsa da zamanla bu model Avrupa'da yaygınlaşmıştır. Sırayla 1887'de Avusturya, 1891'de Macaristan, 1894'te Norveç ve Fransa, 1895'te Finlandiya, 1898'de İtalya, 1900'de İspanya, 1901'de Hollanda, Lüksemburg ve İsveç, 1903'te Belçika, 1908 ve 1911'deki düzenlemelerle İngiltere sosyal sigorta benzeri modelleri hayata geçirmişlerdir (Dillik, 1991'den aktaran Akyaka, 2000, 85).

Piyasalaşma ve metalaşmanın artması, sosyal riskler oluşturduğu için kapitalist üretim biçiminin ihtiyaç duyduğu emeğin yeniden üretimi tehlikeye girmiştir. Sosyal politika ve sosyal güvenlik uygulamaları da emeğin yeniden üretimini gerçekleştirmek için oluşturulmuştur. Sosyal yardımlar olarak başlayan emeğin korunma biçimlerinin formel sosyal güvenlik uygulamalarına dönüşmesinin arkasında, kapitalizmin dönemsel krizlerini ve sermayenin gereksinimlerini içeren yapısal gelişim özellikleri ve işçi hareketi ve sendikal mücadelenin yükselişi ve istemlerini de içerecek şekilde dönemin sınıf ya da sınıf içi ilişkileri bulunmaktadır (Ginsburg, 1979; Gough, 1979; Lavalette & Mooney, 2000; Topak, 2009'dan aktaran Kutlu, 2015, 84). Bu dönüşümün sonunda, İkinci Dünya Savaşı sonrası yıllarda, aynı nedenlere yaslanan sosyal haklar temelli bir refah devleti ortaya çıkacaktır.

Tüm nüfusu kapsayan kamusal sağlık hizmetlerine refah devleti ile birlikte ulaşılabilecek olsa da sağlık ile ilgili kurumsal önlemlerin ilk olarak 19. yüzyılda alındığı bilinmektedir. Yukarıda da değinildiği üzere ilk olarak Almanya'da kurulan sosyal sigortalar yalnızca endüstriyel işçileri ve düşük gelirliileri hedef almıştır. Sağlık hizmetlerinin emek gücünün yeniden üretilmesindeki önemi anlaşıldığı için bu

⁶ Bu mücadele sadece Junker Aristokrasisi ve sanayi burjuvazisi arasında gerçekleştiği için sınıf içi bir mücadele olarak kalmamıştır. Sosyal sigorta modeline geçilmesinin arkasında o tarihlerde Almanya'da işçi sınıfının tepkileri giderilmesi ve sosyalistlerin gelişiminin engellenmesi gibi nedenler de vardı. Böylece hem kapitalizmin ihtiyacı olan emeğin yeniden üretimi sağlanıyor hem de işçileri sistemle bütünleştirmek kolaylaşıyordu (Akkaya, 2000,85; Çulhaoğlu, 2005, 405).

alandaki ilk önlemler, mesleki hastalıklarla yani işyeri sağlığı ile ilgili olarak gündeme gelmiştir(Çulhaoğlu, 2005, 405; Topak, 2009, 62). Devletlerin, sağlık hizmet sunumu ile emek gücünün yeniden üretiminin sorumluluğunu sahiplenmesi ise refah devletinin ortaya çıkması ile birlikte gerçekleşecektir.

2.1.3. Refah Devleti

Bu bölüme kadar erken kapitalist dönemden 1930'lara kadar süren evrede gerçekleşen, aralarında sağlık hizmetlerinin de bulunduğu sosyal politika uygulamalarına yer verilmiştir. Hayır işleri ve sosyal yardımlardan sosyal sigortalar gibi kurumsal refah önlemlerine doğru bir evrimin olduğu bu dönemde emeğin meta statüsünde aşınmalar sağlanmış olsa da bu konudaki esas ilerleme yurttaşlık haklarına dayanan refah devleti rejiminin kurulması ile gerçekleşmiştir. Kamusal sağlık hizmetlerinin bir yurttaşlık hakkı olarak sayılması ve bu hizmetlere erişiminevensel ve eşit hale gelmesi refah devleti döneminde yaşanmıştır. Bu yüzden bir haklar rejimi olan refah devletinin ne anlam ifade ettiğine, arkasındaki nedenlere ve bu modelin özelliklerine değineceğiz. Bu dönemde sağlığın yurttaşlık hakkı olarak tanınması ve devletin sağlık hizmet alanında yaptığı düzenlemeleri üzerinde duracağız.

Refah devleti analizlerine göre bu modelinin ortaya çıkmasında 1930 sonrası dönemde ortaya çıkan sermaye birikim rejimiyle olan uyum ve işçi sınıfı lehine oluşmuş siyasi konjonktür belirleyici olmuştur (Yentürk, 2018, 4). Bir önceki bölümde Almanya özelinde sınıf içi ya da sınıflararası ilişkilerin sosyal polikanın yönünü nasıl belirlediği üzerinde durulmuştu. Bismarck dönemi Almanyası'nda çok yaygın ama dağınık olan sosyal koruma mekanizmalarının sosyalist hareketi geriletmek ve işçi sınıfı tepkilerini soğurmak için sosyal sigortalar biçiminde sistematik hale getirildiğinden bahsetmiştik.19. yüzyıldan başlayarak yardım sandıkları ile sermaye sınıfına karşı örgütlenmeye başlayan işçi sınıfı sistem açısından bir tehlike oluşturduğu için devlet kendine bağlı sosyal güvenlik sistemleri kurmak zorunda kalmıştır (Topak, 2009, 62).

İşçiler lehine olan siyasi konjonktürün oraya çıkmasında işçi sınıfı örgütlenmelerinin mücadeleleri dışında uluslararası sistemin yapısı da etkili olmuştur. 1917 Devriminden sonra kapitalist sistemin karşısında bir alternatif belirmesinin, batılı ülkeleri refah devleti gibi bir modele geçmeye zorladığı düşünülmektedir. Çünkü

sosyal sigorta ve yardımların 'sosyal güvenlik' olarak isimlendirmesi ve sosyal güvenlik uygulamalarının tüm nüfusu kapsaması ilk olarak sosyalist ülkelerde gerçekleşmiştir. Sosyalist ülkelerdeki ekonomik sistemin Keynesyen modele; sosyal güvenlik önlemlerinin de refah uygulamaları üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. (Akkaya, 2000, 85).

19. yüzyıldan başlayarak tüm dünyayı kapsayan piyasa sisteminin, 1929 tarihindeki büyük ekonomik kriz, faşizmin güçlenmesi ve İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra yıkılıp refah devletlerinin ortaya çıkmasında yukarıda anlatılan siyasi bağlamdan çok sermaye birikim ve istihdam yapısında yaşanan değişimin etkili olduğu düşünülmektedir. Bu değişim 1930'larda Batı ekonomilerinde monopollerin ağırlığını hissettirdiği, Fordist üretim evresine geçişle başlamıştır (Baştürk, 2013,390)."Birikim modelleri" olarak adlandırılan buyaklaşımına göre, kitlesel üretime (ki bu yoğun emeğe ihtiyacın olduğunu ifade eder) ve kitlesel tüketime dayanan yoğun sermaye birikim rejimi refah devleti modeli ile uyumludur. Çünkü bu birikim rejimi sürdürmek için devletin, emeğin yeniden üretimi için çeşitli refah düzenlemeleri yapma ve emek ile sermaye arasındaki ilişkilere müdahale etme sorumluluğunu üstlenmesi gerekmiştir (Güzelsarı, 2012, 33-34).

"Yurttaşlara asgari düzeyde refahı garanti altına alma sorumluluğu üstlenen devlet tipi" olarak tanımlanan (Esping-Andersen, 2008'den aktaran Yentürk, 2018,4) refah devletinin tarihsel gelişimine baktığımızda kurumsal sosyal güvenlik önlemlerinin ilk olarak Almanya'da alındığını ve başarılı olduğu gözlemlendikten sonra Avrupa'da yaygınlaştığını belirtmiştik. Sosyal güvenlik uygulamalarının kapsamının çalışanlardan tüm vatandaşlara doğru genişlemesi ise 1930'lardan sonra gerçekleşmiştir. Bu gelişmenin arkasında 1929 ekonomik krizinin etkisiyle geçici kurum ve yardım mekanizmalarının yeterli olmaması yatmaktadır. Roosevelt döneminde ilan edilen New Deal doktrini ile ABD'de dağıtık yardımların kurumsallaşması ve sosyal güvenliğin kapsamının genişlemesine ek olarak çalışanlara asgari bir hayat standardı sağlamak için ücret düzeylerine devlet müdahalesi olmuştur. Avrupa'da sosyal politika önlemlerindeki gelişme İkinci Dünya Savaşı'nın ardından hızlanmış; sosyal güvenlik, sağlık, çocuk yardımları, işsizlik ödenekleri ve konut yardımları kapsamı genişleyerek yaygınlaştırılmıştır (Baştürk, 2013, 391).

Refah modeliyle birlikte devletin refah sorumlulukları sosyal haklar -ya da yurttaşlık hakları- bir yasal zemine de oturtulmuştur. Refah devletinden önce de sosyal politika uygulamaları olmakla birlikte bu modeli bir önceki dönemden farklılaştıran devlet-vatandaş ilişkilerinde yarattığı dönüşüm olmuştur. Refah devleti modelinde yurttaşlık statüsüne, medeni ve siyasi hakların yanında sosyal haklar da eklenmiştir. Tanınan sosyal haklar emeği metalaşmadan çıkardığı ölçüde kapitalist toplum yapısında dönüşümlere neden olmuştur. Ayrıca refah devleti ile kazanılan sosyal hak temelli yurttaşlık statüsü kapitalizmin yarattığı sınıfsal yapıyı dikey keserek toplumsal bölünmeyi hafifletmektedir (Buğra ve Keyder, 2013, 11; Yalman, 2007, 654).

Refah devleti ile birlikte sağlanan sosyal haklar bazı müdahale ve düzenlemelerle hayata geçirilmiştir. Bu düzenlemelerden biri de kamusal sağlık hizmetleridir. Merkez kapitalist ülkelerdeki refah devleti modelleri birbirinden farklı özellikler gösterse de; sağlık hizmetlerinin devletin müdahalesi ile büyük ölçüde piyasa ilişkilerinin dışına çıkarılmasında ortaklaşmaktaydılar. Refah devleti döneminde sağlık politikalarını etkileyen devrim niteliğinde bir gelişme olmuştu. Tedavi devrimi olarak adlandırılan bu gelişme, sağlık teknolojisindeki yeniliklerle sağlık hizmetlerinin niteliğinin artması ve ölümcül bazı hastalıkların dahi tedavi edilebilir olması anlamına geliyordu (Güzelsarı, 2012, 34). Sağlık teknolojisinde bu gelişmeler toplumun sağlık hizmetlerinden beklentilerini arttırırken, sağlık hakkını sosyal politikanın en önemli mecrası haline getirmiştir. Bu yüzdendir ki ülkelerin refah modelleri değişse de sağlık hizmetlerinin eşit ve evrensel olarak tüm nüfusu içermesi bu modele sahip ülkeler için ortak bir özellik haline gelmiştir. Hatta daha sonraki bölümlerde de görüleceği üzere İkinci Dünya Savaşı sonrasında refah devleti modeline sahip olmayan Türkiye gibi çevre kapitalist bir ülkede dahi bahsedilen tedavi devriminden etkilenildiğini söylenebilir. Türkiye'de 1950'den sonra koruyucu hekimliğe ek olarak tedavi hizmetlerinin artmasında bu gelişmenin önemli bir etkisi vardır.

Refah devlet modelinin uygulandığı ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumuyla ilgili önemli gelişmeler İngiltere'de sosyal politika gündemini belirleyen 1942 Beveridge Raporu ile birlikte başlamıştır. İngiltere sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumu bu raporun yönlendirmesiyle şekillenmiş ve diğer ülkeler de benzer uygulamalar hayata geçmiştir. Beveridge raporuna dayanılarak 1948'de İngiltere'de kurulan Ulusal Sağlık Sistemi sağlık hizmetinin finansmanının genel

vergilerle karşılanmasını ve bu hizmetlerin ücretsiz olarak tüm nüfusa verilmesini sağlamıştır. Sosyal güvenlik sisteminin finansmanı genel vergiler yerine sosyal sigorta modeliyle (Bismarck Modeli) sağlandığı bir çok kıta Avrupası ülkesinde de nüfusun büyük bir kısmı ya da tamamı sağlık sigortası kapsamına alınmıştır.

Görüldüğü üzere refah devleti modelleri arasında bir tek tipleşme yoktur ve refah uygulamaları o ülkedenin toplumsal özelliklerine göre değişmektedir. Hem bu sebepten hem de Türkiye gibi refah devleti deneyimi olmayan ülkelerin refah sistemlerinde yaşanan değişimleri açıklamak için refah devleti üzerinden yapılan bir analiz yerine refah rejimlerinin sınıflandırıldığı bir literatür gelişmiştir.

2.2. Refah Rejimi Tipleri

Refah rejimlerini tipolojilere ayırma konusunda belirli bir literatürün oluşması ve bunun bizim çalışmamız kapsamına girmesi refah devleti kavramı üzerinden yapılan değerlendirmelerin hem refah devletleri arasındaki farklılıkları hem de Türkiye gibi geç kapitalistleşen ve refah devleti deneyimi olmayan ülkelerin sosyal politika uygulamalarını açıklamakta yetersiz kalıyor oluşudur. Refah devletlerini sınıflandırmak için çeşitli kategorileştirme yaklaşımları geliştirilmiş olmakla birlikte literatürde en sık kullanılanı Esping-Andersen'a ait olan "refah kapitalizminin üç dünyası" olarak adlandırılan sınıflandırmadır. Esping-Andersen dışında refah devletlerini, Titmuss "kalıntı refah devleti" veya "pozitif devlet"; Furniss "çalışma hayatı performansı modeli" veya "sosyal sigorta devleti"; Tilton "kurumsal yeniden bölüşümcü devlet" veya "sosyal refah devleti" olarak sınıflandırmışlardır (Goodin ve diğ., 1999'dan aktaran Arın, 2004, 70-71). Ayrıca Esping-Andersen'in çalışmasına göndermede bulunan Leibfried "refah kapitalizminin dört dünyası" diye sınıflandırma geliştirmiştir. Bu sınıflandırma, refah devletlerini modern (İskandinav), kurumsal (Bismarckçı), kalıntı (Anglo-Amerikan) ve tam oluşmamış (Güney Avrupa ve Latin Havzası) olarak modellere ayırmıştır.

Biz Türkiye refah rejiminin temel özelliklerini değerlendirebilmek adına Esping-Andersen'in "refah kapitalizminin üç dünyası" sınıflandırmasını ve Ferrara'nın daha sonra bu sınıflandırmaya eklediği Güney Avrupa refah modeli kategorisini kullanacağız.

Kapitalist işleyiş başlangıcından itibaren insan emeğini metalaştırmaya çalışmakta; sosyal koruma önlemleri ise bu metalaşma eğiliminin tersine çevrilmesini sağlamaktadır. Kapitalist işleyiş ile sosyal korumanın sağlanması arasındaki bu çelişkilerin çözülmesi arayışları, Batı Avrupa'da refah devletlerinin ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Esping-Andersen, ortaya çıkan bu refah devletlerini, insan emeği üzerindeki metadışlaştırma etkileri çerçevesinde kategorilere ayırmaktadır (Yentürk, 2018, 4). Esping-Andersen'in refah rejimleri sınıflandırmasının farklılığı, refah rejimlerini devletin etkilerinin ötesinde ailenin rolü ve piyasanın işleyini de dikkate alarak değerlendirmesinde kaynaklanmaktadır. Buna göre; "emeği metadışlaştıran sosyal politika mekanizmaları ancak devlet, aile ve piyasa üçlemesinin birbirleriyle etkileşim içinde oynadıkları role bakılarak anlaşılabilir" (Buğra ve Keyder, 2013, 13).

Esping-Andersen'in yaklaşımına göre devlet müdahalesi, ailenin yapısı ve piyasanın işleyişi gibi değişkenler sosyal politikanın niteliğini belirlemektedir. Refah kapitalizmi özelliği olan bir ülkede, devlet müdahalesi, piyasanın işleyişini ve ailenin bireye sağladığı güvencelerin sınırlarını belirlemektedir. Fakat bu etkilenme ailenin yapısı ve piyasanın işleyiş biçiminin, devletin müdahalesinin özelliklerini belirlemesi yönünde de gerçekleşmektedir. Değişkenlerin bu şekilde tanımlandığı Refah Kapitalizminin Üç Dünyası yaklaşımına göre refah rejimleri; liberal, korporatist ve sosyal demokrat olarak üçe ayrılmaktadır.

Liberal refah rejimlerinde devlet müdahalesinin refah sunmadaki payı asgari seviyede tutulmaya çalışılmakta ve ağırlık piyasanın işleyişine kaydırılmaktadır. Liberal refah rejimleri piyasa merkezlidir ve odak noktası istihdam edilmeyen nüfusu dışlanma riskine karşı emek piyasasında tutmaya yöneliktir. Bu refah modelinde devlet müdahalesi ancak piyasada geçimini sağlayamayan ya da ihtiyaç duyduğu bakım hizmetlerini piyasadan alamayacak en muhtaç kesim için devreye girer. Bu yüzden yoksulluk programlarına ağırlık verilmektedir ve ihtiyaç sahiplerinin tespit edilmesi önemli olduğu için "ihtiyaç testi (means test)" yoğun olarak kullanılmaktadır. Ayrıca kamu otoritesi, özel ve gönüllü kuruluşları bu kesimlere yardım etmesi için teşvik etmekte ve ancak bu kuruluşların yeterli olamadığı durumlarda devreye girmektedir.

Korporatist refah rejimlerinde refahı belirleyen, kişinin istihdamdaki konumu ve piyasadan elde ettiği kazanca göre ödediği primler ile birlikte aile kurumunun

sağladığı güvencelerdir. Sistem sosyal sigorta hakları temelinde kurulmakla birlikte boşlukta bıraktığı alanlar (örneğin devletin üstlenmediği kreş hizmetleri ya da piyasadan alınabilen bakım hizmetleri gibi) ailenin fonksiyonu ile doldurulmaktadır. Bu refah rejimin olduğu ülkelerde kadınlardan çalışma hayatına katılmayarak aile fertlerinin bakımını üstlenmeleri beklenmektedir. Modelde, istihdam, farklı statü gruplarının doğmasına neden olmakta ve sosyal politikalardan yararlanma imkanları bu farklılaşmış statülere göre değişmektedir.

Sosyal demokrat rejimleri ise sosyal güvenliğin kapsamı hem nüfus hem de riskler açısından evrensel olması ve vatandaşlık statüsünün yararlılardan faydalanmaya yetmesi açısından diğer iki modelden farklılaşmaktadır. Kuzey Avrupa ülkelerinde görülen modelin diğer ayırt edici özelliği sosyal güvenliğin sigorta primleri aracılığıyla değil vergilerle finanse edilmesidir. Bu modelde refah, aile yapısı veya piyasanın işleyişinden kaynaklı güvencelerden daha çok formel sosyal güvenlik önlemleri tarafından belirlenmektedir. Korporatist modelden farklı olarak kadınlardan aile içi bakım hizmetlerinin yerine getirilmesi beklenmemekte hak sahibi bir vatandaş olarak emek piyasasına katılımları teşvik edilmektedir. Zaten modelin iki önemli ayağından biri devletin özel önlemler alarak herkesi emek piyasasına katılmasını teşvik etmesive çalışan ya da çalışmayan herkese evrensel ilkesi temelinde sosyal güvence sağlamasıdır. Modeli liberal refah rejimlerinden ayıran en önemli özellik ise sadece ihtiyaç sahiplerine ihtiyaçları oranında asgari bir yardım vermek yerine; herkese, o ülkede kişi başına düşen ortalama gelir düzeyinden uzaklaşmayan bir temel gelir sağlamaktır. Sağladığı sosyal güvencelerin özellikleri bakımından emeğin en fazla metadışlaştığı ve evrensel vatandaşlık ilkelerine en uygun refah rejiminin sosyal demokrat model olduğu düşünülmektedir (Baştürk, 2013, 392-393; Arın, 2004, 70; Buğra, 2013, 98-70).

Esping-Andersen'in üçlü refah rejimi yaklaşımı bize gelişmiş refah devleti uygulamalarının genel niteliklerini analiz etme imkanın verirken aralarında Türkiye'nin de bulunduğu refah sistemleri için açıklayıcılığını kaybetmektedir. Bunun için Ferrera (2013) Esping-Andersen'in sınıflandırmasını tadil ederek, bu modelin dışında kaldığını düşündüğü devletler için Güney Avrupa Refahmodelini önermiştir. Türkiye'yi -özellikle İkinci Dünya Savaşı sonrası dönüşen sosyal politika ortamını- bu kategori altında değerlendiren çalışmalar olmakla birlikte, emek piyasası ya da sosyal güvenlik sisteminin özelliklerinden ötürü refah devleti

gelişmemiş olduğu için Türkiye'yi refah rejimleri sınıflandırmasına sokmayan değerlendirmeler de mevcuttur. Türkiye'deki refah rejiminin yapısını, Güney Avrupa modeli ile karşılaştırmak için önce bu modele; daha sonra da Türkiye'nin istihdam yapısı, sosyal güvenlik sistemi gibi refah rejimini belirleyen bazı özelliklere bakılacaktır.

Ferrera'ya (2013) göre bazı ülkelerin, Esping-Andersen'in sınıflandırmasına ek olarak dördüncü bir model içerisinde tanımlanmasının nedenleri vardır. Öncelikle bu ülkelerin emek piyasaları bölünmüş bir yapıya sahiptir: Kayıtlı çalışanların varlığıyla birlikte kendi hesabına çalışanlar ve enformel sektör çalışanlarının oluşturduğu kayıtdışı bir nüfus da vardır. Sosyal güvenlik sistemleri çok parçalı olmakla birlikte eşitsiz bir yapıya sahiptir ve kapsam dışı bir nüfus söz konusudur. Korporatist yapısında kaynaklı olarak refahı sağlamada ailenin merkezi bir rolü vardır. Devletin refah kapasitesinin zayıf olmasına ek olarak klientalist bağlar devam etmekte ve modern bürokrasinin tam olarak kurumsallaşmamıştır. Ayrıca bu modele sahip ülkelerde sağlık alanında ise evrensel politikalar doğrultusunda bir eğilim bulunmaktadır.

Ferrera'ya göre refah kapitalizminin üç dünyası yaklaşımına göre korporatist refah rejimi olarak değerlendirilen İspanya, Portekiz, İtalya gibi ülkeler bu model altındaki diğer ülkelerden benzerlikten çok farklılık göstermekte olduğu için Güney Avrupa refah rejimi adı altında farklı bir kategoride incelenmelidir. Yukarıda ifade edilen özelliklerden ötürü Türkiye'nin sosyal politika uygulamalarını Güney Avrupa refah rejimi modeli altında değerlendirebileceğini kabul eden çalışmalar bulunmaktadır (Gough, 2013; Buğra, 2007, 143-167; Buğra, 2013, 82-90, Keyder, 2007, 15).

Güney Avrupa refah rejiminin özellikleri ile Türkiye'nin sosyal politika uygulamalarını karşılaştırıldığında Türkiye'yi bu modelin altında değerlendirecek kadar benzerliklerin bulunduğu söylenebilir. Örneğin Türkiye'nin emek yapısı bölünmüştür ve kayıt dışı nüfus önemli bir orandadır. Kendi hesabına çalışanların ve enformel sektör çalışanlarının nüfusun büyük bir bölümünü oluşturduğu düşünülmektedir. Sosyal güvenlik sistemi korporatist olmakla birlikte parçalı ve eşitsiz bir yapıya sahiptir ve kayıt dışı emeğin yüksek olduğu hesaba katılırsa formel sektör çalışanları dışındaki büyük bir nüfusu oluşturan kesimin sosyal güvenliğin kapsamının dışında kaldığı görülmektedir. Ailenin sosyal güvence sağlamadaki rolü büyüktür; ev içi

bakım hizmetleri kadınlar tarafından üstlenilmektedir ve 1990'lara kadar aileler, şehir ve köy arasındaki kurdukları geleneksel dayanışma bağlarıyla bazı destekleyici önlemler alabilmekteydiler. Devletin refah kapasitesinin azlığı, klientalist bağların varlığı ve kurumsallaşmamış bürokratik yapı Türkiye için de geçerli sayılabilecek özelliklerdir.

Bununla birlikte Türkiye'deki sosyal politika uygulamalarını bu model altında değerlendirmeyi zorlaştıran farklılıklar da bulunmaktadır. Güney Avrupa refah modelindeki ülkelerde korporatist güvenlik sistemin dışarıda bıraktığı nüfus Türkiye'deki kadar büyük oranda değildir; ayrıca bu model altındaki ülkelerin sağlık sistemlerinin de evrensel bir yapıya sahip olduğunu söylemek gerekmektedir (Keyder, 2007, 16). Bunun anlamı bu ülkelerdeki korporatist sistemin dışarıda bıraktığı nüfusun her ne kadar emeklilik gibi hizmetlerden faydalanmakta zorlansa da sağlık hizmetlerinden faydalanma noktasında tüm toplumun kapsam içerisine alınması durumudur. Çalışmamızın temel konularından biri olan sağlık hizmetlerine ulaşma imkanı olmayan nüfus ile ilgili ilk köklü değişiklik 1992'de yürürlüğe giren Yeşil Kart uygulaması ile olmuşsa da kapsam sorunları devam etmiştir. İlerleyen bölümlerde Genel Sağlık Sigortasının da sağlık hizmetlerinin kapsamıyla ilgili yarattığı etkiler üzerinde durulacaktır.

Türkiye gibi çevre kapitalist ülkelerin refah rejiminin bu modele benzememesinin en önemli nedeni tarihsel olarak farklı bir kapitalist gelişme çizgisine sahip olmasıdır. Merkez kapitalist ülkelere piyasa ilişkileri daha erken yerleşmiş ve emeğin metalaşması artmıştır. Mülkiyet olanaklarından dışlanan emeğin, geçim için piyasa ilişkisine dahil olması dışında bir şansı yoktu. Bu durum, şu anda gelişmiş olarak adlandırdığımız ülkelerde devletin piyasaya müdahale ederek insani ölçüleri sağlayacak ölçüde metalaşma eğilimini tersine çevirmesine neden olmuştu. Gelişmiş ülkeleri ilgilendiren bu tarihsel sürecin en önemli özellikleri refah devleti ile sağlanan metadışılaştırma müdahalelerinin sosyal haklar temelinde bir vatandaşlık statüsü ile sağlanması ve emek piyasasının yasalarla düzenleniyor yani büyük ölçüde formel olmasıdır. Türkiye gibi geç kapitalistleşen ülkelerdeki sosyal politikaları değerlendirmek için bu iki özelliğe ne ölçüde benzediği hesaba katılmalıdır.

Türkiye'nin, Esping-Andersen'in "refah kapitalizmlerinin üç dünyası yaklaşımı" altında sayılmasını zorlaştıran ve yoksul güneye yaklaştıran, yukarıda sayılan özellikleri taşımayan olmasıydı. Gelişmemiş ülkelerde, refah devletlerindeki devlet-

vatandaş ilişkilerinden farklı olarak, insanların devlet karşısındaki konumu, haklarla temellenmiş vatandaşlık statüsü değil "yönetilen nüfus" olarak tanımlanmasıdır (Chatterjee, 2004'den aktaran Buğra, 2013, 86). Bu ülkelerde insanları geçinmesi,formel alanda tanımlanmış ücretli emek ilişkilerinden ziyade kırsal topluluklara özgü kişisel ve enformel ilişkiler vasıtasıyla sağlanır. Devletin bireyle kurduğu ilişki yasal bir zeminden çok enformel koruma biçimleri şeklindedir. Fakat Türkiye'de 1980'lerden itibaren zirveye çıkan sosyal sorunlara Yeşil Kart ya da 2000'ler sonrası alınan bazı kurumsal sosyal güvenlik önlemleri ile müdahale edilmesi ülkenin refah sistemini Güney Avrupa refah modeline yaklaştırmaktadır. Önce 1992'de yasalaşan Yeşil Kart uygulaması daha sonra AKP hükümetleri tarafından hayata geçirelecek GSS uygulamalarıyla, sağlık hizmetlerinde kısmi de olsa bazı hakların tanımlanarak evrenselliğin arttırılmaya çalışılması, vatandaşlık statüsünde ilerleme olduğuna işarettir.

Merkez kapitalist ülkelerdeki refah devleti uygulamalarının, Latin Amerika ülkeleri ve Türkiye'deki karşılığıulusal kalkınmacılık yaklaşımıdır. Neoliberal küreselleşme sürecinden önceulusal kalkınmacılık dönemi geçiren bu ülkeler için ortaklaşan özelliklerden biri, çalışan nüfus oluşturan herkes için geçerli ortak bir devlet-fert ilişkisinin tanımlanamamasıdır. "Eşitsiz korporatist" (Buğra, 2013, 87) yapıda bir sosyal güvenlik sisteminin varlığı, formel sektör ya da kendi hesabına çalışanların devletle kurduğu ilişkiyi eşitsiz bir hale getirmektedir."Eşitsiz korporatist" yapıya ek olarak sosyal sigorta kapsamı dışında kalan büyük bir nüfusun varlığı da göz önünde tutulunca, Türkiye'nin korporatist modele benzediği söylemek zorlaşmaktaydı.İkinci Dünya Savaşı'ndan sonraki sosyal politika uygulamalarıyla, Türkiye'nin Güney Avrupa modeline yaklaştığı düşünülmekle birlikte; 1990'lardan sonra sosyal sorunlarla ilgili önlemler alınmaya başlanmasıyla, Türkiye'nin refah yapısını Güney Avrupa modeli altında incelemek daha çok kullanıma girmiştir.

2.3. Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması

Kamu sağlık hizmetlerinin ortaya çıktığı 19. yüzyılın sonlarına kadar, hastalıklarla yüz yüze kalan kişiler ya kendi maddi imkanlarıyla özel doktorlardan hizmet alabiliyor ya da kilisenin verdiği sağlık hizmetlerinden faydalanıyordu. Erken kapitalizm sürecinde, yerel yönetimlerin kısıtlı hibeleriyle ayakta duran az sayıda hastanenin, yoğunlaşan sosyal soruna çözüm üretmesi mümkün değildi. Devletlerin

kamusal sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli roller almaya başlaması ancak 19. yüzyılın sonlarında gerçekleşmiştir. Almanya'da 1883'te düşük ücretli işçilerin sağlık giderlerinin karşılanması için işçi ve patronların primleriyle kurulan fonlar bir ilk olduğu için tarihsel öneme sahiptir. Bugünün refah kapitalizmlerinde, 1880 yılına kadar herhangi bir kurumsal sağlık hizmeti bulunmuyorken, 1980 tarihine gelindiğinde tüm nüfusa sağlık hizmetlerine erişim imkanı veren sağlık sistemlerine ulaşılmıştır. Aradan geçen süre içerisinde sağlık hizmetlerinin finansman ve sunumunda kamunun payının artmasıyla, sanayileşme, kentleşme ve demokratikleşme arasında bir bağlantı bulunmaktadır (Freeman 2000'den aktaran Günal, 2008, 73-74).

Devletlerin sağlık hizmetlerinin sunumu finansmanındaki sorumluluğunun, esasen Keynesyen ekonoimi politikaları ve bu politikalara uyumlu olarak İkinci Dünya Savaşı sonrasında ortaya çıkmaya başlayan refah devleti ile artışa geçtiğini biliyoruz. Bahsi geçen yıllarda ilk değışim İngiliz sağlık sisteminde yaşanmıştır ve dönemin refah anlayışının, sağlığa nasıl yansıyacağını ifade etmesi bakımından önemlidir. Bu sağlık sistemine adını da veren 1942 tarihli Beveridge Raporu ile tıbbi bakım hizmetlerinin doğru yapılanan bir sosyal güvenlik sisteminin üç önemli ayağından birini oluşturduğu ifade edilmiştir. Akabinde 1944'te hükümet tarafından yayınlanan White Paper'da bütün vatandaşların yaşından, cinsiyetinden, mesleğinden bağımsız olarak nitelikli tıbbi bakımdan eşit şekilde yararlanma hakkına sahip olduğu vurgulanmıştır. Bu düzenlemeler hazırlığı yapılan ulusal sağlık sistemine geçiş ise 1948 yılında gerçekleşmiştir. Vergiye dayalı Beveridge sistemi olarak da adlandırılan ulusal sağlık sistemi ile, genel vergiler finanse edilen ve nüfusun tümünü kapsayan sağlık hizmetleri verilmeye başlanmıştır. Geç kapitalistleşen bir ülke olmasına rağmen, aynı tarihlerde, Türkiye de refah devletlerindeki gelişmelerden etkilenecek sağlık hizmetlerinde kurumsal gelişmeler görülmeye başlanmıştır. Koruyucu sağlık hizmetlerine, 1920'de Sağlık Bakanlığı'nın kurulması ile başlansa da tedavi edici sağlık hizmetlerine ancak İkinci Dünya Savaşı sonrası yıllarda eğilebilmiştir. SSK 1945 yılında kurulmuş; 1946 yılında iş kazası, meslek hastalığı sigortacılığı, 1951 yılında da hastalık sigortacılığı başlatılmıştır (Belek, 2016, 164). Görüldüğü üzere Türkiye'de İngiltere'deki gibi genel vergilerle finanse edilen ve tüm nüfusu kapsayan ulusal sağlık sistemi yerine sosyal sigorta sistemi tercih edilmiştir.

19. yüzyıldan itibaren gelişen sosyal güvenlik sistemleri, kapsanan nüfusun genişlemesi ve finansman ve sunumunda kamunun payının artması ölçüsünde sağlık hizmetlerini metadışlaşma eğilimine sokmuştur. Bu süreçte devletlerin sağlık hizmetlerinde aldığı roller birbirinden farklılaşabilmektedir. Literatürde sağlık sistemleri ile pek çok sınıflandırma bulunmakla birlikte bu çalışmada Roemer'in (1993) devletin sağlık hizmetlerinde aldığı sorumluluğa göre yaptığı sınıflandırmadan faydalanılacaktır.

Bu sınıflandırmaya göre sağlık sistemleri: serbest piyasa tipi, refah yönelimli, kapsayıcı tip ve sosyalist tip olarak tipolojilere ayrılmıştır. Bu sınıflandırmada bulunan her sağlık sistemi; kapsam, finansman ve hizmet sunumu gibi kriterler açısından değerlendirilerek birbirinden farklılaşmaktadır. Devletin, sağlık hizmetlerinde, en az sorumluluk üstlendiği tipten başlayacak olursak; serbest piyasa tipi sağlık sistemlerini karakterize eden özellikler şöyledir: Sağlık hizmetlerine ulaşmak isteyenler ya doğrudan bu harcamaları kendisi yapar ya da özel sağlık sigortaları yarı doğrudan bir şekilde yapmaktadır; yani sağlığın finansmanı özel sigortalar ağırlıklı olmak üzere serbest piyasa koşullarında yürütülmektedir, hizmet sunumunun büyük bir kısmı özel sektörün elindedir ve sağlık güvencesinin kapsamını özel sağlık sigortaları oluşturmakta; kapsam dışında kalan önemli bir nüfus bulunmaktadır. Bu sistem sağlığın finansmanını sağlayan kuruluşlar, sağlık sunucuları ve kullanıcılarının koordinasyonu serbest piyasaya terk edilmiştir (Günal, 2008, 72). Bu sağlık sistemine sahip ülkelerden bazıları: ABD, Filipinler ve Kenya'dır.

Refah yönelimli sistemin temel özelliği, sağlık hizmetlerine olan ihtiyacın çalışanların primleri üzerinden karşılanması ve bu yöntemin dışarıda bıraktığı alanının devlet tarafından vergilerle finanse edilmesidir. Refah yönelimli sağlık sistemleri zorunlu sosyal sigortalar ağırlıklı oluşmaktadır. Kamusal sağlık harcamalarının büyük bir kısmı zorunlu sigortalarla karşılanmakla birlikte, genel bütçeden de desteklenmektedir. Sağlık hizmetlerinin kamu ve özel sektörün birlikteliği ile sunulması söz konusudur. Kamu koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunun tamamını üstlenirken; tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunumunda ise özel sektörle birlikte bulunmaktadır. Almanya, Fransa, Avusturya, Belçika, Hollanda, İsviçre ve Türkiye gibi ülkeler bu sağlık sistemini benimsemiştir. Bu sisteme sahip olan refah devletlerinde sağlık hizmetlerinin kapsamı zamanla nüfusun

tamamına erişse de, refah devleti geçmişi olmayan Türkiye gibi ülkelerde, kapsam uzun bir süre sadece formel sektör çalışanları ve kendi hesabına çalışıp primini ödeyenler ile sınırlı kalmıştır.

Metadışlaştırma eğiliminin en kuvvetli gerçekleştiği ve vatandaşlık statüsünün nitelikli sağlık hizmetlerine ulaşmak için yeterli olduğu sağlık sistemi, kapsayıcı tip olarak adlandırılmıştır. Bu sistemde sağlığın finansmanı genel vergilerle sağlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumu için kullanılan hastaneler dahil tüm imkanlar kamunun mülkiyetindedir ve sağlık çalışanları kamu tarafından istihdam edilmektedir. Bu sistemi kapsam konusunda özel kılan ise evrensel bir yapıya sahip olmasıdır. İngiltere ve İskandinav ülkeleri dışında İspanya, Yunanistan, Portekiz ve İtalya gibi Güney Avrupa ülkelerinde de kapsayıcı tip sağlık sistemleri benimsenmiştir (Cevahir, 2016, 46-55).

Kısaca refah rejimleri ile sağlık sistemleri arasındaki ilişkiye değinecek olursak; Esping-Andersen'in sınıflandırmasındaki refah rejimi tiplerinin sağlık sistemleri ile büyük oranda çakıştığı söylenebilir. Sosyal demokrat refah rejimlerinde, kapsayıcı sağlık sistemleri ya da ulusal sağlık sistemleri; korporatist refah rejimlerinde refah yönelimli ya da Bismarkçı sosyal sigorta sistemleri; liberal refah rejimlerinde ise piyasa tipi sağlık sistemi bulunmaktadır. Ama İngiltere ve Kanada gibi liberal refah rejimine sahip olup, ulusal sağlık sistemini benimseyen ya da İtalya, Portekiz, Yunanistan ve İspanya gibi korporatist modeli benimseyip ulusal sağlık sisteme geçiş yapan ülkeler de mevcuttur. Bu örneklerden, sağlık hizmet alanının kendine has dinamikleri olduğu ve sağlık sistemlerinin, refah rejimlerinin bir alt kümesi olmadığı sonucuna ulaşılmaktadır (Günel, 2008, 70-71). Örneğin Türkiye'nin, Güney Avrupa refah rejimi altında incelenebileceği ve refah yönelimli yani sosyal sigorta temelli bir sağlık sistemine sahip olduğu düşünülmektedir. Fakat sağlık sisteminin tipi ile ilgili yapılan bu tespit, uzun süre kağıt üzerinde kalmıştır; çünkü Türkiye'de formel sektör çalışanlarının oranı düşüştür; bu yüzden sosyal güvenliği prim tabanı dardır. 2008 yılında Türkiye'deki prim ödeyemediği için kapsam dışı kalan nüfus beş milyona ulaşmıştır (Belek, 2016, 183). Türkiye, sosyal sigorta temelli bir yapı olmakla birlikte, 1992'de uygulanmaya başlayan Yeşil Kart uygulaması vergiye dayalı bir düzeni sosyal güvenliğe dahil etmiştir.

Literatürde sağlık sistemleri sınıflandırmaya çalışılsa da çoğu sistem melez özelliklere sahiptir. Bunun yanısıra gerek refah devletlerinde gerekse bu deneyime

sahip olmayan ülkelerde sağlık sistemlerinin -farklı nedenlerle- sürekli dönüşmekte olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Örneğin korporatist refah rejimine sahip olan İtalya, Portekiz, Yunanistan ve İspanya'da, 1970'lerin sonundan itibaren Bismarkçı sosyal sigorta sisteminden, (Beveridge) ulusal sağlık sistemine geçişler başlamıştır. İtalya, Portekiz, Yunanistan ve İspanya sırayla; 1978,1979, 1983 ve 1989 yıllarında genel vergilerle finanse edilen sağlık sistemlerine geçilmiştir (Belek, 2016, 184-185). Bahsi geçen ülkelerdeki evrenselleşme eğilimlerinin aksine,neoliberal küreselleşme süreci pek çok ülkede refah rejimlerinin dönüşümü için bir baskı oluşturmuş; sağlık alanında da -özellikleri ne olursa olsun- ülkelere, benzer politika çerçevesine sahip reformları dayatmıştır. Bu gelişmeler sonucu prime dayalı sosyal sigorta, vergiye dayalı ulusal sağlık sistemleri ve özel sektör kaynaklı özel sigorta sistemleri arasındaki farklıların törpülenerek benzer bir sağlık sistemine doğru gidildiği de öne sürülmektedir (Keyder ve diğ., 2007, 8; Giarelli, 2007, 185-212; Freeman, 2007, 213-226).

2.4. Neoliberal Küreselleşmenin Etkisine Girerken Sağlık Hizmet Alanı Politikaları

1970'lerle birlikte gelişmiş refah kapitalizmlerinin sosyal politikalarında bir değişim gözlenmeye başlanmıştır. Küresel ekonomide bazı değişimlerin başladığı yeni dönemde, sosyal politika alanında maliyetlerden kaynaklı bir krizin olduğu iddiası dolaşıma sokulmuştur. Başta maliyetlerin artışı olmak üzere çeşitli nedenlerden dolayı krize girdiği iddia edilen alanların başında sosyal güvenlik ve sağlık hizmet alanı gelmektedir. Sağlık teknolojisinin gelişmesi, nüfusun yaşlanması, insanların sağlıktaki beklentilerinin artması sebebiyle harcamaların artışının, sağlık alanında bir krizi başlattığı ileri sürülmüştür. Varlığı tartışmalı olan bu kriz tespiti vesilesiyle, 1980'lerden itibaren, farklı sağlık sistemlerine sahip yada değişik ekonomik gelişmişlik seviyesinde bir çok ülkede, sağlık sistemlerinin reforme edilmeye başlandığı görülecektir.

Neoliberal olarak adlandırılan dönemde, sağlık hizmetleriyle ilgili büyük resmi, maliyetlerden kaynaklı bir krizin baş gösterdiği ve sadece piyasa ideolojisinin önerdiği politika değişiklikleriyle bu krizin çözülebileceği cümlesiyle açıklayabiliriz. Sağlıkta kriz ve çözümü için önerilen reformların arkasındaki unsurlar: ekonomik,

ideolojik ve sağlık alanına özgü sorunlar olarak gruplandırılabilir (Ağartan, 2007, 39-47).

Sosyal gúvenlikte krize sebebiyet veren ve reformu gerekli kılan ekonomik unsurların başında, liberalleşme, küreselleşme ve devletler arasında yeni bir işbölümünün ortaya çıkması bulunmaktaydı. Refah devletlerinde, artan rekabet koşullarına uyum sağlayabilmek ve yatırımları kaçırmamak için sosyal harcamaların kısılması gündeme getirilmiştir. Devletlerin, Avrupa Birliği'ne katılım şartlarını sağlamak için sosyal gúvenlik sistemlerini ve sosyal koruma harcamalarını yeniden yapılandırmaları bu durumun örneklerinden biridir. Ayrıca bu dönemdeki önemli gelişmelerden biri yeni küresel işbölümü sayesinde, hizmet sektörünün önem kazanması ve sağlığın da bir hizmet sektörü olduğu düşünülerek yeniden yapılandırılmaya açık hale getirilmesidir. Aynı dönemde, istihdam sistemindeki değişimler de çalışma üzerine temellendirilmiş sosyal gúvenlik sistemini olumsuz etkilemiştir. Çünkü tam istihdamdan, düzensiz ve esnek istihdama geçildiği ölçüde formel sektör çalışanlarının vergileri ve primleriyle işleyen sistemde aksamalar olmaya başlamıştır. Sosyal gúvenlik sistemini zorlayan koşullardan sonuncusu ise nüfusun yapısındaki değişimdir. Bu dönemde, düşen doğum oranları ve gelişen refah sayesinde yaşlanan nüfusun,sağlık harcamalarını yükselttiği ve sosyal gúvenliđin sürdürülebilirliğini krize soktuğu düşünölmektedir.

Küresel ekonomik değişimi farklı bir açıdan açıklayan birikim modeli yaklaşımı da bu anlatılanlara paraleldir. Sağlık hizmetlerini de kapsayan refah devleti uygulamalarının yerleşmeye başladığı tarihten otuz sene sonra, Fordist birikim rejiminin yerini esnek üretime biçimine bıraktığını görölmektedir. Üretim biçiminde yaşanan bu dönüşüm refah rejimlerini de baskı altına almıştır çünkü refah devleti modeli, kitle üretim mallarına olan talebin kitle tüketim mallarıyla karşılandığı Fordist üretimin arz ve talebin yapısı arasındaki dengeyi koruma mekanizmaları ile uyum göstermekteydi (Buğra ve Keyder, 2013, 13). Fordist üretim modeli işsizliği büyük oranda azaltıyor; bireylere tam zamanlı ve düzenli iş imkanları sağlıyordu. Bu ise sosyal sigorta primlerine yaslanan sosyal gúvenlik sistemlerini ayakta tutan mekanizmaydı. Esnek üretimle birlikte farklı bir istihdam biçimine geçilince, bu uyumlu yapı bozularak savaş sonrasında oluşın sosyal politika anlayışında değişim gündeme geldi.

Aslında yaşananın, sağlık hizmetlerinin değil kapitalizmin yapısal krizinden kaynaklandığını ve kapitalizmin yeni değerlenme alanları yaratmak adına, sağlık hizmetlerini refah devleti deneyiminden farklı olarak yeniden metalaşma sürecine sokmaya ve yeni bir sermaye birikim alanı haline getirmeye çalışılmasından ibaret olduğunu iddia eden çalışmalar da bulunmaktadır (Hamzaoğlu, 2017, 21-42; Leys, 2011, 15-42).Sağlık hizmetlerine olan talebin boyutu, genişleme potansiyeli ve kısıktırılabilirliği fark edildikten sonra sağıkta reform adı altında tüm dünyada hayata geçirilen uygulamalarla, sağığın sermaye birikimine uygun hale getirecek düzenlemeler yapılmıştır.

Başlangıçta da belirttiğimiz gibi sağıktaki krizi aşmak için piyasa ideolojisinin önerdiği çözüm önerilerine alternatıfsız olarak yaklaşılmaktadır. Sağık reformlarının küresel olarak etki göstermesinde ekonomik gelişmelerin yanında ve onun tamamlayan ideolojik dönüşümlerde bulunmaktadır. 1970'lerden itibaren, sosyal haklar ile temellendirilmiş vatandaşlık statüsü zayıflatılırken; neoliberal ve neo-muhafazkar düşüncelerin baskın hale geldiği görülmektedir (Özkazanç, 2007, 15-57)

Refah rejimlerinde aile ya da piyasadan ziyade refahı sağlamada devletin baskın bir rolü vardı. Piyasa ideolojisi, devletin baskın rolünü değışmesi yönünde eleştiriler getiriyor, kamu hizmetlerini verimsiz buluyor ve kamu sektörü kaynaklı çözümlerin geride kalması gerektiğini dayatıyordu (Ağartan, 2007, 42). Sağık ve diğere sosyal politika uygulamalarının, kamu yerine piyasa tarafından yerine getirildiğinde daha iyi ve verimli olacağı düşüncesi hakim kılınmaya çalışıldı. Bu dönemin dikkat çekici diğere gelişmeleri, piyasa anlayışı doğrultusunda, doktorların mesleki otoritelerinin sorgulanması, hasta-hekim ilişkisinin hasta lehine dönüşmesinin sağlanmaya çalışılması ve en önemlisi artık müşteri olarak tanımlanan hastaların tercihlerinin hekimleri "hizaya getireceğinin" düşünülmesiydi.

Sağık reformlarının içeriğini belirleyen piyasa ideolojisinin bazı taşıyıcıları vardı. Neoliberal politikalar, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere bazı aktörler aracılığıyla yayılıyordu. Bu aktörlerden ön plana çıkanlar, Dünya Bankası, Dünya Sağık Örgütü ve OECD gibi uluslararası kuruluşlardır.DB, 1946 tarihinde Birleşmiş Milletler'e bağlı bir uluslararası ekonomik kuruluş olarak kurulmuş fakat 1980'lerle birlikte bu kimliğinden sıyrılarak bilgi kuruluşuna dönüşmeye başlamış; yapısal uyum programlarının uygulamaya geçirilmesinin yürütücülüğüne soyunmuştur. Sağık hizmet alanında uygulanacak reformların içeriğini belirleyen kuruluşa, IMF ve DSÖ

de eşlik etmektedir (Hamzaoglu, 2017, 28). DB'nın bahsi geçen bu işlevlerini sürdürdüğü ve Türkiye'de uygulamaya konulan sağlık reformlarında benzer role sahip olduğu görülecektir.

Buraya kadar, neoliberal dönemde gündeme giren sağlık reformlarının çerçevesini belirleyen unsurlar olarak küresel ekonomik dönüşümler ve bunu tamamlayan ideolojik sebeplere değinilmiştir. Her ne kadar gerek gelişmiş gerek gelişmekte olan ülkelerde, sağlık alanında yapılan reformlar, ekonomik ve ideolojik unsurlarlaşıkillense de sağlık alanına özgü sorunların da reformların niteliğini etkilemektedir. Hastalık profillerinin değişmesi, demografik dönüşümler ve tıp teknolojisindeki ilerlemeler hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerdeki ortak gelişmelerdir. 20. yüzyılın ortasında gerçekleşen epidemiyolojik devrim sayesinde insanların bulaşıcı ve akut hastalıklardan hasta olması ya da ölmesi büyük oranda son bulmuş; bunların yerini kanser ve kalp hastalıkları gibi kronik hastalıklar almıştır. Bu dönüşümün neticesinde erken yaşlarda ölümlerin önüne geçilse de ileriki yaşlarda karşılaşılan kronik hastalıkların artması sağlık hizmetlerine olan talebi arttırmıştır. Ayrıca gelişen tıp teknolojisinden haberdar olan hastaların sağlık hizmetlerinden beklentileri de yükselmiştir. Tüm bu gelişmeler kurumların sağlık harcamalarını arttırdığı ölçüde yeni düzenlemeleri kaçınılmaz kıldığı öne sürülmektedir.

Piyasa ideolojisinin, reformların gerekçesi olarak gösterdiği kamusal hizmetlerin verimsiz olduğuna ve maliyetlerin artmasına neden olan sağlık alanına özgü sorunların varlığına eleştirel bir şekilde yaklaşan çalışmalar da bulunmaktadır (Mullen, 1999'dan aktaran Leys, 2011, 34).Neoliberal düşünce, insanların sağlık hizmetlerinden beklentilerinin artması, nüfusun yaşlanması ve sağlık teknolojisindeki gelişmelerden ötürü giderlerin düzenli olarak artma eğiliminde olduğu için sağlığa olan talebi sınırsız hale geldiği varsayımında bulunmaktadır. Bu varsayım ise otomatik olarak reformlarla giderlerin kısılması gerektiği sonucuna varıyordu. Reformların arkasındaki diğer temel gerekçe kamusal sağlık hizmetlerinin verimsiz olması ve verimliliğin ancak özel sermaye hizmetleri marifetiyle sağlanabileceği iddiasıydı. Mullen'e göre talebin sınırsız olması söz konusu değildir; çünkü insanlar ve ihtiyaçları sınırlı sayıdadır ve çoğu zaman tıbbi yardıma başvuruları sınırlı sayıda olmaktadır. Bir hizmetin ücretsiz olarak sunulduğunda sınırsız talebin oluşacağına ilişkin iktisat teorisi varsayımı, sağlık alanı için geçerli değildir. Ayrıca sağlıktaki maliyetler de sorgulanmalıdır; örneğin benzer bir ilaç İngiltere'de 500 pound iken

Hindistan'da 67 pound olabilmektedir (Smith, Frankel ve Ebrahim, 1998'den aktaran Leys, 2011, 34). Ayrıca yaygın tedavi türlerinin çoğunun makul miktarlara karşılanabileceğini araştırmalar ile ispatlanmıştır. Buna ek olarak sağlık teknolojilerinin maliyetleri arttırdığı savı da dayanaksızdır. Örneğin bir çok cerrahi gelişme, hastanede yatılan gün sayısını azaltmış ya da sıfıra indirerek giderlerin düşmesine vesile olmuştur. Sağlık alanında yeni üretilen teknolojilerin kısa zamanda tekel olmaktan çıktığı ve bu yüzden fiyatının hızla düştüğü de göz önünde bulundurulmalıdır. En çok dile getirilen nüfusun yaşlanması yüzünden maliyetlerin artması hususuna gelecek olursak; bu varsayım da tartışmalıdır zira yaşanan süre uzadığında sağlık geçirilen gün sayısı da artmaktadır ve zaten sağlık harcamaları her halükarda insan ömrünün son yıllarına sıkışmaktadır. Sonuç olarak sağlık harcamaları sınırlı olmakla birlikte; harcama düzeyi de nesnel bir ölçüte dayanmamakta, politik olarak belirlenmektedir.

Reformları arkasındaki gerekçelerden biri maliyetlerin artmasıyken diğeri de kamusal hizmetlerin verimliliğini sorgulayan görüşlerdir. Kamusal sağlık hizmetlerinin verimsiz; kar odaklı sağlık hizmetlerinin ise verimli olduğu iddiası da tıpkı maliyetlere ilişkin varsayımlar gibi nesnel açıdan bir anlam ifade etmemektedir. Örneğin, ABD'de yapılan bir araştırmada, Amerikan Sağlık Koruma Kuruluşları (HMO) bünyesindeki kar amaçlı şirketlerle gütmeyenler karşılaştırıldığında; neoliberal iddianın aksine kar amacı gütmeyen kuruluşların on dört hizmet kalite göstergesinde daha yüksek puan almıştır. Kar amacı gütmeyen kuruluşlar sadece kalite bakımından değil kaynakların daha verimli kullanılması açısından da kar amaçlı şirketlerden daha iyi noktadadır. Bu da özel kuruluşlar arasındaki rekabetin verimi arttıracak varsayımını yanlışlamaktadır (Leys, 2011, 32-37). Ayrıca özel sağlık kuruluşları yarattıkları bürokratik yük bakımından da daha maliyetlidir. Günümüzde ABD'de sağlık hizmetlerinin idaresine toplam kaynakların üçte biri ayrılırken; piyasalaşma süreci başlamadan önce İngiliz ulusal sağlık sisteminin idari süreçler için ayırdığı pay %5 olmuştur.

Gelişmekte olan ülkeler de ise hem epidemiyolojik dönüşüm tam olarak tamamlanamamış hem de kronik hastalıklarla mücadele edilmeye çalışılmıştır (Leys, 2011). Özellikle kırdan kente olan göçün artması sosyal güvenliğe sahip olmayan kitlelerin sorunlarını daha da derinleştirmiş; kıt kaynaklara sahip olan sosyal güvenlik sistemlerindeki krizi arttırmıştır. Bu arada tıp teknolojisindeki ilerlemeler

tüm dünyada hızla yayılıp harcamalar arttırırken; gelişmekte olan ülkelerde farklı bir problemi oluşmasına sebep olmuştur. Bu ülkelerde, gelişmiş dünyadan farklı olarak tıbbi cihazların ve personelin daha eşitsiz dağılması söz konusu olmuş ve sağlık hizmetlerine kolay ulaşılmasında kentlerle kırsal kesimler arasında bir uçurum oluşmuştur (Ağartan, 2007, 47).

Yukarıda anlatılan nedenlerden ötürü krize girdiği düşünülen sağlık hizmetleri için üretilen reform girişimlerine geldiğimizde ise farklı özelliklere sahip pek çok ülkede benzer çözümlerin hayata geçtiğini görüyoruz. Gelişmişlik düzeyi fark etmeksizin; Küba, Venezuela ve Kore Demokratik Halk Cumhuriyeti hariç neredeyse tüm ülkeler için maliyet artışından kaynaklı bir sağlık krizi tespiti yapılmış ve içerik olarak temelde aynı hususları barındıran sağlık reformları önerilmiştir (Hamzaoglu, 2017, 32). Ülkelerin uygulamaya koyduğu reformlar genel benzer hususlar üzerinde duruyordu: "sosyal güvenlik sistemlerinin yeniden yapılandırılması (çoğunlukla sosyal güvenlik kurumlarının birleştirilmesi); hizmet sunumu ve finansmanının birbirinden ayrılması; kamu sektörü dışında kalan kurumların ve aktörlerin katılımının teşvik edilmesi; piyasa mekanizmalarının daha çok kullanılmaya başlanması ve yerinden yönetime dayalı bir sistemin kurulması (Green, 1999; Standing 1999'dan aktaran Ağartan, 2007, 47). Önerilen reform paketlerinin neredeyse tümünde bu maddelerde ortaklaşıldığı görülmektedir. Örneğin ek kaynak yaratarak sistemin finansmanını sağlamak adına, -Türkiye'de de yaşanacağı üzere- gelişmekte olan ülkelerin tümünde ulusal sağlık sistemi yerine sosyal sigorta sistemi tercih edilmiştir.

Neoliberal dönemde yaşanan sağlık reformlarının en karakteristik politikalardan biri sağlık hizmetlerinde finansman ve sunumun birbirinden ayrılmasıdır. Reformların hayata geçtiği bütün ülkelerde, çoğunlukla kamuya ait olan finansman kurumu kamu ya da özel sektörde bulunan sağlık hizmet sunucularından hizmet alması kararlaştırılmıştır. Bazı çalışmalara göre bu durum, benzer sorunlara benzer çözüm önerilerinin getirilmesinden ve ülkelerin birbirinden öğrenme sürecinin sonucudur bazı çalışmalara göre ise Dünya Bankası ve diğer uluslararası kuruluşların etkileri esas etkindir (Hamzaoglu, 2017; Güzelsarı, 2012; Yenimahalleli Yaşar,2012).Sağlık reformlarında sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili bir diğer politika değişikliği katkı pay uygulamasıdır. Ek kaynak yaratmak ve hizmetlerin gereksiz kullanımını önleyebileceği iddiası ile yaygınlaştırılan uygulama, reformların en tartışmalı

öğelerinden biridir. Tartışmalıdır; çünkü refah devletlerinin ortaya çıkışından itibaren sağlık hizmetleri metadışı alana taşınma eğilimine girmiş; fakat katkı payı benzeri uygulamalarla tekrar metalaşmaya başlamıştır.

Reformların sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ile ilgili olarak önerdiği en önemli politika değişikliği, halk sağlığı ve birinci basamak sağlık hizmetlerini geliştirilerek maliyetleri çoğaltan ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine olan talebi azaltmaktır. Bu değişimi sağlayabilmek adına sevk mekanizmasının kuvvetlendirilmesi ve birinci basamağın yeniden düzenlenmesi önerilmiştir. Sağlık çalışanları için performans sisteminin getirilmesi de aynı reformlarla sağlık hizmet alanına girmiştir.

Küresel sağlık reformlarının, -gelişmişlik seviyesi fark etmeksizin- uygulandığı tüm ülkelerde bazı ortak sonuçlarının olduğu görülmektedir. Sağlık reformları vesilesiyle gerçekleştirilen politika değişiklikleri sayesinde, kamunun sağlık hizmetlerinde oynadığı rolü değiştirmekte olduğu sonucuna varılabilir. Devlet finansman ve düzenleme alanlarındaki önemi korurken sağlık hizmetlerinin sunumundaki payı azaltılmaya çalışılmaktadır. Kamunun düzenleme ve finansman alanları dışında geri çekilmesi, finansman ve hizmetin birbirinden ayrılması, hastane yönetimlerin özerkleştirilerek, profesyonellere bırakılması; Sağlık Bakanlığı'nın görevlerinin yeniden tanımlanması ve sağlık alanındaki bazı sorumlulukların yerel yönetimlere devredilmesi ile gerçekleştirilmeye çalışılmıştır. Benzer süreçleri yaşayan ülkelerde devlet, hizmet sunumunu özel sektöre ya da sözleşmeli doktorlara bırakarak; düzenleme ve denetleme alanına doğru çekilmiştir (Ağartan, 2007, 49).

Devletin rolündeki değişimin dışında, sağlık reformlarını tartışmalı hale getiren sonuçların, sağlık hizmetlerinin metalaşması ve sağlığın sermaye birikim alanı haline getirilmesi olduğu düşünülmektedir. Refah devleti döneminde vatandaşlık statüsü aracılığıyla meta alanından çıkarılmış ve herkese hak olarak verilmiş hizmetler piyasalaşmaya başlamıştır. Bununla birlikte bu dönemde sağlık harcamalarının azalmadığı; sadece kamunun rolünde değişimler olduğunu öne süren çalışmalar da mevcuttur. Sağlık alanı, küresel ekonomik değişimlerden ya da bir başka deyişle kapitalizmin yapısal krizlerinden kaynaklı bir metalaşma sürecine girse de özellikle refah devleti geçmişi olan ülkelerin bu eğilimi yavaşlattığı gözlenmektedir. Keynesyen ve ulusal kalkınmacı ekonomi politikalarının geri bırakıldıktan sonra istihdam yapısının değişimi, çalışma ve geçim arasındaki bağlantıyı kopardığı için

sosyal koruma harcamalarının artış eğilimine girdiği görülmektedir. Neoliberalizm kamu hizmetlerini piyasalaştırılması yönünde baskılsa da özellikle refah devlet deneyimi olan ülkelerdeki toplumların beklentileri, sosyal güvenlik sisteminden saf piyasacılığın istediği oranda ödün verilmesini önlemektedir.

1970'lerden başlayarak gelişmekte olan ülkelerde, ekonomik krizlerin derinleştiğini ve IMF gibi kurumların politik dayatmaları ile bu ülkelerin sosyal harcamalarda kısıtlamaya girmesi sebebiyle sosyal güvenlik sistemleri üzerinde daha büyük bir baskı oluşmuştur. Fakat 1990'lardan itibaren, neoliberalizmin saf piyasacı dayatmalarından vazgeçilerek; DB'nın sosyal risk yönetimi politikalarına geçilmiştir. Ekonomik krizler, kırdan kente göç ve yoksulluk gibi nedenlerle sosyal sorunların derinleştiği ülkelerde DB'nın refah yönetişimi politikaları doğrultusunda en yoksulları hedef alan politikalar hayata geçirilmiştir. Gelişmekte olan ülkelere önerilen sağlık reformlarının her ne kadar piyasacı bir karakteri olsa da en yoksul kesime yönelik olarak sağlık hizmetlerinin kapsamının genişlediği görülmektedir. Gelişmekte olan ve "yoksul güneye" mensup ülkelerdeki sağlık reformları neoliberal tahribatı çekilir kılan önlemlerden biri olarak düşünülebilir. Fakat bu gelişmeler neoliberal politikaların çerçevesinde gerçekleştiği için belirli sınırlılıklara sahiptir. Küresel sağlık reformları, piyasa odaklı olmaları; ihtiyaç tespitini ve prime dayalı sistemleri dayatmalarından ötürü tartışmaların odağında olmaya devam edeceklerdir.

Bu bölümde neoliberal politikaların etkisine giren refah rejimleri ve onun da özelinde sağlık hizmetlerinde yaşanan küresel gelişmeler incelenmeye çalışıldı. Küresel ekonomik dinamiklerden, piyasa ideolojisinin -bu ideolojinin taşıyıcı kurumlarının- ve sağlık alanı özgü sorunlar üzerinde durularak; sosyal güvenlik ve sağlık sistemlerinin krize girdiği iddiaları tartışıldıktan sonra küresel ölçekte tüm ülkeleri etkisine altına alan sağlık reformlarının özelliklerine değinilmiştir. Bir sonraki bölümde oluşturulacak tarihsel arka planla, Türkiye'nin, SDP öncesinde sosyal güvenlik ve sağlık alanında sahip olduğu nitelikler üzerinde durulacaktır. Bu anlatı, sağlık hizmetlerinde, dönüşümün öncesi ve sonrası arasında bir karşılaştırma yapmayı ve dönüşüm sonrasındaki sosyal güvenlik sistemine miras kalan özellikleri anlamamızı yardımcı olacaktır.

3. CUMHURİYET KURULUŞUNDAN SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMINA KADAR UYGULANAN SAĞLIK HİZMET ALANI POLİTİKALARI

Çalışmamızın odak noktasını 2003 yılında açıklanan Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrası gelişmeler oluşturduğu için Türkiye'nin sosyal politikalarını ve sağlık sisteminin tarihsel gelişimini incelemek gerekmektedir. Bir ülkenin mevcut sağlık sisteminin ya da politikalarının niteliklerini etkileyen faktörler arasındadünyadaki reform dalgası dışında tarih boyunca ülke içinde alınan politik kararlar da bulunmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulamaya geçilmesinin arkasında küresel eğilimlerin olduğu ya da sağlık hizmet alanını sermaye birikimine açmak amaçlandığı gibi savlar kabul edilebilir olsa da sağlık reformlarının arkasındaki kamuoyu desteğini göz ardı edilemez⁷ ve bu desteğin nedenleri Cumhuriyet tarihi boyunca uygulanan sağlık politikalarında gizlidir. Bu yüzden Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrasını incelerken erken cumhuriyetten itibaren sağlık hizmetlerinin nasıl geliştiği ya da 1980'lerde sosyal güvenliği krize girmesi, parçalı ve hiyerarşik sosyal güvenlik sisteminin nasıl kurumsallaştığı gibi konulara eğilmek gerekmektedir.

Reform öncesi sağlık politikalarını incelenmesine tarihsel olarak yapılan bir dönemselleştirme yardımcı olacaktır. Sağlık hizmet alanı politikalarına yoğunlaşmış literatürde Türkiye sağlık politikalarını incelemek için farklı dönemselleştirmeler kullanılmıştır. Örneğin Cevahir (2016) küresel ekonomik gelişmeler ve bu gelişmelerin ülke ekonomisine yansımalarını dikkate alarak bir dönemselleştirme yapar.⁸ Sağlık hizmet alanında yaşanan gelişmeleri, Günal (2008)⁹, Yıldırım(2013)¹⁰,

⁷AKP'nin iktidara gelmeden önceki seçim stratejisini en önemli ayaklarından biri sağlık reformu vaadidir.

⁸ İzlenen iktisat politikaları temel alınarak 1.1923-1929, 2.1930-1939, 3.1940-1945, 4. 1946-1960, 5.1961-1980, 6. 1980-2002, 7.2003 ve sonrası şeklinde dönemselleştirilmiştir (Cevahir, 2016, 62-85).

⁹Güenal'a göre Erken Cumhuriyet sağlık politikalarının şekillendiği ve DP ile sağlık hizmetlerine bakışın değiştiği ilk evre 1920'den 1960'a kadar sürmüştür; 1960 askeri darbesi sonrasında başlayıp 1980'e kadar süren ve yeni bir ulusal sağlık hizmeti programının yürürlüğe konulmaya çalışıldığı ikinci evre ve son olarak 1980'den günümüze kadar süren neoliberal bağlamda gelişmelerin yaşandığı dönem.

¹⁰ Yıldırım için sağlık sisteminin gelişimi dört evrede incelenebilir. İlki 1920-1960 arası kurumsallaşma dönemi, 1960-1980 arası Birinci Dalga Sağlık Reformları, 1980-2003 arası İkinci Dalga Sağlık Reformları, 2003'ten günümüze kadar süren Üçüncü Dalga Sağlık Reformları.

Yılmaz da¹¹ (2017) farklı tarihsel dönemlere ayırmaktadır. Bizim çalışmamızda bu dönemselleştirmeler dikkate alınmış fakat bazı önemli değişim noktalarını da göz önüne alarak farklılaştırılmıştır. Bu dönemselleştirmeyi spesifik tarihlere göre ayırmak zor olsa da konuyu anlaşılır hale getirmek için zaruridir.

3.1. Sağlık Sisteminin Kurumsallaştığı Dönem: 1920-1960

Türkiye sosyal güvenlik ve sağlık hizmet alanı ile ilgili yapılan araştırmaların çoğunda değerlendirmeler 1920'de Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın kurulması ile başlatılmaktadır. Bunun arkasında halk sağlığı alanına dair modern kurumların ve yasaların bu tarihten itibaren gündeme geldiği kabulü yatmaktadır. Sosyal güvenlik tarihini her ne kadar İmparatorluğun geç dönemlerine kadar geri götürmek mümkünse de sağlık hizmet alanının kurumsallaşmasını Cumhuriyet ile birlikte başlatmanın anlaşılır bir tarafı vardır. Çünkü Cumhuriyet kurulduğunda Balkan Savaşları, Birinci Dünya Savaşı ve salgın hastalıklar yüzünden azalmış bir nüfus söz konusudur ve var olan nüfusun da sağlık statüsü düşük seviyededir. Bu yüzden erken Cumhuriyet döneminde bu alanda sıfırdan başlandığı yargısı da temelsiz değildir. Yine de İmparatorluğun geç dönemlerinde modern anlamda bazı sosyal güvenlik önlemlerine ve halk sağlığı uygulamalarına rastlanmaktadır. Tarihin bu evresine değinilmesinin nedeni bu dönemde sosyal güvenlik alanında var olan bazı kurumların veya özelliklerin Cumhuriyet'e miras kalmasıdır.

Osmanlı İmparatorluğunu son yüzyılında batılı anlamda modern devlet kurma düşüncesi belirmeye başladığından, devletin sağlık alanıyla ilişki kurması da ilk olarak bu dönemde görülmektedir. Sağlık alanında modern gelişmelerin başlangıcı 19. yüzyıla dayanmaktadır. 1827 yılında Avrupa tarzında hekim yetiştirilmesi için Tıphane kurulmuş; bu kurum 1827'de Cerrahhane ile birleşerek Mektebi Tıbbiye-i Şahane adını almıştır.¹² Fakat bu girişimler sadece saray ve çevresi için atılan adımlar olmuştur. 1871 yılına kadar devletin sadece saray bürokrasisi ve ordu için

¹¹ Yılmaz'ın (2006) dönemselleştirmesini takip ederek sağlık hizmetlerini ve politikalarını kuruluşan 2. Dünya Savaşı'nın sonuna kadar olan dönemi ilk evre, savaş sonundan 1980'e kadar olan dönemi ikinci, 1980 sonrasında da üçüncü evre olarak ele almaktadır.

¹² Tam isimleri Tıphane-i Amire ve Mekteb-i Tıbbiye-i Adliye-i Şahane olan okullar modern tıbbi eğitim vermekteydiler. Modern eğitim alan bu meslek grubunun bürokrasi içerisinde seküler ulus devletin ihtiyacı olan batılı idealleri popülerleştirdiği düşünülmektedir. Bu okullardan mezun olan doktorlar gelecekte Cumhuriyet'in kuruluşunda da söz sahibi olacak olan İttihat ve Terakki Cemiyeti'nde önemli pozisyonlarda bulunuyorlardı. Erken Cumhuriyet döneminde aynı meslek grubunun devlet içerisindeki konumlarını sürdürdükleri görülmektedir (Yılmaz, 2017, 49).

sağlık alanında bazı girişimlerde bulunduğunu; ancak bu tarihte kurulan Memleket Tabipliği ile ilk kez genel halk sağlığı ile ilgili bir örgütlenme kurduğu ve sorumluluk üstlendiği görülmektedir (Bulut, 2007, 112).

Memleket Tabipliği kurulmadan önce var olan sağlık ortamıyla ilgili olarak bu dönemde halkın ciddi sağlık sorunlarıyla karşı karşıya olduğu halde herhangi bir devlet örgütlenmesi tarafından verilen koruyucu ya da tedavi edici bir hizmetin olmadığı söylenebilir. Saray ve ordu merkezli olmak üzere tıp alanında bazı modern gelişmeler olsa da 19. yüzyılın sonlarına dek toplum sağlığına dönük herhangi bir girişimin olmadığı bu yüzden toplumun sağlık düzeyinin gerilerde olduğu görülmektedir. İmparatorluğun sadece bir kaç büyük kentinde olmak kaydıyla sağlık hizmetlerine ulaşılabilirdi. Ulaşılabilen sağlık hizmetleri ise serbest çalışan doktorlar tarafından ücreti karşılığında alınabiliyordu. Özel sağlık hizmetleri dışında dar kapsamlı da olsa vakıflar tarafından verilen bir takım sağlık hizmetlerinden de bahsedilebilir (Akdur, 2005, 10). Tekrar etmek gerekirse bahsi geçen sağlık hizmetleri nüfusun çok küçük bir kısmının erişebildiği hizmetlerdir.

Memleket Tabipliği ile birlikte nüfusun bir kısmına sağlık hizmeti verilmesi için devlet hekim istihdam etmiştir. Fakat bu yapı yeteri kadar finanse edilemediği için hekimlere para karşılığında hizmet vermelerinin izni verilmiştir. Hekimler önce para karşılığında hizmet veriyor; yoksullara ise ancak arta kalan zamanlarında vakit ayırıyorlardı. Kamusal nitelikte olması planlanan hizmetin hasta ve doktor arasında özel bir ilişkiye dönüştüğü görülmektedir. Özel sağlık hizmetlerinin geçmişinin bu döneme kadar dayandığını görmekteyiz. Tedavi amaçlı hizmetlerin piyasa hekimliğinin elinde olduğu yapının Cumhuriyet'e miras kaldığını görülmektedir.

Cumhuriyet'ten önce kısıtlı da olsa sağlık alanında bazı sosyal güvenlik önlemlerinin alındığı ve bunların bir kısmının Cumhuriyet'in kuruluş döneminden sonra devam ettirildiği görülmektedir. Meclisin açılışından sonra Osmanlı döneminde çalışan doktorlara ulaşarak görevlerine devam etmeleri sağlanmış, taşradaki Sağlık Müdürlükleri ile hükümet, belediye ve karantina tabiplikleri, küçük sıhhiye memurlukları, yerel yönetimlerin hastaneleri varlıklarına devam etmiştir (Bulut, 2007, 112). Bu sağlık hizmetlerine nüfusun İmparatorluğun merkezlerinde yaşayan küçük bir nüfus kesimi ulaşabilmiş salgın hastalıklara yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin de Balkan Savaşları ve Birinci Dünya Savaşı ile kesintiye uğradığı görülmektedir.

Her ne kadar sağlık sisteminin ve politikalarının başlangıcını Tanzimat Dönemine kadar götürmek mümkünse de sistemin kurumsallaşması 1920'de Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın kuruluşundan başlamakta ve literatürdeki kimi kaynaklarda ilk sağlık reform girişimi olarak da anılan 1961'de yasalaşan Sağlık Hizmetlerin Sosyalleştirilmesi Kanunu'na kadar devam etmektedir. Kurumsallaşma dönemi olarak nitelendirilen bu döneme İmparatorluk döneminden bazı yapılar miras kalmış olsa da ne yerleşmiş köklü bir örgüt ne sağlık hizmet altyapısı ne de gereksinmelere yanıt verecek bir yasal düzenleme mevcuttur (Akdur, 1999,11).¹³Cumhuriyet kurulduğu yıl sağlık hizmet alanının kurumsal kapasitesi ile ilgili bilinen rakamlara da şüphe ile yaklaşmak gerekmektedir. Çünkü kağıt üzerinde devlete ait hastanelerde 6000'den fazla yatak grnmekteyken bunların kullanılmaya hazır olmadığı ve dönemin büyük hastanelerinin dahi hekimsiz ve personelsiz olduğu iddia edilmektedir (zbek, 2006, 89).

Dönemin kurumsallaşma olarak nitelendirilmesinin sebebi Sağlık Bakanlığı gibi sağlık politikalarını belirleyen ve hizmet sunumunda esas unsur olan kurumların ortaya çıkması, sağlık hizmetleriyle ilgili temel hukuksal çerçevenin belirlenmesi ve finansman ve insan gücü gibi unsurların bu dönemde oluşturulmasıdır. Ayrıca Türkiye sosyal güvenlik sisteminin ana yapılarından SSK ve Emekli Sandığı gibi sağlık hizmetlerinin finansman ve sunumunu üstlenen kurumlar da bu dönemde ortaya çıkmıştır (Yıldırım, 2013, 357).

19. yüzyılın ortalarından itibaren halk sağlığı ile ilgili önlemler alınmış olsa da savaşlarla bu önlemlerin kesintiye uğradığını belirtmiştik. Kurtuluş Savaşı bitip önce Meclis sonra da Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı kurulduğunda savaşlar ve salgın hastalıklar yüzünden kırılmış bir nüfus ile karşı karşıya kalındı. Ülkedeki mevcut nüfusun ise salgın hastalıklar yüzünden sağlık düzeyi oldukça düşüktü. Erken Cumhuriyet elitleri ulus devlet inşasına kalkışacakken ellerinde sayıca azalmış ve salgın hastalıklardan ötürü sağlığı bozuk bir nüfus kitlesi olduğunu fark ettiler. Ulus

¹³ Cumhuriyet'in ilk yılında ülkenin sağlık alanındaki kurumsal kapasitesini söyle tarif edebiliriz: Sağlık hizmetleri, hükümet kurumları, belediye ve karantina tabiplikleri, küçük sıhhiye memurlukları şeklinde örgütlenmiş ve sağlık hizmetleri 86 adet yataklı tedavi kurumu, 6437 hasta yatağı, 554 doktor, 69 eczacı, 4 hemşire, 560 sağlık memuru ve 1936 eve ile veriliyordu (Akdağ, 2012, 45). 1923 yılındaki hastane sayılarına da değinecek olursak: 950 yatağa sahip 3 devlet hastanesi, 635 yatağa sahip 6 belediye hastanesi, 2450 yatağa sahip 45 özel idare hastanesi ve 2402 yatağa sahip özel, yabancı ve azınlık hastanesi bulunmaktadır (Soyer, 2004'ten akt. Cevahir, 2016, 63). 12 milyonluk ülke nüfusuna oranlandığında rakamlar ülkedeki insan kaynağı ve kurumsal kapasitenin azlığı dikkati çekmektedir.

devletin inşa edilmesi, beklenen sosyal ve ekonomik dönüşümün gerçekleşmesi için sayıca fazla ve sağlıklı bir nüfusa ihtiyaç vardı. İşte kurumsallaşma döneminde - özellikle 1950 yılında Demokrat Parti'nin iktidara gelişine kadar- izlenen sağlık alanı politikalarına dönemin bu acil problemleri ve ihtiyaçları damga vurmuştur. İkinci Dünya Savaşı'nın sonuna kadar sosyal politikanın esas konusunu nüfusu üretken kapasitesi, nüfusu oluşturan bireylerin sağlığı, mutluluğu, ahlaki normları gibi konular oluşturmaktadır (Özbek, 2006, 90).

Erken cumhuriyet hükümetleri için nüfus bir rakamdan ibaret değildi ve nüfusun artması ekonomik gelişmenin temeli olarak nitelendirilmekteydi. Bu yüzden Cumhuriyet'in ilk dönem hükümetleri umduğu sosyal ve ekonomik gelişmeyi sağlayacak nüfusu yaratmak için önleyici kamu sağlığı ve nüfus arttırıcı önlemlere girişti. Ülkenin askeri olarak savunulmasının güvence altına alınması, ekonomik ve sosyal hayatındaki gelişim için gerekli olan sağlık politikası yaklaşımı bireysel alana değil tüm nüfusun sağlığına dönük olmak zorundaydı. Bu yüzden tedavi edici hizmetler yerine koruyucu sağlık hizmetlerine odaklanıldı. Kurumsallaşma döneminin Sağlık Bakanlığı'nın organizasyonu ve sağlık mevzuatının şekillenmesinde bu öncelikler belirleyici olmuştur. Bu arada sağlık göstergelerindeki yükselme ve nüfus artışı erken cumhuriyet hükümetlerinin nüfusu artışı ve sağlık politikalarında hedefledikleri başarıya ulaştığını göstermiştir. Zaten bu başarı 1950 yılından itibaren Demokrat Parti döneminin sağlık politikalarına farklı bir yaklaşım getirmesine imkan sağlamıştır. 1920'ler ve 1930'lar boyunca sağlık düzeyi yükseltilerek ülkenin kendini toparlamasına imkan tanınırken koruyucu sağlık hizmet alanının ötesine geçme fırsatı bulunmuştur. 1950 yılından itibaren sağlık hizmetlerinden birey odaklı yaklaşıma geçilmeye başlanmıştır. Nitekim bu dönemde devlet sadece koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlanmasında değil tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunumunda da sorumluluklar üstlenmeye başlamıştır. Bu dönemin odağı halk sağlığından ziyade hastane sayısı ve sağlık sigortası gibi gündemlere kaymıştır (Günel, 2008, 143-145).

Kuruluş yıllarının en ciddi sorunları 1. Dünya Savaşı'nda yaralananların sağlığına kavuşturulması ve bulaşıcı hastalıkların yaygınlığıydı. Bulaşıcı hastalıkların yaygınlığından ötürü koruyucu sağlık alanına yoğunlaşmış; örneğin koruyucu sağlık alanında çalışacak doktorların teşvik edilmesi için ücret politikası bu yönde şekillendirilmiştir. Cumhuriyet'in ilk yıllarında bulaşıcı hastalıkların nüfus üzerindeki

sarsıcı etkisi üzerinde durmak gerekirse: Verem zaten çağın hastalığı durumundadır; Anadolu'da sıtmaya yakalanmayan yok gibidir; frengi, cüzzam ve trahom toplumu kırıp geçirmektedir; tifo, tifüs, dizanteri ve kolera yüzünden dört yüz bin askerin öldüğü düşünülmektedir. Bulaşıcı hastalıkların etkisi bu seviyede olduğundan her hastalık için özel, dikey bir örgütlenme oluşturulmuştur. "Geniş bölgede tek amaçlı hizmet/dikey örgütlenme" olarak adlandırılan modelin tüm ülkeyi taradığı ve otuz yıl içerisinde bulaşıcı hastalıkların kontrol edilebilir boyutlara getirildiği görülmektedir (Aksakoğlu, 2008, 13).

Kurumsallaşma döneminde sağlık örgütlenmesinin temel yapısını Sağlık Müdürlükleri ve Hükümet Tabipliği oluşturuyordu. Sağlık Bakanlığı illerde Sağlık Müdürlükleri ilçelerde de Hükümet Tabiplikleri açarak sağlık hizmetlerinin tüm ülkeyi kapsamı planlanmıştı. Her ne kadar 1924 Anayasasında sağlık hakkı ile ilgili bir hüküm olmasa da cumhuriyetin ilk yıllarından itibaren sağlık hizmetlerinin devletin sorumluluğu altında olduğu prensibinden hareket edilmiştir. Fakat sorumluluk üstelenilen alan dönemin imkanları ve ihtiyaçları doğrultusunda koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetleri olmuştur. Devlet koruyucu sağlık hizmetlerini genel bütçeden finanse ederken yataklı tedavi hizmetlerini belediyeler ve il özel idareleri gibi yerel otoritelere bırakmıştır. Belediyelere hastane kurma ve işletme görevi verilmiş ve örnek olması için numune hastaneleri kurulmuştur (Akdur, 1999,12; Bulut, 2007, 113). Numune hastaneleri sadece dört il merkezine açılabilmiş olduğundan (Ankara, Erzurum, Sivas ve Diyarbakır) şehir merkezi dışında yaşayan nüfusun sağlık hizmetlerine ulaşımı zorlaşmış bunun içinde 1924 yılında 5-10 yataklı Muayene ve Tedavi Evleri açılmıştır (Akdağ, 2012, 46).

Tedavi edici sağlık hizmetleri alanına ilişkin önemli gelişmelerden biri de Sağlık Merkezleri'nin kurulmasıdır. 1946 yılında Sağlık Bakanı Behçet Uz tarafından planlanan Birinci On Yıllık Sağlık Planının bir parçası olarak düşünülen bu girişimle koruyucu ve tedavici edici sağlık hizmetlerinin entegre edilmesi ve ülkenin her bölgesine yayılması hedeflenmiştir. Tedavi ve koruyucu sağlık hizmetlerini birlikte vermesi düşünülen Sağlık Merkezleri'nin her 40 köye bir tane olmak üzere kurulması planlanmıştı. Her Sağlık Merkezi'nde on yatak olması ayrıca iki hekim, bir ebe, bir sağlık memuru ve bir ziyaretçi hemşire bulunması planlanıyordu. Buna ek olarak her on köy için de bir ebe ve sağlık memuru olması düşünülmüyordu. Gelişmiş ülke örnekleri göz önüne alınarak kurulması düşünülen Sağlık Merkezleri Demokrat Parti

döneminde her ilçede bir tane olacak şekilde yeniden kurgulanmış fakat işler hale getirilememiştir. Bunun sebebi 1950 sonrası sağlık politikalarında yatmaktadır. Bu dönemi anlamlandırmak için Sağlık Merkezleri'nde yaşanan bir gelişme çok önemlidir. Bu dönemde kamuda çalışan doktorlara yüksek ücret verilmesi uygulaması terk edilince bu doktorlar geçimlerini sağlamak için koruyucu sağlık hizmetlerini yapmak yerine muayenehanesinden ayrılmamayı tercih etmiş, merkezlerde yaptıkları tedavi hizmetlerini de paralı hale getirmişlerdir. Bu durum ayrıca doktorların sağlık merkezlerinden ayrılarak serbest çalışmayı tercih etmelerine neden olmuş ve Sağlık Merkezleri personel yetersizliği yaşamıştır (Akdur, 1999, 13).

1954 yılı tedavi hizmetleri açısından önemli bir tarihtir; çünkü ağırlıklı olarak koruyucu hizmetleri finanse eden ve sunumunu gerçekleştiren Sağlık Bakanlığı yataklı tedavi hizmetlerinin sorumluluğunu da kapsayacak bir düzenleme yapmıştır. Bu yıl çıkan 6134 sayılı kanun ile vakıflar, il özel idareleri ve belediyelere ait hastaneler Sağlık Bakanlığına devredilerek hastanelerin yönetimi tek elde toplanmıştır.¹⁴ Hastanelerin bakanlığa devri tedavi hizmetlerinde önemli değişimler olmasına vesile olmuştur. Sağlık Bakanlığı'nın hastanelerin yönetiminde tek sorumlu olması sadece bazı büyük kent merkezleri ile sınırlı kalan hastanelerin diğer il ve ilçelere yayılmasını sağlamıştır. Tedavi hizmetlerine ulaşan nüfusun artmasını sağlayan bu gelişme Demokrat Parti döneminin sağlık alanındaki olumlu etkilerinden sayılmaktadır. Hastane ve yatak sayılarına bakılarak bu gelişim görülebilmektedir: 1950 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı 118 kurum bulunmakta ve bu kurumlardaki yatak sayısı ile 14.581 adet ile sınırlıydı. 1960 yılına gelindiğinde 442 sağlık kurumuna çıkmış, yatak sayısı da 32.398'e ulaşmıştır. Bu rakamların artmasında yerel idarelerin hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devri etkili olmuş olsa da kişi başına düşen yatak sayısı da gelişimi göstermektedir: 1950 yılında yüz bin kişiye 9 yatak düşerken 1960 yılında bu oran 16,6'ya çıkmıştır (Akdağ, 2012, 48).

Sağlık hizmetleri tedavi hizmetlerini de içine alacak şekilde genişlemesi ve tercihin hastane hizmetlerinden yana olması birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetlerinin geri plana itilmesine neden olmuştur. 1950'lerden itibaren kendini hissettiren bir başka gelişme de Demokrat Partiyle birlikte gündeme gelen liberal politikaların etkisiyle sağlık hizmetlerinin ticarileşmeye başlamasıdır. 1950'den sonra devletin sorumluluk üstlendiği tedavi hizmetlerinin kırsal kesimlere doğru

¹⁴ SSK, Milli Savunma Bakanlığı ve Üniversite Hastaneleri bu kanunun kapsamında değildir.

yayılmasını önleyen gelişmelerden biri de teşviklerin özel sektöre doğru kaydırılmasıydı (Akdur, 1999, 14). Bu dönemin sağlık ortamını şu şekilde resmedebiliriz: kamusal sağlık hizmetlerinin hükümet tabipliği şeklinde örgütlendiği, bu yapılanmayla entegre olmayan az sayıda devlet hastanesinin ve hastanelerin yetersizliğinden beslenen özel muayene hekimlerinin olduğu bir yapı. Sağlık Bakanlığı hastanelerin yönetimini kendi sorumluluğu altına almış olsa da devlet hastaneleri yetersiz olduğundan insanlar özel muayenelere yönelmek zorunda kalıyordu. Ayrıca yetersiz olan Sağlık Merkezleri yüzünden kırsal bölgelerin sağlığa ulaşmakta ciddi zorluklar yaşamaktaydı.

Özbek'e göre (2006, 159-160) Türkiye'de sosyal politika gündemi küresel ölçekte gelişmelere paralel olarak İkinci Dünya Savaşının sona erdiği 1945 yılı öncesi ve sonrasında değişiklik göstermiştir. 1945 öncesinde sosyal politika gündemi nüfus, halk sağlığı ve çocuk meselesiyken 1945 yılında Çalışma Bakanlığı'nın kurulması sonrasında ise çalışma hayatı ve iş güvenliği gündeme girmiştir. Bu yıllarda yaşanan bir başka önemli gelişme 1946 yılında yasalaşan cemiyet kanunu ile sosyal sınıf esasına dayalı cemiyet kurma yasağının kalkmasıdır. Takip eden yıl ilk sendikaların kurulmasıyla çalışma hayatında örgütsel bir canlanma olmuştur. Bu yıllarda sosyal politika ve sosyal güvenlik alanındaki zihniyet değişiminin arkasında İkinci Dünya Savaşı yıllarında Nazi Almanyası'ndan kaçan sosyal politika alanında uzmanlaşmış akademisyenlerin Türkiye'ye gelişi de vardır. Bismark'ın sosyal politika yaklaşımından ve İngiltere'deki Beveridge Raporu'ndan etkilenen bu kadroların iddiası sosyal politikadaki gelişimin kapitalizmin olumsuz etkilerini azaltacağı ve sınıf mücadelesini engelleyeceği yönündeydi. 1948 yılında İktisadiyat ve İçtimaiyat Enstitüsünde Almanya'dan gelen akademisyenlerin de katıldığı toplantılar yapılıyor; köylü nüfusunun azaltılıp sigortalı işçi sınıfının arttırılması gerekliliği üzerinde duruluyordu.

Nitekim Sağlık Bakanlığı'ndan ayrı bir sağlık güvencesi getiren İşçi Sigortaları Kurumunun kuruluşu da bu yıllarda gerçekleşmiştir. Yasası 1945 yılında çıkan ama uygulamaya 1952 yılında geçen kurum formel sektör çalışanlarının primleriyle finanse ediliyor; kuruma ait hastanelerde üyeler için sağlık hizmeti sunuluyordu. İlki 1923 İzmir İktisat Kongresinde gündeme gelen (Talas, 1992, 94-95) vatandaşların tümünü kapsayan ulusal bir sağlık hizmeti sigortası Demokrat Parti döneminde de gündeme gelmiş fakat uygulamaya geçirilememiştir. Vatandaşların sağlık alanındaki

ihtiyaç ve beklentileri artınca ve bu beklentilere karşılık bulamayınca bazı kurum ve kuruluşlar kendi sağlık sorunlarına kendi olanakları ile çözüm bulmaya çalışmış; SSK ve Emekli Sandığı gibi Sağlık Bakanlığı'nda farklılaşan finansman ve hizmet sunma organizasyonları ortaya çıkmıştır.

Bu arada bazı tarihçilere göre (Talas, 1992) SSK ve Emekli Sandığı gibi modern sosyal güvenlik kurumları kurulmadan önce sosyal güvenlik ve sağlık alanındaki ilk kurumsal gelişme 1921 yılında Zonguldak ve Ereğli'de çalışan işçiler için yapılan düzenlemedir. Dönemin en yoğun işkolu olan maden sektörü çalışanları için bir sosyal sigorta kurulması gündeme gelmiştir. Bu düzenlemeye göre işçilerin sağlık hizmetlerini de kapsayan bir fon oluşturulmuş ve sağlık hizmetleri sunumu gerçekleşmiştir. Sosyal Sigorta Sisteminin ilk olarak madencilik sektöründe baş gösterdiğini belirtmek gerekmektedir. Bu gelişmede dikkati çeken ise devletin bu düzenlemeyi yaptığı halde sigorta fonuna katkı yapmaması; fonun işçiler ve işveren tarafından oluşturulmasına karar verilmesidir. Bu tarihten itibaren devletin çalışma alanındaki sosyal güvenlik sigortasına katkı yapmaması norm haline gelmiştir (Yılmaz, 2017, 50).

Bu dönemi karakterize eden özelliklerden biri de sağlık alanındaki mevzuatın bu dönemde ortaya çıkmasıdır. Uzun yıllar devam edecek sağlık yapılanmasının arkasında kurumsallaşma dönemi olarak da nitelendirilen bu dönemin izleri bulunmaktadır. 1928 yılında yasalaşan "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun" ile sağlık personelinin yetki ve sorumlulukları belirlenerek sağlık hizmetleri disipline edilir. 1930 yılında yasalaşan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ise sağlık hizmet alanının anayasası gibidir; sağlık politikaları ve uygulamaları için belirleyici bir metindir. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu uzun bir dönem yürürlükte kalmıştır ve kanunda ulusun sağlığını korumak, devletin görevi olarak tanımlanmıştır. Kanunda bulaşıcı hastalıklarla mücadeleye öncelik veriliyor ve bu doğrultuda dönemin amacı halk sağlığı alanında gelişim sağlamak ve hijyen konularında temel önlemleri almak olarak şekilleniyordu. Halk sağlığı alanındaki duyarlılığın bir yansıması olarak düşünülebilecek kanunun önemli bir diğer özelliği de sağlık alanındaki özel girişimlere de bir alan bırakmamış olmasıdır. Kanunun kapsamı son derece geniştir; işçi, kadın ve çocuk sağlığına yönelik düzenlemeler devlete bırakılmaktadır ve doğum kontrolünü yasaklamak gibi bir maddeyi dahi içermektedir. 1936 yılında yasalaşan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve

Memurin Kanunu ile merkez ve taşra örgütünün kuruluşu tamamlanarak yetki ve sorumlulukları tam olarak tanımlanmıştır (Akdur, 1999, 12).

Kurumsallaşma döneminin sağıkta insan gücünde nicelik ve nitelik olarak son derece yetersiz olduğunu görmekteyiz. Cumhuriyet'in kurulduğu yıl hekim sayısı kimi kaynaklara göre (Akdağ, 2012, 45) 554; bir başka kaynağa göre (Bulut, 2007,113) ise 344'tür. Hangisini kabul edersek edelim bu rakamlar toplumun sağık düzeyini arttırmak için son derece yetersizdir. Buğra'nın da (2013, 120) sağık hizmetlerinin seviyesi ile ilgili benzer özelliklere dikkat çektiğini görüyoruz. Toplumun sağık alanındaki ihtiyaç ve beklentilerini karşılayacak insan kaynağı, teknolojik gelişme ve kurumsal kapasitenin olmadığına dikkat çekmektedir ve uluslararası araştırmacıların da insan kaynağı ve kurumsal kapasitenin yeterli olmadığı konusunda hemfikir olduğunu aktarmaktadır. Bu yüzden kuruluş yıllarında doktorlar, ebeler ve yardımcı sağık personelinin eğitimi amaçlanmıştır. 1937'ye kadar süren Sağık Bakanı Refik Saydam döneminde sağık insan gücünde nitelik ve nicelik açısından yükselme olduğu görülmektedir. Bu dönemde doktor sayısının artırılması için giderlerini devletin karşıladığı tıp öğrenci yurtları açılmıştır. Eğitimi bu yurtlarda tamamlayan doktorlara mecburi hizmet zorunluluğu getirilmiştir ve 1931'e gelindiğinde doktor sayısı 1182'ye yükselmiştir. 1923 yılında 1100 olan toplam sağık personeli sayısı 1935 yılında 3766'ya çıkmış yani 5 kat artmıştır (Bulut, 2007, 113). Doktor sayısında ise 1946 yılına gelindiğinde 17310'a kadar çıkmıştır ama nüfus artışının hızına erişemediğinden doktor başına düşen nüfus açısından başarısızlık söz konusudur. Fişek (2012) Refik Saydam dönemini (1921-1937) yeni tıp fakültelerini çoğaltıp sağık insan gücünün artırılmaması konusunda eleştirmektedir. 1945 yılında Ankara'da Tıp Fakültesi açılana kadar ülkenin tek tıp fakültesi İstanbul Üniversitesi'ndedir. Ülkenin 3. Tıp Fakültesi de 1955 yılında açılmış; 1950 yılında 3020 olan doktor sayısı 1960'ta 8234'e yükselmiş; aynı dönemde hemşire sayısı 721'den 1658'e, ebe sayısı ise 1285'ten 3219'a çıkmıştır (Cevahir, 2016, 69).

İkinci Dünya Savaşı'nın sonlandığı yıllardan itibaren ekonomi politikalarının değişimiyle birlikte sosyal politika alanında bazı gelişmeler başlamıştı. 1950 yılından Sosyalleştirme Kanununa kadar olan tarih aralığında sağık alanında uygulanan politikalardan bazıları erken cumhuriyet dönemi sağık politikalarından farklılaşmaktaydı. Erken cumhuriyet döneminde bulaşıcı hastalıklar etkin mücadele

sayesinde halk sağlığı alanında ciddi gelişme kaydedilmişti. Koruyucu sağlık hizmetlerinde sağlanan bu gelişme 1950 yılında iktidara gelen Demokrat Parti için bir fırsat olmuş ve yeni iktidarın tedavi edici sağlık hizmetlerine eğilmesine izin vermiştir. Bu tarihe kadar devletin sadece koruyucu sağlık hizmetleri üzerinde durduğu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini üstlenmediğini hatırlamak gerekiyor. 1950 yılına kadar tedavi edici sağlık hizmetleri özel sektöre ve yerel idarelere havale edilmiştir. Tedavi hizmetlerinin sağlanması, finanse edilmesi fikri Demokrat Parti ile başlamış ve Sağlık Bakanlığı'nın genel bütçe içindeki payı beş kat arttırılmıştır.

Erken cumhuriyet hükümetleri üretken ve sağlıklı bir nüfus kurulmadığı takdirde askeri güvenliğin sağlanması, ekonomik ve sosyal gelişmenin mümkün olmadığına farkındaydı. Doğum kontrolünün yasaklanması ve koruyucu sağlık alanında yapılan reformlar İkinci Dünya Savaşı yıllarına kadar nüfus artışını sağlamış ve salgın hastalıklar otuz sene içerisinde kontrol altına alınmıştır. Toplum sağlığı alanında yaşanan bu başarılarla karşın sağlık personelinin arttırılmasında ve sağlık hizmetlerinin köyleri de kapsayacak şekilde yayılmasından çok kısıtlı gelişmeler olmuştur. Demokrat Parti dönemiyle birlikte sadece nüfusun sağlığına odaklanılan anlayıştan bireysel sağlık alanına kayış gerçekleşmiştir. DP döneminde tedavi edici hizmetlere geçilebilmesinin arkasında erken cumhuriyet dönemi gelişmeler olduğunu unutmamak gerekir. DP döneminde yerel idarelere ait hastanelerin Sağlık Bakanlığına devredildiği ve yeni hastanelerin kurulduğu görölmektedir.

1950'den sonra sağlık politikalarında değışim sadece Türkiye'ye özgü değildir. 1950 ve 1960'larda küresel ölçekte tedavi edici hizmetlere verilen önemin arttığı görölmektedir. Türkiye'deki değışimin bu eğilime paralel olduğu söylenebilir. Bahsi geçen yıllarda tıp alanında yaşanan teknolojik gelişimin sağlık hizmetlerinin doğasını değıştirmiştir. Bunun insanlara olan yansıması ise sağlık hizmetlerine olan talebin ve beklentilerin artması şeklinde gerçekleşmiştir. Fakat DP döneminde genel bütçeden sağlığa ayrılan pay artışının sağlık hizmetlerindeki yükselen beklentiyi karşılamadığı görölmektedir (Günel, 2008, 195).

DP'li yıllarda tedavi edici hizmetlere ağırlık verilmesi sağlık hizmetlerinin şehir merkezlerinde temerküz etmesine neden olmuştur. Bu gelişme kırsal kesimlerin sağlık hizmetlerinden yoksun kalmasıyla sonuçlanmıştır. Bu dönemde kırsal kesimlerin en büyük problemi mesafeler yüzünden sağlık hizmetine erişememekken,

şehirlerde yaşayanların sorunu düşük gelir sebebiyle ilaca ulaşamamak ve hizmetin maliyetini karşılayamamaktır. DP sonrası yıllar sağlıkta talebin, tıp alanının ticarileşmesinin, yataklı tedavi hizmetlerine devletin katkısının artması; halk sağlığının ihmal edilmesi ve eşitsiz korporatist yapının kuvvetlenmesiyle karakterize olmuştur. Eşitsiz korporatist yapının kuvvetlenmesinden kasıt bu dönemde memurların Emekli Sandığı ile sosyal güvenlik şemsiyesi altına alınarak sağlık güvencesinin sağlanması ve formel sektörde çalışan işçiler için kurulan SSK'nın kapsamına aldığı küçük bir nüfusa sağlık hizmeti sunacak güce kavuşmasıdır. Bu dönemde SSK, şemsiyesi altına aldığı çalışanlarına verdiği sağlık hizmetlerini kendi organize eder, sunar ve finanse eder hale gelmiştir.

DP döneminde tüm toplumu kapsayacak şekilde bir ulusal sağlık sigortasının kurulması da gündeme gelir fakat nüfus ve dolayısıyla çalışanlar tarım sektöründe yoğunlaştığı için ulusal kapsayıcılıkta bir sağlık sigortasının mümkün olmadığı varsayılarak uygulama hayata geçmez. Cumhuriyetin başlangıcından itibaren devletin halk sağlığına dair hizmetleri genel bütçeden finanse etmekle ilgili herhangi bir çekincesi olmamış bu durum DP iktidarıyla birlikte de devam etmiştir. DP, erken cumhuriyet hükümetlerinden farklı olarak tedavi hizmetlerinde rol almayı düşünüyordu fakat bunun koruyucu hizmetlerdeki kadar kapsayıcı olamayacağını farkındaydı. Sağlık alanında beklentilerin, taleplerin ve giderlerin sürekli artıyor olduğunun farkında olanda DP iktidarı koruyucu hizmetleri genel bütçeden finanse etmekten farklı olarak sürekli kullanıcı katkılarının artmasının arayışında olmuştur. Devlet, DP döneminde sağlık hizmetlerini koruyucu sağlık alanının ötesine taşıyabilmişti fakat giderler arttığından tedavi hizmetlerinin finanse edebilmenin yollarını arıyordu. Yani tedavi hizmetlerinin vatandaşlık haklarının bir parçası olmadığı; ek ödemelerin beklendiği bir dönemden bahsediyoruz.

DP hükümetlerinde hastane, yatak sayısı ve sağlık merkezlerinin artması giderlerin artmasına neden olunca doğal olarak bu giderleri karşılamanın yolları aranmıştır. Ortada SSK gibi kendi üyelerinden prim toplayıp, kendi hastanesini kuran ve hizmet veren bir yapı olunca hükümetin gündemine genel sağlık sigortası gibi bir ulusal sağlık hizmeti sistemine geçilmesi gelmiştir. Önce sigorta sistemini tüm nüfusu kapsayacak şekilde genişletilmesi düşünüldü fakat bunun mümkün olmadığını düşündüklerinden sadece memurları içine alacak bir sosyal güvenlik şemsiyesi kurdular. Memurlarının primlerinin devlet tarafından ödenmesi formel ve enformel

sektör çalışanlar arasındaki eşitsizliği arttıran bir uygulama oldu. Formel ve enformel sektör çalışanlar arasında oluşturulan bu eşitsiz durum sağlık alanındaki diğer eşitsizliklerin yanında çok önemli durmuyordu çünkü devlet hastanelerinde hizmet dönemin şartları için pahalı sayılmazdı. Esas önemli eşitsizliklerden biri olan kır ve kent arasındaki ayırım ilçelerde Sağlık Merkezleri açarak aşılmaya çalışıldı fakat daha önce değindiğimiz gibi bu merkezler ücret politikasındaki değişimden ötürü personel sıkıntısı çektiğinden işler hale gelemedi. Eşitsizliğin esas hissedildiği alan ise zenginler ve yoksulların ulaştığı hizmetlerde görülüyordu çünkü gerek özel muayenelerin artması gerek ilaç ve sağlık teknolojisi alanındaki gelişmeler bu hizmetlerin fiyatının artmasına neden oluyordu (Günel, 2008, 197).

1960'a gelindiğinde sağlık ortamı şu şekilde tanımlanabilir: Bulaşıcı hastalıklarla mücadelede başarılı olunmuş ve büyük ilerleme kaydedilmiştir; sağlık hizmetlerine erişimde bölgesel eşitsizlikler had safhadadır; sağlık insan gücünde gelişmeler olmakla birlikte yetersiz kalınmıştır; sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde ciddi bir dağınıklık söz konusudur; talep ve beklentilerin yükselmesi de eklenince kaynak sıkıntısı baş göstermiştir ve en önemlisi tedavi edici hizmetlere ulaşım bir vatandaşlık hakkı olarak tanımlanmadığından kişinin iş piyasasındaki konumuna göre belirlenmektedir. İnsanların beklentilerini karşılamaktan uzak olan ve nüfusun %70'ini oluşturan kırsal kesimin ulaşamadığı sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için yeni bir ulusal sağlık programına gereksinim baş göstermiştir. DP döneminde tedavi edici hizmetlere yoğunlaşarak kır ve kent arasındaki eşitsizliğin artmasına neden olunması, halk sağlığı alanının ihmal edilmesi ve tıbbın ticarileşmesi gibi nedenler 1960'da iktidarı eline geçiren askeri yönetimin sağlık hizmetlerinde reform yapmaya karar vermesine neden olmuştur (Günel, 2008, 198).

3.2. Sağlık Hizmetlerinde Sosyalleştirmenin Gündeme Gelişi: 1961-1980

Türkiye'de sosyal politikalardaki değişimin gelişmiş dünyaya paralel olarak İkinci Dünya Savaşı'nın bitiminden itibaren başladığını belirtmiştik. Keynesyen refah devleti uygulamaları çerçevesinde Avrupa'da sosyal güvenlik alanında yapısal gelişmeler oluyor; değişimin etkisi, yüzünü Avrupa'ya dönmek isteyen Türkiye'de de hissediliyordu. 1945 yılında Çalışma Bakanlığı kuruluyor; takip eden yıllarda sendikal örgütlenmeye izin veriliyor; İşçi Sigortaları Kurumu kuruluyordu. Sosyal politika alanındaki zihniyet değişiminin arkasındaki bir diğer neden savaş sırasında

Almanya'dan ayrılmak zorunda kalan sosyal güvenlik alanında uzmanlaşmış akademisyenlerin Türkiye'ye gelerek buradaki uzmanlara ve bürokratlara tesir etmesiydi. Ayrıca Türkiye'nin istihdam yapısı da bu ekonomik gelişmelere paralel olarak dönüşmekteydi. Ücretli çalışanların artması, işçi sınıfının bazı şehirlerde yoğunlaşması, emeğe olan talebin artması ve işçilerin çalışma koşullarındaki zorluklar sosyal güvenlik alanında düzenlemeler yapılmasını gerekli kılıyordu (Özbek, 2006, 222-223).

Demokrat Parti döneminde tüm vatandaşları kapsamına alacak bir ulusal sosyal sigorta sistemi gündeme gelmiş olsa da kırsal kesimde yaşayan insanların nüfusun çoğunluğu oluşturduğundan prime dayalı bir sistemi finanse etmenin mümkün olmadığı düşünülerek plan uygulanamadı. Nüfusun tamamını kapsayabilen bir sosyal güvenlik şemsiyesi oluşturulamayınca, formel sektör çalışanları için farklı sosyal sigorta düzenleri oluşmaya başladı. İsmi daha sonra Sosyal Sigortalar Kurumu olarak değişen ve formel sektör çalışanlarını kapsama alan İşçi Sigortaları Kurumu ve devlet memurlarının sosyal güvenlik kurumu olan Emekli Sandığı, mensuplarına aralarında sağlık yardımının da olduğu hizmetleri sunmaya başladı. Kurulduğu yıllarda kendini fazla hissettirmese de vatandaşların çalışma hayatındaki konumuna göre sosyal güvenliğe sahip olduğu bu korporatist yapı sebebiyle evrensel kapsayıcılığa sahip sosyal güvenlik mekanizmasına geçilemeyeceği görülecektir.

1961'de başlayan sağlık reformundan önceki DP döneminde tedavi edici hizmetlerin devlet tarafında üstlenilmesi sağlık alanında yaşanan olumlu bir gelişmeydi; bu dönemde hastane hizmetlerinde önemli adımlar atılmıştı (Buğra, 2013, 167-168). Bu olumlu gelişmelerle birlikte dönemin sağlık ortamında çok ciddi problemler de varlığını sürdürmekteydi. En büyük sorunlar ülke nüfusunun %70'inin yaşadığı kırsal kesimde yaşanmaktaydı. Köylerde temel sağlık hizmetlerine dahi ulaşmak mümkün değildi. Hem yardımcı sağlık personelinin sayısında ciddi bir eksiklik mevcuttu hem de var olan sağlık personelinin ülke içerisinde eşitsiz dağılımı söz konusuydu. Yüksek bebek ölüm oranları olması ve salgın hastalıkların zaman zaman görülmeye devam etmesi toplumun sağlık düzeyindeki düşüklüğün göstergesiydi. DP hükümetlerinin bu problemlere eğilmek gibi bir amacı olsa da günün sonunda sağlık hizmetlerinin beklentileri karşılamaktan uzak olduğu söylenebilmektedir (Günal, 2008, 275).

Saydığımız sorunlar DP döneminin öncesinden miras alınıyor; DP iktidarında kısmi iyileşmeler olmakla birlikte varlığını sürdürüyordu. DP iktidarı süresince bu sorunlara yenileri eklenmekteydi. Sağlık politikalarının yeni hedefi tedavi hizmetlerine yoğunlaşmak olunca halk sağlığı alanında gerilemeler oldu ve sağlık hizmetlerinin şehir merkezlerinde yoğunlaşmasına yol açıldı. Kaynakların şehir merkezlerine kaydırılması kırsal kesimin temel sağlık hizmetlerine dahi ulaşamamasına yol açmıştır. Bu dönemde doktorların kendi muayenahanelerini açmasına izin verilmesi hem doktorların kendi uzmanlık alanlarına hapsolmesine hem de temel sağlık hizmetlerinde yetersizliğe neden olmuştur; bu ise hastanelerin ağır yük altına girmesinin esas sebebidir. Çünkü normalde birinci basamak sağlık hizmetlerinde tedavi olması gereken hastalar direkt hastanelere başvurduğundan yoğunluk buralara yani ikinci basamağa kaymıştır. Daha önce üzerinde durduğumuz farklı sağlık sigortalarının varlığı da zaten kıt olan kaynakların etkili kullanılmasını engelleyen bir durumun oluşmasına yol açmıştır. 1920'lerin salgın hastalıklarına acil müdahale edilmesi gereken ortamda kullanışlı olan dikey örgütlenmeler bu özelliğin kaybetmiş; Sağlık Bakanlığı'nın genel bütçe içerisindeki payı arttığı halde gereksinimleri karşılamaktan uzak kalmıştır (Günel, 2018, 275).

27 Mayıs 1960 tarihinde yapılan darbe ile ülke yönetimini bir yıldan fazla elinde tutan askerler yönetimi sivillere devretmeden önce bazı yeni kanunlar ve kurumları oluşturmuştur. Bu süreçte askeri yönetim karar mekanizmasına pek çok akademisyeni ve 1961'de başlayan sağlık reformunun yaratıcısı olan Nusret Fişek gibi bürokratları dahil etmiştir. Her ne kadar 1961 Anayasası bir darbe ürünü olarak antidemokratik bir şekilde ortaya çıksa da çelişki bir şekilde çeşitli konularda ilerici hükümler barındırıyordu. Örgütlenmenin önünü açması, toplu görüşme ve grev haklarının tanınması ve nihayet devlete sosyal politika alanında görevler yüklemesi bu gelişmelerden bazılarıdır (Yılmaz, 2017,53).

Yönetime el koyan askeri kadronun ideolojisi ve beklentileri 1961 Anayasasına ve anayasa dolayısıyla da sosyal politika alanında yapılacak değişikliklere sinecektir. DP'nin ikinci dönemi ekonomik anlamda başarısız seyretmiş; askerlerin ve memurların ekonomik durumları kötüye gitmiştir. Ayrıca askerler DP'nin sosyal adaleti tahrip eden politikaları hayata geçirdiğini düşünerek tüm alanlarda restorasyona ihtiyaç duyulduğu görüşündeydi. Nitekim yönetime geldikten sonra

vergi ve toprak reformu, eğitim seferberliği ve sağlık reformunun gündeme getirmişlerdir.

Yönetimi ele geçiren askerlerin yeni oluşturduğu anayasa ve kurumlarda sosyal adalet vurgusunu öne çıkarmasının bazı sebepleri vardı. Dünyada ulusal kalkınmacılık ve planlı kalkınma paradigmanın etkisi söz konusuydu. Küresel ölçekte refah devleti gelişmeleri cereyan ederken; ulusal ölçekte nüfusun büyük bölümünü oluşturan kırsal kesimin yoksunluk içerisinde olduğu görülmüyordu. Askerler büyük oranda kırsal kesim kökenli olduklarından; hem ülkenin bu kısımlarının kondisyonundan haberdardı; hem de eğitim aldıkları batı ülkelerindeki refah devleti pratiklerini yakından deneyimlemişlerdi. Bu yüzden hayata geçirdikleri yeni düzenlemeleri ülkedeki demokratik gelişmenin de ayrılmaz bir parçası olarak gördükleri ekonomik büyüme ve sosyal adaleti sağlamayı göz önüne alarak şekillendirdiler (Günel, 2018, 275).

Darbe sonrası geçici olarak yönetimde bulunanların sosyal adalet öncelikleri, yeni bir anayasanın hazırlanması ve planlı kalkınmaya geçilmesi için Devlet Planlama Teşkilatı'nın kurulması biçiminde tezahür etti. 1961 Anayasasının 49. maddesinde sosyal devletle alakalı hüküm şöyledir: "Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesi ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul ya da dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayacak tedbirler alır." Görüldüğü üzere bu hükümle devlet kendini vatandaşlarının sosyal refahını yükseltmekle görevli kılıyordu.¹⁵ DPT'ye ise sosyal adaleti sağlayacak önlemleri göz önünde tutarak büyüme stratejisini geliştirmesi ve Beş Yıllık Kalkınma Planlarını yapma görevi veriliyordu. Bu sayede ekonomik gelişmenin planlayıcısı olan DPT, hedeflerini ulusal eğitimin ve sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve kırsal kalkınmanın sağlanmasını gözeterek belirlemiştir.

Vatandaşlık haklarının bir uzantısı olarak tanımlanan sağlık hizmetlerinin devletin kendi kaynaklarından karşılanması ve evrensel bir sağlık sistemi kurma planı bu hedefler doğrultusunda ortaya çıkmıştır. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda halk sağlığı hizmetlerine öncelik verilerek toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi hükmü bulunmaktadır. Halk sağlığına öncelik verilmesinin anlamı tedavi

¹⁵ Sağlık hizmetlerine Anayasal bir konum kazandırmak Türkiye'nin o tarihlerde imzaladığı İnsan Hakları Beyannamesi'nde ve Dünya Sağlık Örgütü Anayasası'ndaki sağlıklı yaşamının insan hakkı olduğu hükmüyle de uyumluydu (Bulut, 2007, 115).

hizmetlerini sağlık hizmetlerinin merkezine koymak yerine onu koruyucu hizmetlerin tamamlayıcı bir ögesi olarak görmektir. Pahalı bir hizmet olduğu için az sayıda insanın kullanabildiği hastane hizmetleri yerine küçük yerleşim yerlerine kadar uzanan birinci basamak sağlık hizmetlerinin olduğu bir sağlık örgütünün kurulması hedeflenmiştir (Akdur, [13.03.2018]) Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'ndan önce 1961 yılında Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Nusret Fişek'e 224 numaralı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi hakkında kanun hazırlanmış; BYKP'ler ile sağlık hizmetlerinin yeniden düzenleyen kanun hayata geçirilmiştir.

224 sayılı kanun, kentler ve kırsal kesim, ülkenin batısı ve doğusu, zengin ve yoksul arasında sağlık hizmetlerine ulaşılırken büyük eşitsizliklerin olmasından hareketle askeri yönetimin teşvikiyle gündeme geliyor; askeri yönetim, Nusret Fişek ve DPT uzmanları kanunu nihai haline getiriyordu. Kanunun hedefi koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin tüm ülkeyi kapsayacak şekilde örgütlenmesi; kolayca ve eşit bir şekilde ulaşılmasıdır (Günel, 2008, 275). Sağlık Hizmetlerin Sosyalleştirilmesi Kanunu dönemin planlama ilkelerine uygun olarak birinci basamağa ağırlık veren evrensel ve kapsayıcı bir sağlık sistemi kurgulamayı amaçlıyordu. Kanun sağlık hizmetleri alanındaki ilkeleri belirliyor, sosyalleştirmenin ne anlama geldiğini ve nasıl uygulanacağını haritasını sunuyordu. Ayrıca yasa sağlık hizmetlerinin örgütlenme ve finansman yapısını da belirlemekteydi.

Yasanın kapsamına değinecek olursak ilk dikkat çeken devletin koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini sunmakla görevli olarak tanımlanmasıydı. Piyasa hekimliğinin varlığı tanınmakla birlikte sağlık hizmetlerin devlet eliyle yürütülmesi esastı. Ayrıca yasaya göre devletin sunduğu sağlık hizmetlerinden bütün vatandaşların eşit şekilde faydalanması öngörülmüyordu. Bunun anlamı mevcut sosyal güvenlik sisteminde olduğu gibi kişinin iş piyasasındaki konumuna ya da maddi imkanlarına göre değil vatandaşlık statüsü sayesinde sağlık hizmetine erişebilmesiydi. Devletin sunduğu eşit hizmetlere ulaşmanın tek koşulu sevk zincirine riayet etmek yani hastaneye gitmeden önce sağlık ocağına başvurmaktı.

224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" 1961 yılında yasalaşmış; yürürlüğe girdiği 1963 yılından 1980'e kadar Türkiye'deki sağlık politikaları belirlenirken dikkate alınmak zorunda kalınmıştır.¹⁶ Bu yasaya

¹⁶Tam olarak bu yasa gözetilerek sağlık politikaları belirlenmiştir diyemiyoruz çünkü ileride görüleceği üzere askeri yönetim esnasında çıkan bu düzenlemeyi sivil yönetimler benimsememiştir.

dayandırılarak yapılan sosyalleştirme programındaki amaç sosyalleştirileceği planlanan kentte belirli bir nüfusun sağlığından sorumlu sağlık evlerinin ve bunların bağlı bulundukları sağlık ocaklarının açılması, kentteki ikinci ve üçüncü basamak hastanelerle sağlık ocaklarının birbirleriyle entegre olması için tek elde toplanması ve sevk zincirinin işler hale gelmesidir. Sosyalleştirilen bir kentteki en küçük birim sağlık evi bölgesidir. Sağlık evi bölgesinde, kentlerde 2500 kırsal kesimde 2000 olacak şekilde nüfus bulunuyor; sağlık evinin sorumlusu olarak atanan ebe kendi bölgesindeki evleri ziyaret ederek kişilerin sağlığını koruyucu tedbirler alıyordu. Sağlık evlerinin bağlı bulunduğu birim ise sağlık ocaklarıydı ve sağlık ocakları beş ila on bin arasında değişen bir nüfusa hizmet vermek zorundaydı. Bir pratisyen hekimin kontrolü altındaki sağlık ocakları, ulaşım ve coğrafi şartlar göz önünde bulundurularak değişen sayıda sağlık evini kapsamaktaydı. Sağlık ocağında çalışacak personel sayısı hitap ettiği bölgedeki nüfusa oranla belirleniyor; koruyucu ve ayakta tedavi hizmetleri bu birimlerde veriliyordu. Sağlık ocaklarında muayene ve hayat kurtarıcı ilaçlar ücretsizdi; eğer hasta hastaneye buradan aldığı sevk ile gidiyorsa hastane hizmetleri de ücretsiz oluyordu. Sorumlu hekime aşılarda ve gebelik kontrolünde dahil olmak üzere sağlık ocağının kapsadığı nüfusunu kontrol etme görevi veriliyordu. Sayıları değişmekle birlikte sağlık ocağında pratisyen hekim, hemşire, ebe ve sağlık memuru bulunmak zorundaydı. Birinci basamak sağlık kuruluşu olan sağlık ocağında tedavi edilemeyen ve uzmanlık gerektiren bir rahatsızlık ikinci basamak sağlık kuruluşu olan il ve ilçe hastanelerine sevk ediliyor; en önemlisi bu hastanın kaydı alınarak hasta takip ediliyor ve basamaklar hizmette ortaklaşıyordu. Sosyalleştirme programı yaygın, sürekli, entegre ve kademeli bir hizmet anlayışıyla hareket ediyor; sağlık evleri ve sağlık ocakları, il ve ilçe hastaneleri şeklinde bütünleşmiş bir yapı oluşturuyordu. Ayrıca yasada kişilere ücretini ödemek kaydıyla hekim seçme özgürlüğü tanınıyor; hekimlere sözleşme ile kamuda çalışma ya da özel hekimlik yapma hakkı tanınıyordu. Yalnız kamuda çalışan doktorların özel muayenehane açmak gibi bir hakkı yoktu (Cevahir, 2016, 69-71; Bulut, 2007, 115).

Özellikle sağlık hizmetlerine ulaşmaktan yoksun köylerden başlamak suretiyle ülkedeki bütün yerleşim birimlerindeki sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi planlanarak tüm nüfusun sağlık güvencesi kapsamına alınması hedefleniyordu. Yasa ülkenin tamamen sosyalleştirilmesi için 15 yıllık bir süre tanııyordu. Kanun sağlık hizmetlerinin finansman ve örgütlenme yapısını tamamen değiştirmekteydi.

Finansmanın vatandaşlardan toplanacak primlerle mi yoksa genel bütçeden mi karşılanacağı kanunun yapıldığı süreçte tartışılmış; toplumun gelir düzeyinin düşüklüğü göz önüne alınarak finansmanın genel bütçeden karşılanmasına karar verilmiştir (Sütlaş, [08.03.2018]). Yasayı takip eden yıllar boyunca sadece formel sektör çalışanlarına koruma sağlayan mevcut korporatist refah sisteminin, genel bütçeden finanse edilen ve tek elden yürütülen evrensel sağlık sisteminin uygulanmasını engellediği görülecektir.

Ülkenin sağlık sisteminin birinci basamağa ağırlık veren, evrensel ve kapsayıcı bir modele dönüşmesi planlı kalkınmanın bir parçası olarak görülüyordu. Bu yüzden Sosyalleştirme Kanunu hazırlanmasına ve ete kemiğe bürünmesine DPT aracı olmuştur. DPT 1963 yılından itibaren çıkardığı beş yıllık kalkınma planlarıyla Sosyalleştirme Kanunu'nun ilkelerini ve programını cisimleştirecek hedefler koymaktaydı. Planlı döneme geçildiğinden itibaren etkisi tartışmalı olsa da sağlık politikalarını belirleyen önemli unsurlardan biri Beş Yıllık Kalkınma Planları olmuştur. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı incelendiğinde 224 sayılı yasada belirtilen ilkeler doğrultusunda hedefler konulduğu görülmektedir. Planda koruyucu hizmetlere öncelik verilmiş; tedavi edici hizmetlere koruyucu hizmetlerin bir unsuru olarak bakılmıştır. Planda birinci basamak sağlık hizmetlerinin 7 bin nüfusu kapsayan sağlık ocakları vasıtasıyla verilmesi öngörülmektedir. Plandaki esas önemli unsur kamu kesimi sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesi hususuydu; ayrıca ulusal kapsayıcılıkta bir sağlık sigortasının kurulması yer almaktaydı (Cevahir, 2016, 71). Ağırlıklı olarak genel bütçeden karşılanan ve evrensel bir kapsayıcılık hedefleyen bir ulusal sağlık sigortası bu tarihten itibaren zaman zaman meclis gündemine taşınıyordu. Sağlık sistemini 224 sayılı yasaya uygun olarak değiştirecek Genel Sağlık Sigortası yasası taslağı ilk olarak 1967 yılında 2. Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde hazırlanarak mecliste görüşülmüş fakat kabul edilmemiştir. Taslak 1974 yılında meclise tekrar sunulduğunda tartışılmadan rafa kaldırılmıştır (Yıldırım, 2012, 359).

1960'lardan sonra gündeme gelen planlı kalkınma yıllarında sadece sağlık ve sosyal güvenlik değil eğitim ve kırsal kalkınma gibi alanlarda da gelişim hedeflenmekteydi. Fakat takip eden yıllar içinde DPT'nin koyduğu hedeflere ulaşmakta başarısız olduğu söylenebilir. Başarısızlığın en önemli sebebi planlı dönemin en önemli aktörü olan DPT'nin sivil yönetimler tarafından desteklenmemesidir. Özellikle kurulduğunda

bünyesinde bulunan, sosyal adalet vurgularıyla dikkat çeken güçlü üyelerin çekilmesiyle kurumun başlangıç yıllarındaki gücünü kaybettiği görülür. Bu güç kaybının sağlık alanındaki hedeflere yansması beş yıllık kalkınma hedeflerinin tutturulamaması ve sosyalleştirme programının zamanla terk edilmesi olmuştur.

Sosyalleştirme projesinin doktorların rızası ve toplumun desteği ile başarılı olabileceği düşünüldüğünden sosyalleştirmeye ülkenin batısındaki şehirlerden başlaması planlanmıştı. Nusret Fişek'in aklındaki bu plan projenin başarısı için mantıklı görünse de yönetimi elinde bulunduran askerlerin politik ajandasındakiler sosyalleştirmenin yönünü değiştirmiştir. Askeri yönetim nüveleri yeni görülmeye başlanan Kürt ulusalcılığının önünü kesebilmek ve Kürtlerin devlete entegrasyonunu sağlayabilmek için sosyalleştirmeye ülkenin doğu bölgelerinden başlanmasına karar vermiştir. Bu karar sosyalleştirme programının handikaplarından birini oluşturur çünkü uygulanan yüksek ücret politikasına rağmen doktorları ülkenin gelişmemiş bölgelerinde istihdam etmekte zorlanılmıştır. Ayrıca sosyalleştirmeye gelişmemiş bölgelerden başlanması bu hizmetin doğu'ya yönelik olarak planlanan ikinci sınıf bir hizmet olduğu algısını yaratmıştır (Günel, 2008, 220).

Sosyalleştirme Kanunu ve ona paralel hazırlanan Beş Yıllık Kalkınma Planları sağlık hizmetlerini değiştirecek bir finansman ve örgütlenme modeli öneriyordu. Bugün hala tartışılıyor olmakla birlikte hayata geçirilecek sağlık sisteminin finansman ayağının ağırlığı vergi temelliydi; yani finansmanı genel bütçe gelen kaynaklar oluşturmaktaydı.¹⁷ Örgütlenme yapısında ise kamu sağlık çalışanları için tam gün çalışma, basamaklandırılmış sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, sevk sistemi, entegre hizmetler, hizmetlerin nüfusun ihtiyaçlarına orantılı olması, ekip temelli hizmetler, sürekli eğitim, altyapı sağlama, planlama ve değerlendirme için üst konsey oluşturma ve toplum katılımı gibi unsurlar bulunmaktadır (Yıldırım, 2013, 358-359). Sosyalleştirme Kanunu ve Genel Sağlık Sigortası gibi sağlık hizmetlerini düzenleyen yasaların öngördüğü örgütlenme yapısının büyük oranda uygulamaya geçirilemediği görülmektedir. Ağırlığı birinci basamağa veren evrensel ve kapsayıcı

¹⁷ Sosyalleştirme Kanunundaki finansman modelinin arkasından o günlerde yönetimi elinde bulunduran Askeri Konseyin ve Maliye Bakanlığı'nın etkisi bulunmaktadır. Nusret Fişek aklında yeni sistemin uygulanabilirliğini artırmak için karma finansman yapısı oluşturmak vardı. Buna göre yeni sistemin finansmanını kullanıcı katkıları, primler ve kamu kurumları bütçesi oluşturmaktaydı. Fakat sosyalleştirilen bölgede bulunan halktan prim toplanmasından kanun yasalaşmadan önce vazgeçilmiştir.

bir sağlık sistemine geilememesinin sebebi finans ayağında istenen değişimin sağlanamamasıdır.

Vergi temelli evrensel bir ulusal sağlık hizmeti sisteminin kurulamaması arkasındaki finansal sebepler bizi Türkiye'de İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra oluşan ve takip eden on yıllarda kurumsallaşan refah sisteminin özelliklerine götürmektedir. Türkiye'de sosyal güvenlik sisteminin kapsamına aldığı nüfus miktarı İkinci Dünya Savaşı'nın bitiminden itibaren düzenli olarak artmıştır. Fakat zamanla formel sektör çalışanları ve bunların bakmakla yükümlü oldukları kişileri kapsamına alarak büyüyen sosyal güvenlik sisteminin parçalı bir yapısı vardır. SSK, Emekli Sandığı ve ilerleyen yıllarda kurulacak BAĞ-KUR olmak üzere birbirinden finansman ve sunumda farklılaşan  güvenlik şemsiyesi bulunmaktadır.

Kamu kesiminde çalışanlara dönük bir emeklilik sistemine 19. yüzyılın ortalarından itibaren rastlanmakla birlikte Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü'nün kuruluşu 1949 yılında 5434 sayılı Kanunla gerçekleşmiştir. Kamu kesiminde çalışanlar ve bakmakta olduğu yakınları için kurulan sosyal güvenlik kuruluşunun kapsamında emeklilik sisteminin yanında sağlık güvencesi de bulunmaktadır. Maliye bakanlığına bağlı sandığın tüzel kişiliği vardır; finansmanı çalışanlardan yapılan kesintilerden ve kurum karşılıklarından oluşmaktadır. Emekli Sandığı mensupları ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler için gereken sağlık hizmetleri aralarında devlet niversitesi hastanelerinin de bulunduğu özel ve kamu sağlık kuruluşlarından satın alınmaktaydı.

İşçilerin sosyal güvenliğini sağlayan İşçi Sigortaları Kurumu 1945 yılında 4792 sayılı kanunla kurulmuştur. 1964 yılında çıkan 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ile ismi Sosyal Sigortalar Kurumu olarak değişmiştir. Yeni sosyal sigorta yasası sosyal güvenlikle alakalı dağınık hükümler kaldırılarak önceki döneme göre daha kapsamlı güvence sağlıyordu. Yasaya göre SSK, alışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı, idari ve mali olarak özerk, çalışan ve bunların bakmakla zorunlu olduğu kişilerin sosyal güvenliğini sağlamayı amaçlayan ve ana geliri işçi ve işveren primlerinden sağlanan bir devlet kurumuydu. Kurum aralarında hastalık gibi durumların da olduğu pek çok riske karşı sosyal güvence sağlıyor ve sağlık hizmetlerini 1952 yılından itibaren atığı hastanelerde, doğrudan veriyordu.

Bunlara ek olarak bağımsız çalışanların sosyal güvenliği olan Bağ-Kur 1971 yılında 1479 sayılı kanun ile kurulmuştur. Bağ-kur'un kurulmasının amacı serbest meslek

sahipleri, esnaf ve sanatkarların yaşlılık, ölüm ve malullük sigortası sağlamaktı ama 1985'ten itibaren mensupları ve onların bakmakla yükümlü olduklarına sağlık sigortası uygulama görevi de verilmiştir. 1985'teki değişiklikte ev hanımlarına ve herhangi bir sosyal güvenliğe sahip olmayan kişilere de isteğe bağlı olarak kuruluşa üye olma imkanı getirilmiştir. Mali ve idari olarak özerk bir kamu tüzel kişiliği olan kuruluşun finansmanı karma bir yapı olmakla birlikte ağırlık olarak üyelerinin primlerine dayanmaktadır. Kurum üyelerinin sağlık ihtiyaçlarını özel ve kamu sektöründeki sağlık kuruluşlarından satın alarak karşılamaktaydı (Özbek, 2006, 314-315).

Görüldüğü üzere Türkiye'nin sağlık finansman sistemi sosyal sigorta temelli bir şekilde yapılanmaktaydı. Gelişmiş refah devletlerinde sosyal sigorta ağırlıklı sağlık sistemleri nüfusun geri kalanını çalışanlar üzerinden sisteme dahil edebilirken, bu model Türkiye'de sağlık sisteminin kapsayacağı nüfusu kısıtlamıştır. Sosyal sigorta temelli bir sağlık finansman modelinin nüfusun tamamını kapsayan bir sağlık sistemi oluşturması beklenemezdi çünkü ülkedeki emek piyasasının durumu buna uygun değildi. 1927'de ülke nüfusunun 1/4'ü kentlerde yaşarken ancak 1985'te kır ve kent nüfusları eşitlenmiştir. Nüfusun çoğunluğunun kırsal kesimde yaşamasına ek olarak kentlerde yaşayan çalışanların büyük bir kısmı da enformel sektörde istihdam edilmekteydi. Hal böyle olunca işçi ve işverenlerin ödediği primler ile finanse edilen bir sosyal güvenlik sisteminin kapsayıcılığının artmasının koşulları bulunmamaktaydı (Yılmaz, 2017, 55).

Mevcut sosyal sigorta ağırlıklı sağlık sistemi sağlık hizmetlerinin nüfusun tamamına sağlık güvencesi sağlanmasına olanak vermediğinden sosyalleştirme yasası ile evrensel bir sağlık sistemi kurmak amaçlanmıştır. Fakat korporatist model sosyalleştirme kanunu ile inşa edilmeye çalışılan finansmanı kamu ağırlıklı ve tüm vatandaşları kapsayan bir ulusal sağlık sisteminin başarıya ulaşmasını önlemiştir.

Türkiye'deki sağlık politikalarının analiz edilebilmesi için sosyalleştirme kanunundan sonra mevcut hiyerarşik korporatist refah rejimiyle evrensel sağlık sisteminin mücadelesinin anlaşılması gerekmektedir. Modern ülkelerde bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi birbirinden farklı pek çok sağlık sistemi olmakla birlikte iki ana model üzerinden gerçekleşmektedir. Birincisi bismark modeli olarak da anılan sosyal sigorta ağırlıklı sağlık sistemidir. Sigorta sisteminde primlerle finanse edilen ve devlet veya özel sektör tarafından kurulan sigortalar, mensuplarının

sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için gereken hizmetleri kamusal veya özel sektörden satın almaktadır. İkinci modele ise Beveridge Modeli ya da ulusal sağlık sistemi olarak adlandırılmaktadır. Ülkemizde sosyalleştirme kanunu ile gerçekleştirilmesi planlanan bu modelde devlet sağlık hizmetlerini genel bütçeden karşılar; sağlık hizmetlerini ya kendi sunar ya da özel sektörden temin eder (Akalin, 2011, 19). Türkiye'de sosyalleştirme kanunundan sonra bu iki sistem aynı anda varlığını sürdürmüş fakat takip eden yıllar içinde korporatist model, evrensel sağlık sistemine üstünlük sağlamış; özellikle 1980'lerden sonra korporatist refah rejimi nüfusun büyük bir kısmının sağlığa erişimini engellemiştir.

Türkiye'de iki farklı modelin arasındaki mücadele şu şekilde gerçekleşmiştir: Sosyalleştirme kanununa uygun olarak sağlık ocakları açılmaya başlanmış fakat kanunun uygulamak istediği örgütlenme prensipleri tam olarak hayata geçirilememiştir. Sosyalleştirme kanununa göre sağlık hizmetlerinden bedava yararlanmanın koşulu sevk zincirine riayet edilmesidir. Formel sektör çalışanları yani SSK'ya mensup işçiler ve Emekli Sandığı'na tabi memurlar doğrudan kendi kurumlarına ait hastanelere gidebiliyorlardı. Bu avantajlarını yitirmek istemeyen formel sektör çalışanları sosyalleştirme kanununun getirdiği modeli benimsememiştir. Evrensel bir model tasarlayan sosyalleştirmenin en önemli yönü ise parçalı sosyal güvenlik yapısına son verip sağlık hizmetlerinin tek bir merkezden yönetilmesini sağlamaktır. Tek merkezden yönetilmenin yolu ise SSK'ya ve diğer kurumlara ait hastanelerin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesinden geçiyordu. Bunun anlamı kimsenin tabi olduğu kurum üzerinden sağlığa erişimde ayrıcalık sahibi olmaması ve tüm vatandaşların sevk zincirine dahil olarak hastane hizmetlerinden faydalanmasıdır. Fakat işçiler kurumlarına ait hastanelere, memurlar da doğrudan üniversite hastanelerine gitmekten vazgeçmediği için sağlık hizmetlerini tek merkezden yöneten yapıya geçilememiştir. Çalışanların küçük bir kısmını oluşturduğu halde kamuoyu oluşturma gücüne sahip olan ve örgütlü kesimi oluşturan formel sektör çalışanlarının sesini daha fazla duyurabilmesinin korporatist yapının değişmemesinde büyük etkisi olmuştur. Örneğin sendikalar SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesine kesinlikle karşı çıkmıştır (Sütlaş, [08.03.2018]).

1961'den evvel tedavi edici hizmetlere küçük bazı adımlar atmak dışında eğilmeyen devlet 224 sayılı yasa ile bu hizmetlerin esas finanse edicisi, yönetici ve sunucusu olmaya kalkışmıştır. Başta yukarıda anlatılan parçalı sosyal güvenlik yapısının

çıkardığı engeller olmakla birlikte bu yapıyı etkileyen ve bu yapıdan etkilenen başka sebepler de bulunmaktadır. Öncelikle yasanın askeri rejim esnasından çıkarılması takip eden sivil hükümetlerin yasaya önyargılı yaklaşmasına sebep olmuştur. Örneğin yasanın uygulanabilmesi için genel bütçeden ayrılan pay hep düşük tutulmaya çalışılır. İkinci sebep olarak yasanın getirdiği sisteme işçi ve memurların sahip çıkmaması söylenebilir. Sevke gerek olmadan doğrudan hastane hizmetlerine ulaşabilen bu kesimler sistemin işler hale gelmesine yardımcı olmaz. Ayrıca tıp fakültelerinde verilen eğitim sosyalleştirme kanununun ihtiyaç duyduğu hekim tipi yerine özel muayenahanelerinde uzmanlık alanlarında hizmet verebilen hekimler yetiştirmeye yöneliktir. Son olarak muayene sahibi doktorların ve herkesle "eşit" muamele görmek zorunda kalmak istemeyen üst sınıfların sistemin karşısında olması sosyalleştirme programının hayata geçmesini zorlaştırmıştır (Sütlaş, [08.03.2018], Yılmaz, 2017, 53).

1960'lardan itibaren sağlık sistemi her tartışmaya açıldığında gündeme ağırlıklı olarak genel bütçeden finanse edilen evrensel bir sağlık hizmeti kurmayı amaçlayan Genel Sağlık Sigortası gelir. Var olan sağlık güvence programlarını tek çatı altında birleştirmeyi amaçlayan GSS meclis gündemine girememekte girdiğinde de yasalasamamaktadır. Gerek politika yapıcılar gerekse de sağlık profesyonelleri bu sistemin finanse edilemeyeceğine inanmışlardır. Türkiye'nin kaynaklarının sisteme yetmeyeceği fikri bu kesimler için geçerliliğini korumuş örneğin hekimlerin tam gün ve sözleşmeyle yüksek ücretlerle istihdam edilemeyeceği düşünülmüştür (Bulut, 2207, 116). Oysa tam gün yasası sosyalleştirmenin yaygınlaştırılması için olmazsa olmazdı. Tam gün yasası ancak sosyalleştirme programının gereklerine inanan Ecevit Hükümetleri (1978-1980) esnasında uygulanabilmiş; askeri darbeden sonra uygulamadan kalkmıştır (Yılmaz,2007, 60).

Netice olarak 1961 yılından itibaren çıkan düzenlemelerle gündeme gelmiş olan birinci basamağa ağırlık veren, evrensel ve kapsayıcı bir sağlık sisteminin oluşturulması hedefine 1980'lere gelinirken ulaşamadığı görülmektedir. Sosyalleştirilen bölgelerde halkın sağlık seviyesinde iyileşmeler olduğu görülse de sosyalleştirme yaygınlaştırılmadığından birinci basamağa ağırlık veren yapı oturtulamamıştır. Sağlık sistemi evrensel bir yapıya bürünmenin de uzağında kalmıştır. Vatandaşların çalışma hayatındaki konumuna ve devlete yakınlığına göre bir hiyerarşi oluşmuş; bu hiyerarşinin üst sıralarındaki formel sektör çalışanları farklı

güvenlik çatıları vasıtasıyla sağlık hizmetlerine erişirken, hiyerarşinin alt sıralarında kalan enformel sektör ve tarım kesimi çalışanları sağlık hizmetlerine erişmekte zorlanmıştır. Sağlık sistem evrenselleştirilememiş vatandaşlar arasında hizmete erişim açısından eşitsizlikle oluşmuştur. Sosyal güvenlik sisteminin kapsadığı nüfus zamanla artış gösteriyor olsa da 1980'e gelindiğinde vatandaşlık hiyerarşisinin alt sıralarında kalan kesimler nüfusun %60'ını oluşturduğu ve herhangi bir sosyal güvenliğe sahip olmadığı görülmektedir (Günel, 2008, 388).

3.3. Türkiye'nin Dönüşen Sosyal Yapısı ve Serbest Piyasa Politikalarıyla Başlayan Sosyal Güvenliğin Krizi: 1980-1991

1980'lerden itibaren sağlık politikaları açısından yeni bir dönemin başladığı söylenebilir. Cumhuriyet'in başlangıcından 1960'lara kadar olan döneme kurumsallaşma, 1960'tan 1980'lere kadar geçen evreye sosyalleştirme ve 1980 sonrasında ise neoliberal politikalar damgasını vurmuştur diyebiliriz. Türkiye'de sosyalleştirme kanunu ile sağlık sistemini değiştirme hamlesinde bulunulsa da sosyal güvenlik alanında planlanan kapsayıcılığın gerisinde kalınmış ve kırsal kesimlere ilk defa birinci basamak sağlık hizmetlerinin götürülmesi haricinde sağlık hizmetlerinde beklenen ilerleme sağlanamamıştır. Özellikle 24 Ocak kararlarından itibaren izlenen ekonomi politikaları, sosyal güvenlik ve sağlık alanındaki sorunlara bir önceki ulusal kalkınmacı dönemden farklı yaklaşılacağına işareti olmuştur. Yeni dönemin piyasa ideolojisi rehberliğinde yapılan reformlar sağlık hizmet alanındaki sorunları çözmek şöyle dursun sosyal güvenlik alanında krize sebep olmuştur. Bu dönemde kentlerdeki nüfusun, enformel sektörde çalışanlarının ve işsizliğin artması ayrıca düşük ücret politikasının benimsenmesi sosyal güvenlik alanındaki krizi derinleştirmiştir.

1970'lerde yaşanan petrol şoklarıyla başlayan kapitalizmin krizi neoliberal politikalarla aşmaya çalışılmış; aynı yıllarda Türkiye küresel ekonomide yaşanan eğilimlere uyum göstermiştir. 1977'den itibaren başlayan ekonomik krizle birlikte benzer gelişmeler Türkiye'de de görülmeye başlanmıştır; DB'nin uyum programı ve IMF'nin istikrar politikası paketi 24 Ocak Kararları'na yansımıştır (Bağımsız Sosyal Bilimciler, 2008, 221). Türkiye'nin küresel neoliberal eğilimlerle tanıştıran 24 Ocak Kararları'nın uygulamaya geçirilebilmesi 12 Eylül darbesinden sonra gerçekleşmiştir. Bu tarihten itibaren ulusal kalkınmacılıktan neoliberal evreye geçilmiştir. Bu dönemde devletin ekonomideki rolünün azaltılması görüşü hakimdir ve kamu sektörü

rekabetten uzak olduğu için verimsiz olarak addedilmiştir. Piyasayı verimlilikle eş tutan ve her sorunun ilacı olarak gören neoliberal ideoloji sosyal adalet ve ekonomik gelişme arasındaki bağı koparmıştır (Günel, 2008, 397).

12 Eylül 1980'de gerçekleşen darbe ülkenin politik ve ekonomik açıdan yönünün tamamen değişmesine sebep olmuştur. Darbeyi yapanlar tarafından kurulan ve Kasım 1983'e kadar ülkeyi yönetecek Milli Güvenlik Konseyi, çıkardığı kararname ile anayasayı askıya almış, parlamentoyu dağıtmış, parti önderlerini tutuklamış ve neredeyse tüm meslek kuruluşlarıyla sendika konfederasyonlarının faaliyetlerini durdurmuştur (Ahmad, 2014, 215-216). 1970'ler boyunca sosyalleştirme programını güçlendirmeye çalışan sağlık meslek örgütü Türk Tabipleri Birliği de faaliyetleri askıya alınan yapılardan biri olmuştur. Merkezinin yeri değiştirilen, başkanı tutuklanıp baskı altında tutulmaya çalışılan TTB tekrar açıldığında kendilerinden kamu sağlığı ile bir şey beklenmediği söylenmiş; temsil kuvvetlerinin altı oyulmaya çalışılmıştır (Yılmaz, 2017, 63). Parlamento ve basında muhalefetin olmadığı şartlar altında hazırlanan 1982 Anayasası ile bireysel ve kolektif haklarda önemli gerilemeler olmuştur.

1960'dan itibaren elde edilen tüm siyasal ve sosyo-ekonomik kazanımların geri alınmasına sebep olan darbe yönetimi siyasi ve ekonomik hayattaki tüm alanlarda kökten değişiklik yapmakla beraber kendinden önceki hükümetin sadece iki faaliyet alanına dokunmamıştır: dış politika ve 24 Ocak 1980'de yürürlüğe konan ekonomik istikrar programı (Ahmad, 2014, 216). Askeri yönetim ekonomideki kalkınma stratejisini ithal ikameci sanayileşmeden ihracat ağırlıklı büyümeye kaydırmasıyla neoliberalleşme süreci başlamıştır. Bu süreçte ekonomi neoliberal küresel ekonomiyle bütünleştirilmiş; 1990 yılında Türkiye açık bir piyasa ekonomisi haline getirilmiştir. İhracat ağırlıklı büyüme stratejisine uygun olarak devlet iştirakleri özelleştirilmiş ve özel sektörün ekonomideki payı arttırılmaya çalışılmıştır (Yılmaz, 2017, 62).

Neoliberal politikalarının etkileri genel olarak sosyal politikalarda özel olarak da sağlık hizmet alanında izlenebilmektedir. Süreç şu şekilde işlemektedir: İlk olarak sermayenin kamu finansmanına katkısı azaltılarak ve devletin sermayeye aktardığı kaynak arttırılarak sosyal harcamalara ayrılan kaynaklar aşındırılır. Bu sürecin sonucu olarak devlet borç krizine girdiğinden finansman sorunları hizmetlerin fiyatlandırılması ve yararlananların mali katkısıyla aşılmaya çalışılır. İkinci olarak

ise sermayenin elindeki kaynaklar yeni yatırım alanlarına yönlendirilerek daha önce kamu tarafından yürütülen hizmetlerin özelleştirilmesi sağlanmaktadır. Bu sürecin sonucu olarak da kamudan özele kaynak aktarılmaya başlanmıştır. Bu iki sürecin sonunda sağlığın da aralarında bulunduğu kamu hizmetleri bir yandan aşındırılmış bir yandan da özelleştirilmiştir (Soyer, 2003, 301).

Türkiye'de problemlili refah sistemine ve yetersiz sağlık hizmetlerine özelleştirme politikaları eklenince; sonuç, toplum (özellikle herhangi bir sosyal güvenlik şemsiyesi altında olmayanlar) için sarsıcı olmuştur. Sağlıktaki özelleştirme çerçevesinde devlet hastaneleri ticari işletme gibi yönetilmesi kararı alınır ve personel maaşları dışında hastanelere kaynak aktarılmaz. Ayrıca doktorların düşük seyreden ücretlerinin artırılması için hastane karlarından pay verilmesini sağlayan döner sermaye uygulamasına ağırlık verilir. Bu uygulamalar neticesinde formel kesimde çalışanlardan alınan katkı payları artarken güvencesi olmayan enformel sektör çalışanları ise hastanelere kabul edilmemeye başlar. Güvencesi olmayan yoksullar 1955 yılından itibaren muhtardan alınan fakirlik ilmuhaberiyle (her zaman işe yaramasa da) sağlık hizmetlerine ulaşabilme imkanı oluyorken (Buğra, 2013, 168) özelleştirmelerden sonra bu imkan da ortandan kalkmıştır.

Sağlık hizmetlerindeki sorunların ağırlaşmasında 1980'lerde kuvvetlenen sosyal yapıdaki dönüşümün etkisi olmuştur. Özellikle 12 Eylül'den sonra başlayan ve 1990'ler boyunca devam eden yıllarda dönüşüm dinamikleri tamamen çalışanların aleyhine dönmüştür. Sanayide reel ücretler, 1978-1979'la 1988 arasında tüketici fiyatlarına göre %32 oranında gerilemiştir. 1990'larda boyunca artmakla birlikte hem kayıtdışı istihdam hem de formel sektör çalışanları arasında taşeronlaşma arttığından ücretle düşük seyretmiştir. Çalışan yoksul olgusu istisna olmaktan çıkmış çalışanların çoğunluğunda görülmeye başlamıştır.

Aynı yıllarda tarım sübvansiyonlarının kalkması ve tarım ürünlerindeki ticari liberalizasyon uygulamaları sonucunda tarım sektöründe büyüme oranları düşer ve Türkiye 1980-200 arasında tarım sektöründen verimliliğin artmadığı tek ülke olur. Bu gelişmelerin etkisi ise küçük köylülüğün ve tarımın çözülmesi olmuştur. Güneydoğuda şiddet olaylarının artması çözülmeyi boyutlarını büyötmüştür. 1985'e gelindiğinde şehir ve köy nüfuslarının ilk kez eşitlenmesinden anlaşıldığı üzere nüfus şehirlerde yoğunlaşmaya başlamış; aile yapısı geniş aileden çekirdek aileye doğru dönüşmüş ve göç edenlerin entegrasyonunu kolaylaştıran köy ve kent arasındaki

yardımlaşma bağları zayıflamıştır. Bütün bu sayılanlara kent yoksulluğunu artırdığından sosyal güvenlik sisteminin kapsamında olmayan nüfusun sorunları artmıştır (Buğra, 2013, 200-202).

Darbe ile iktidarı ele geçiren cuntanın kurduğu Milli Güvenlik Konseyi'nin ülke yönetimi 1983'e kadar sürmüştür; ardından 1991'e kadar ANAP hükümetleri iktidarda kalmıştır. 1992'ye kadar Sağlık hizmet alanında yapılan uygulamalar bu iki döneme ayrılarak incelenecektir.

3.3.1. Milli Güvenlik Konseyi İdaresinde (1980-1983) Sağlık Hizmet Alanındaki Gelişmeler

MGK yönetimi ele geçirir geçirmez diğer örgütlenmelere yaptığı gibi sağlık meslek kuruluşlarını kapatır, mal varlıklarına el koyar ve yöneticilerini yıllarca sürecek şekilde gözaltında tutar. Sağlık hizmet alanında gerçekleştirdiği ilk uygulama yeni dönemin ruhunu yansıtmaya bakımından haber verici niteliktedir. 1978'de, yıllar süren direnç kırılarak yasalaşan ve sosyalleştirme yasasının en önemli unsurlarından biri olan tam gün yasası, MGK tarafından hemen kaldırılır. Kaldırılan yasadaki kamu sağlık çalışanlarının serbest meslek uygulayamazlar hükmü, piyasa hekimliğinin önünü kesmek için konmuştur. Bu koşul kaldırıldığından sağlık ocağı hekimleri dahil tüm doktorların özel muayenehane açma serbestisi getirilmiştir. Ayrıca yasanın kaldırılmasıyla hekimlerin iki yıldır aldıkları gelir yarıya indirilir ve enflasyonun etkisiyle ücretler daha düşük seviyelere iner (Aksakoğlu, 2008, 46). Bu uygulamalar kamuda çalışan doktorların gelirlerini artırmak için özel muayenehane açmasını hızlandıracaktır. Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaya girmeden önce kamuda çalışan doktorların özel muayenehaneye sahip olma oranının %90'lara çıktığı görülecektir.

1981 yılında sağlık yatırımları Bakanlar Kurulu kararı ile teşvik kapsamına sokulmuş ve kamu fonları özel sektöre aktarılmaya bu dönemde başlatılmıştır. Ayrıca 1981 yılında SSK'nın aktif çalışanları ve bağımlıları için yüzde 20, 1983 yılında SSK kapsamında gelir ve aylık almakta olanlar ile bağımlıları için yüzde 10 oranında ilaç katkı payı getirilmiştir. MGK döneminde sosyal politikalar ve sağlık alanı için bir diğer önemli gelişme 1982 Anayasası ile devletin sağlık hizmetlerindeki rolünün yeniden tanımlanmasıdır (Bağımsız Sosyal Bilimciler, 2008, 222-223).

1961 Anayasası'nda sağlıkla hizmetleri ilgili 49. madde şöyledir: "Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesi ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul ve dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır." Bu hüküm sosyal devlet anlayışına uygun olarak sağlık hizmetlerinin sunumunda devletin sorumlu olduğu şeklinde yorumlanmaktadır. 1982 Anayasası'nın sağlık hizmet alanını ilgilendiren 56. maddesine göre: "Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşın ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortasını kurabilir." Bu maddeyle devletin sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu olması bu hizmetlerin denetlenmesi ve düzenlenmesiyle değiştirilmiştir. Anayasadaki değişiklik sosyal devlet anlayışından vazgeçilmesi olarak yorumlanmıştır. Her ne kadar 1980'den önce de gelişmiş bir refah devletinden söz edilemiyorsa da sosyal devlet uygulamaları 1980 sonrası döneme göre daha gelişkindir (Soyer, 2003, 305).

3.3.2. ANAP Hükümetleri Döneminde (1983-1991) Sağlık Politikaları

Milli Güvenlik Konseyi'nin 1983'e kadar süren yönetimiyle başlayan liberal politikalar ANAP hükümetleriyle devam etmiştir.¹⁸ ANAP, İMF VE DB programlarıyla sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere özel girişimlerin rolünü artırmaya çalışmış; açılacak özel hastanelerin devlet hastanelerinin üzerindeki yükü hafifleteceğini ileri sürmüştür. Bu dönemde devlet hastanelerinin özelleştirilmesinden ziyade özel hastanelerin teşvik edilmesi söz konusudur.

5. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda ANAP hükümetlerinin sağlık hizmet alanına yaklaşımı net olarak izlenebilmektedir. 5. BYKP'ye göre verimliliğin artırılması için sağlık kuruluşları genel idare esaslarına göre değil işletmecilik esaslarına göre yönetilecek, özel sağlık müesseseleri ve hastaneler teşvik edilecek, bu hastanelerin sundukları hizmetlerin karşılığı olan ücretler serbest bırakılacak, serbest çalışan

¹⁸Zaten bu döneme damgasını vuracak olan ANAP'ın lideri Turgut Özal, MGK yönetiminde ekonomi işlerinden sorumlu başbakan yardımcısıydı.

hekimlerle anlaşmalar yapılarak sağlık hizmeti sunulma yoluna gidilecek, kamu ve sigorta kurumlarının kendilerinin sağlık hizmeti vermek üzere teşkilatlanmalarından kaçınılacak ve genel sağlık sigortasına geçilecektir (DPT, 1984, 152). Planda ortaya konan perspektife uygun olarak 1987 tarih ve 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile yasalaşarak hayata geçirilmeye çalışılmıştır. Yasayı dönemin ana muhalefet partisi SHP Anayasa Mahkemesine taşımış; mahkeme hükümlerinden bir kısmı kabul etmediğinden tam olarak hayata geçirilememiştir. ANAP hükümetleri döneminde sağlık alanıyla ilgili çıkan en önemli düzenleme olan yasa neoliberal yaklaşımı tam olarak yansıtmaktadır. Düzenlemeyi esas önemli kılan ise yasaya yapılan itiraz sonucu alınan Anayasa Mahkemesi'nin kararında sağlık hizmetlerinin niteliği ile ilgili saptamadır.

Yasada bir çok hüküm olmakla birlikte en önemlileri sağlık hizmetlerinin niteliği ve sağlık çalışanlarının statüsü ile ilgili olanlardı. Yasa, kamusal sağlık kuruluşlarının işletme esaslarına göre çalışmasını, hekimlerin mesai saatleri dışında kurumda özel teşhis ve tedavi yapabilmesini, işletme esaslarına göre çalışan sağlık kuruluşlarında sözleşmeli personel çalıştırılmasını öngörüyordu. Bu hükümlerle sağlık hizmetlerinin piyasaya açılarak ticarileştirilmesinin ve sağlık personelinin sözleşmeler vasıtasıyla güvencesiz çalıştırılmasının önü açılmıştır (Bağımsız Sosyal Bilimciler, 2008, 224). SHP'nin yasanın iptal edilmesi için başvurusu sonrası Anayasa Mahkemesi'nin aldığı karar, bu tarihten sonra sağlık hizmetlerinin niteliği ve görülüş yöntemleri açısından günümüze kadar bağlayıcı bir nitelik kazanmıştır.

Kamu hizmetleri literatüründe kamusal hizmetler niteliklerine göre iki ana kategoriye ayrılmaktadır. Bunlar, genel idare esaslarına göre yürütülen kamu hizmetleri ve işletmecilik esaslarına göre yürütülen kamu hizmetleridir. Devletin temel görevleri genel idare esaslarına göre yürütülmektedir. Bu kategorideki kamu hizmetlerinde devlet, hizmeti özel kişilere gördürmek yerine kendi yerine getirir; kar amacı güdülmez ve giderler genel bütçeden finanse edilir ve hizmetten yararlanmak insan ya da yurttaş hakkı olarak görüldüğünden karşılığında para alınmaz. İşletmecilik esaslarına göre yürütülen kamu hizmetleri ise geçmişte devlet tarafından üstlenilmiş olsa da bu kategorideki hizmetler ağırlıklı olarak özel kişilere gördürülür. Bu hizmetlerde kar amacı güdülür ve finansman, hizmetlerden yararlananlardan alınan ödemelerle oluşturulur. Hizmetlerden yararlanan kişi piyasadaki müşteriye benzediğinden bedelini karşılayamıyorsa hizmetten dışlanabilir (Ataay, 2007, 81-82).

Anayasa Mahkemesi Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu hakkındaki kararında Sağlık Bakanlığı'nın gözetim ve denetimi altındaki sağlık kuruluşlarının bir kamu hizmeti olan sağlık hizmetlerini genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlü olduğunu belirterek bu kuruluşlarda kamu görevlisi statüsünde olmayan personel çalıştırılmayacağına hükmetmiştir. Sağlık çalışanlarıyla ilgili hükümlerde bu kararı vermesine karşın kamu sağlık kuruluşlarının işletmecilik esasına göre çalıştırılmasını, kar amaçlı faaliyette bulunmasını ve hizmetten yararlananlardan yararlanmaları karşılığında bedel talep edilmesini Anayasa'ya uygun bulmuştur. Mahkemeye göre her ne kadar sosyal devlet ilkesi gereği yurttaşlara sağlık hakkı tanılsa da devletin mali kaynaklarının yeterliliği gözetilerek bakanlığa bağlı sağlık kuruluşlarının sağlık işletmesine dönüştürülmesi Anayasa'ya aykırı olmadığı hükmedilmiştir (Ataay, 2007, 85).

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun bir çok maddesi Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edildiğinden yürürlüğe tam olarak girememiş olsa da ANAP sağlık hizmet alanında kendi döneminin izlerini bırakmayı başarmıştır. Bu dönemin en önemli iki gelişmesi döner sermaye uygulamasının kapsamının genişletilmesi ve sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektörün teşvik edilmesidir. Döner sermaye, sağlık güvencisinin kapsamını genişletmek ve sosyal güvenlik dışında kalanları içermek yerine hizmetlerden ücret alınmasına neden oluyor; doktorlara hastane karlarından pay verilmesini sağlıyordu. Döner sermayenin bu özellikleri sağlık hizmetlerinin piyasalaşmasını sağladı (Yılmaz, 2017, 65).

Genel bütçeden sağlık hizmetlerine ayrılan pay azaltılarak, kamu sağlık kuruluşlarına ayakta kalmanın yolu olarak hizmetlerini fiyatlandırma yolu gösterilmiş; bu kuruluşlar da hizmetlerini ücretlendirmeye başlamıştır (Soyer, 2003, 306). Hastane yönetimleri doktorların düşen gelirlerini yükseltmek ve kurumun diğer giderlerini karşılamak için döner sermaye uygulaması ile gelir yaratma yoluna gitmiştir. Bunun sonucu olarak daha özelleştirme uygulamalarında önce sosyal güvenliğe sahip olmayıp da fakir ilmuhaberi gibi mekanizmalarla sağlık hizmetlerine bir nebze olsun ulaşabilen yoksullar gelir getirmediği için hastanelere kabul edilmemeye başlar.

1980'lere gelindiğinde sağlık sistemini evrensel ve kapsayıcı hale getirecek yeni sağlık sistemi kurma girişiminin başarılı olmadığı görülmüştü. Evrensel sağlık sistemine geçiş denendi ama hem ülkenin az gelişmişliği ve devletin kaynak azlığı hem de çeşitli toplumsal ve siyasi nedenler planlanan aksine eşitsiz korporatist

refah sisteminin kuvvetlenmesine neden oldu. Sosyalleştirme döneminin tek mirası yoksulların temel sağlık hizmetlerine kavuşturulmuş olmasıydı. Yoksullara en azından birinci basamak alanında sağlık hizmeti verilebildi. Ayrıca bu gelişme daha evvel sağlık hizmetiyle karşılaşmayan kesimlerin sağlık beklentilerinin artmasına neden oldu ve yoksulların nazarında devletin bu alanda sorumluluğu olduğu düşüncesini akıllara getirdi.

Bu bölümde ele almaya çalıştığımız 1980 sonrasının problemleri 1960 ve 1970'li yıllardakilerle benzer özellikler arz ediyordu. Sağlık hizmetlerindeki düşük kapsam, birinci basamak sağlık hizmeti ağının zayıflığı, sağlık hizmetleri ve personelinin ülkeye eşitsiz dağılmış olması, verimsiz hastaneler, doktorların kamu hizmetinden neredeyse kaçıyor olmaları, hizmetlerin entegre hale gelememesi ve sağlık hizmetlerine ulaşımında var olan eşitsizliklerin sürmesi 1980 öncesi ve sonrasının ortak problemleridir. Üstelik 1980'den sonra şehirleşmenin artması ve dolayısıyla sosyal güvenliğin üstündeki talep baskısının artması problemleri daha çekilmez hale getirmiştir. Sosyalleştirme döneminin alamet-i farikası olan halk sağlığı alanı 1980'lerde ihmal ediliyor; ağırlık tamamen tedavi edici hizmetlere kayıyordu. Halk sağlığı ve birinci basamağa ayrılan payların azalması özellikle bu servisten yararlanabilme imkanı olan yoksul kesimlerin durumunu daha da kötüleştirdi. Sosyalleştirme ile murat edilen kent-kır arasındaki ve bölgesel eşitsizliklerin kaynakların özel sektöre teşvik edilmesi için kullanılması nedeniyle kuvvetlendiği görülmektedir. Piyasa mekanizmasını benimseyen ANAP hastaneleri döner sermayeye bağımlı yapması ücretsiz hasta bakımını büyük oranda durmasına sebep olmuştur (Günel ,2008, 496-497).

1980 sonrasında sağlık alanında benimsenen politikalar önceki dönemlerden farklı olmakla birlikte 1950'lerden itibaren değişik zaman aralıklarıyla gündeme gelen ama ülkenin sosyo-ekonomik durumu elvermediğinden devreye sokulamayan Genel Sağlık Sigortası'nın 1980'lerde tekrar gündeme geldiğini görmekteyiz. Her ne kadar sağlık alanında köklü bir çözüm getirmek üzere gündeme alınan bu uygulama 1980 öncesi ve sonrasında aynı ismi taşısa da farklı çerçevelerde ele alınmıştır. Sosyalleştirmenin GSS'si İngiltere'deki ulusal sağlık hizmetleri servisi gibi hizmetlerin finansmanını kamu ağırlıklıydı ve tüm vatandaşlar çalışma ve aile durumuna bakılmaksızın aynı biçimde kapsama alınıyordu. 1980'lerin piyasacı yıllarından itibaren gündeme gelen GSS tek bir güvenlik şemsiyesi oluşturmakla

birlikte kullanıcıların primleriyle finanse edildiğinden prim ödeyemeyenlerin sistemin dışında kalması olasılığı vardı. Esas farklılık ise sosyalleştirme döneminde devletin, sağlık hizmetlerinin finanse edicisi, sunucusu ve düzenleyicisi rolündeyken; 1980'lerden sonra sağlık hizmetleri sunumundan çekilmiş olması ve hastanelere kendi özerkliğini tanımasıydı.

3.4. Sosyal Güvenlikteki Krize Yapılan Müdahale Olarak Yeşil Kart Uygulaması ve Sağlıkta Reformun Gündeme Girmesi: 1992-2002

Sağlık politikalarını incelerken Sağlıkta Dönüşüm Programından önce ele alacağımız son dönem 1992 yılından başlatılabilir. Bunun için ilk neden 1992'de yasalaşan Yeşil Kart uygulamasına kadar eşitsiz korporatist sistemin dışladıklarının sorunlarını giderebilecek bir mekanizmanın ortaya çıkmamasıdır. İkincisi ise SDP'den sonra uygulamaya konulabilecek reformların ilk kez 1990'ların başında gündeme gelmesidir. İncelendiğinde 1990'ların başında gündeme gelip kağıt üzerinde kalan reformlarla SDP'nin içeriğinin benzeştiği görülecektir.

3.4.1. Yeşil Kart Uygulaması

ANAP'ın iktidarda kaldığı yıllar boyunca eşitsiz korporatist refah sisteminin kapsamı dışında kaldığı için sağlık hizmetlerine ulaşmada zorlanan nüfusun sorunlarının arttığını belirtmiştik. Piyasa ideolojisine koşulsuz bir bağlılık sergileyen ANAP hükümetleri döneminde hastanelerin ticari işletme gibi yönetilmeye başlandığını ve döner sermaye uygulamasının kapsamının genişlediğini; bu gelişmelerin ise ödeme gücü olmayanlara ücretsiz sağlık hizmeti verilmesini zorlaştırdığını görmüştük. Yoksulların sağlığa erişimini kolaylaştıran bir program olan Yeşil Kart ANAP'ın sağlık alanındaki piyasacı uygulamalarına yapılmış karşı bir hamle olacaktır.

ANAP'ın, iktidarı DYP-SHP hükümetine bırakması sonrasında giderek daha büyük bir kesimi ilgilendiren sağlık hizmetlerine erişim sorunlarının çözümü için 1992 tarih ve 21273 sayılı "Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun" çıkarılmıştır. Kanunun isminde de geçen "ödeme gücü olmayan vatandaş"ın kapsamına geliri asgari ücretin 1/3'ünden az olanlar girebiliyordu. Yeşil Kart sahiplerinin yatarak tedavi masraflarının devlet tarafından karşılanması öngörülmüştür. Kanunun görüşmeleri sırasında Yeşil Kart'ın acil çözüm bulunması gereken sorunlar için

Genel Sağlık Sigortası'na geçilene kadar uygulanacak geçici bir uygulama olduğu söylenmiştir (Buğra, 2013, 214) fakat uzun yıllar yürürlükte kalarak dördüncü bir güvenlik sistemi haline gelmiştir.

1990'lara kadar sağlık hizmetlerine erişemeyen nüfusun problemlerini bir ölçüde çözecek bir mekanizma düşünülmemiştir. Fakat özellikle Güneydoğu, Doğu ve Kuzeydoğu'da yaşayan yoksul nüfusun Bağ-Kur'a üye olma şansının olmadığı anlaşıncı (ve kabul edilince) Yeşil Kart uygulamasına geçilmesi düşünüldü. Demirel 1991 seçim çalışmalarında sağlık alanında Yeşil Kart ve GSS gibi köklü reformları vaat etmiştir.

Uygulama ihtiyaç tespitine dayandığı için neoliberal bir boyut taşısa da hak temelli bir sistem yönünde atılmış bir adım olarak düşünülmektedir. Çünkü sosyal güvenlik sistemi içinde vatandaşlar arasındaki bazı eşitsizlikleri ortadan kaldırır; sağlık sisteminden dışlananlar için kurtarıcı bir rol oynar. Yeşil Kart'tan önce yoksullar sağlık hizmetlerini ücretsiz olarak alabilmek için yerel otoritelere ve hastane yönetimlerine yoksul olduklarını kanıtlaya çalışıyorlardı. Uygulama insanların her seferinde yoksulluklarını kanıtlamaları ve hastane yönetimleriyle karşı karşıya gelmelerini önlemek için başlatılmıştır. Bu arada Yeşil Kart'ın kapsamı da sınırlıydı; yatarak tedavi masrafları karşılanmakla birlikte temel ilaçlar haricinde ayakta tedavi masrafları da karşılanmıyordu. Türkiye'deki refah sisteminin ne kadar yetersiz olduğu 2000'li yıllara gelindiğinde Yeşil Kart'tan faydalanarak sağlık hizmetlerinden yararlanan nüfusun 10 milyona dayanmasından ve Yeşil Kart uygulaması getirilmesine rağmen toplum nüfusun 1/3'ünün hala hiç bir sağlık güvencesine sahip olmamasından anlaşıyordu (Keyder, 2007, 18).

3.4.2. Türkiye'de Sağlıkta Reformun Gündeme Gelmesi

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde aynı dönemde başlamak üzere, sağlık hizmetlerinde reformların gündeme girdiği görülmektedir. 1980'lerin sonu 1990'ların başında neoliberal dönemin beklentilerine uygun olarak politika değişimleri olmaya başlamıştır. Bu dönemde kamu harcamalarının olabildiğince kısılması gerektiği düşünüldüğü için bütçe içerisinde önemli bir yer işgal eden sağlık harcamalarının nasıl azaltılabileceği üzerinde çalışılmaya başlanmıştır. Arka planında bu nedenlerin olduğu sağlık reformları, sağlık sektöründe kriz olduğu söylemi ile gerekçelendirilerek kullanıma girmiştir. Sağlıkta krizden kastedilen yeni ekonomik

ortamda devletin küresel ekonomik koşullarla ve finansal problemlerle uğraşırken sağlık alanında artan talebi ve yükselen maliyetleri karşılayamama durumudur. Krizin sebebi ve çözümü neoliberal paradigma içinde bulunmuş bu dolayında sağlık uzmanları ve politika yapıcılarını ile tüm ülkelere salgın gibi yayılmıştır (Ağartan, 2007, 37).

Özellikle gelişmekte olan ülkelerde 1980'lerin başından itibaren yaşanan ekonomik krizler işsizliği artırdığı, satın alma gücünü azalttığı, vergi ve prim toplanmasında zorluklar yaşanmasına neden olduğu için hem sağlık sistemlerini olumsuz etkilemiş hem de bu ülkeleri IMF ve Dünya Bankası'nın müdahalelerine açık hale getirmiştir. Bu kurumlar ise aralarında sosyal güvenlik alanının da bulunduğu konularda makroekonomik politikaların uygulanmasını talep etmiştir. Gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık reformlarını IMF kredileri ve bunları çerçevesinde uygulanan Yapısal Uyum Programları güdülenmiştir (Sen 2001'den aktaran Ağartan, 2007, 41).

Dünya'da sağlık reform politikalarını geliştiren ve hayata geçirilmesine yardımcı olan kurumlar Türkiye'de de sağlık reformlarının içeriğini belirlemiştir. Tıpkı küresel ölçekte olduğu gibi Türkiye'de de 1980'lerin sonu 1990'ların başında sağlık reformları gündeme gelmiştir. Fakat diğer gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi Türkiye bir yandan kendine salık verilen reformları hayata geçirmeye çalışırken bir yandan da (refah devleti geçmişi olmadığından kaynaklı) kendine has problemlere çözüm bulmaya çalışmıştır. Örneğin korporatist ya da evrensel modelini taşısa da gelişmiş ülkelerin sosyal güvenliğin kapsamı dışında kalan bir nüfus sorunu yoktur. Fakat Türkiye, hem neoliberal reformlar çerçevesinde kamu harcamalarını kısmış hem de Yeşil Kart gibi kapsam dışı nüfus için mekanizmalar kurmaya çalışmıştır.

Türkiye'deki sağlık reform önerilerini içeren belgeler 1990 yılında oluşmaya başlar. Bahsi geçen sene DPT, PriceWaterhouse isimli şirkete Sağlık Sektörü Master Planı Etüdünü hazırlatmıştır. Raporda Türkiye'deki mevcut sağlık sisteminin sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyeti sağlayamadığı ve tedavi edici-koruyucu sağlık hizmetlerinin entegre edemediği; devletin kendi başına bu sorunlu sağlık sistemini yeniden planlamada yetersiz kalacağı tespitleri vardır. Rapor Türkiye'deki sağlık sistemindeki kronik sorunlarla ilgili farkındalık oluşturarak yeni bir sağlık hizmeti anlayışına geçilmesini teşvik eder (Pricewaterhouse, 1990'dan aktaran Yılmaz, 2017, 67-68).

DYP-SHP döneminde bakanlık bürokrasisini devre dışı bırakan ve sağlık alanındaki girişimleri DB politikası doğrultusunda yapan Sağlık Reformu Proje Genel Koordinatörlüğü kurulmuştur. Bu tarihten itibaren doksanlar boyunca DB, Türkiye'deki sağlık politikalarının belirlenmesinde önemli aktörlerden biri haline gelmiştir. Bu gelişmeden önce ilk olarak 1990 yılında sağlık alanında Dünya Bankası ile ortak projeler başlatılmıştır. ANAP döneminde DB ile imzalanan Sağlık Projesi Kredi Anlaşması ile sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesini desteklemek ve yönlendirmek için Türkiye'ye kredi verilmiştir. Ayrıca DB ile ortaklığın neticesinde 1993 yılında DB'nin yaklaşımının yansıtan ve yapılması planlanan reformları belirleyen Ulusal Sağlık Politikası hazırlanmıştır (Bağımsız Sosyal Bilimciler, 2008, 224). Ulusal Sağlık Politikası ve DB'nin yönlendiriciliği ile hazırlanan diğer sağlık reform önerileri GSS'ye geçilmesi, verimliliğin ve hizmetlere hakkaniyetli erişimin artırılması için sağlık hizmetlerinde finansman, örgütlenme ve sunumda gerçekleştirilecek dönüşümleri içeriyordu. (Yıldırım, Yıldırım, 2013, 360).

Doksanların sonunda hazırlanan 7. BYKP, DB'nin reform önerilerinin birebir yansıdığı belgelerden biri olması açısından önemlidir. Rapordaki ifade şöyledir: "SB halk sağlığını koruyucu, standart ve norm koyucu bir yapıya kavuşturulacak, hizmet sunumundaki rolü azaltılacak, yerel yönetimlerin rolü artırılacaktır; bireye hekim ve hastane seçme imkanı getirilecektir; hastaneler idari ve mali özerkliğe sahip işletmelere dönüştürülecektir; kendi gelirleri ile giderlerini karşılayan ve piyasa koşullarında çalışan hastanelerden kamu sübvansiyonu kademeli olarak kaldırılacaktır; koruyucu sağlık hizmetleri ile muhtaç ve güçsüzlerin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerinin dışında sunulan hizmetlerin bedelinin yararlanıcılar tarafından ödenmesi esas olacak, uzun vadede genel sağlık sigortası sistemine geçilecektir; özel kesimin sağlık sektöründeki faaliyetleri özendirilecektir" (Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996 - 2000), 1995, 46-46). Sağlıkta Dönüşüm Programına kadar DB'nin çözüm önerilerini hatırlatan bu unsurlardan sadece muhtaçları hedefleyen ve GSS'ye geçene kadar geçici bir çözüm olarak görülen Yeşil Kart uygulaması başlamıştır. Yeşil Kart uygulaması ile kapsam dışı nüfusla ilgili önemli bir adım atılmış olsa da aynı hükümet döneminde 5 Nisan 1994 kararlarının etkisiyle kamu sağlık kurumlarına devlet katkısı yalnızca personel giderlerini karşılayacak düzeyde tutulduğundan devlet hastaneleri harcamalarını karşılayamaz duruma gelmiştir

(Soyer, 2003, 313). Bu yüzden döner sermaye uygulamasına verilen ağırlık artmış; sağlık ocaklarında bile verilen hizmet karşılığında ücret talep edilir hale gelmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'ndan önce sağlıktaki durumun genel özellikleri üzerinde durmadan önce sağlık reformlarını ele alan literatürde dikkati çeken bazı hususlara değinmek gerekiyor. Bahsedildiği üzere 1990'ların koalisyon hükümetleri süresince Türkiye'deki sağlık sisteminin sorunlarının çözümü için DB gibi uluslararası kuruluşların yönlendiriciliğiyle bazı reform önerileri gündeme gelmiştir. Başta TTB olmak üzere sağlık hizmet alanındaki örgütlü kesimler, reform önerilerinin hayata geçen unsurlarından biri olan Yeşil Kart uygulaması da dahil olmak üzere bu dönemde gündeme gelen tüm önerilere neoliberal politikaların bir parçası olduğu gerekçesi ile karşı çıkmıştır. Bu uygulama gerçekten de sadece muhtaçları hedef alması ve ihtiyaç tespitine dayanması bakımından damgalayıcı olmasıyla neoliberal olarak adlandırılabilir. Diğer bir görüşe göre ise Yeşil Kart var olan eşitsiz korporatist refah sistemi düşünüldüğünde, vatandaşlık statüsünde bir ilerlemedir ve hak temelli sisteme atılmış bir ilk adım olarak değerlendirilebilir. Aradaki görüş farklılığının reform karşıtlarının, reformların içeriğine baktığında 1980'lerdeki istikrar programının devamcısı olan piyasacı yaklaşımı görmesinden kaynaklandığı anlaşıyor. Bu yaklaşıma göre Yeşil Kart kapsam dışı nüfusun bazı problemlerini çöze de neoliberal politikaların bir parçası olduğu için sosyal politikadaki bir gelişme olarak düşünülmemelidir.

3.5. Sağlıkta Dönüşüm Programından Önce Türkiye Sağlık Sisteminin Durumu

Osmanlı Modernleşmesinden itibaren, yardım sandıkları gibi çeşitli sosyal koruma mekanizmaları bulunmakla birlikte; Türkiye'de kurumsal sosyal güvenliğin başlaması İkinci Dünya Savaşı sonrasını bulmuştur. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra Türkiye'deki sosyal politika uygulamalarının Güney Avrupa refah rejimi altında değerlendirilebileceği düşünülmektedir. Bu tipolojinin özelliği prime dayalı Bismarckçı korporatist refah rejimine benzetmekle birlikte; çalışma hayatında enformel istihdamın formel olandan az olması, refahı sağlamada ailenin ve patronaj ilişkilerinin önemli yer tutmasıydı. Türkiye'nin Güney Avrupa modeline sahip ülkelerden farkı, nüfusun daha düşük bir oranına sosyal güvenlik sağlamasıydı. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra kurumsallaşan refah sisteminde, kişiler, vatandaşlık statüsüne dayalı evrensel bir kapsayıcılık yerine istihdamdaki konumuna göre sosyal

güvenliğe ulaşabiliyordu. Türkiye'nin "eşitsiz korporatizm" olarak adlandırılan refah sistemi, vatandaşlarının sağlık hizmetlerine ulaşımını da istihdamdaki konumuna göre belirliyordu. Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur ve Yeşil Kart sahipleri aralarında bir yurttaşlık hiyerarşisi oluşturuyor; sağlığa ulaşmaları da bu hiyerarşi ölçüsünde gerçekleşiyordu. Buna ek olarak Yeşil Kart sistemi kurulmadan önce daha yüksek olmak kaydıyla; sağlık hizmetlerine ulaşma imkanı olmayan büyük bir nüfusun mevcudiyeti de söz konusudur.

Bu parçalı sosyal güvenlik yapısını değiştirmek ve sağlık hizmetlerine ulaşım imkanı olmayan yurttaşları da kapsam içine almak için gerçekleştirilen ilk reform girişimi 224 sayılı yasayla birlikte olmuştur. Finansmanı genel vergiler ağırlıklı olacak şekilde bir ulusal bir sağlık sigorta sistemi kurularak, sağlık alanında evrensel kapsayıcılığı getirilmesi planlansa da çalışmada daha önce değinilen sebeplerden dolayı bu mümkün olmamıştır. Varlığını sürdüren "eşitsiz korporatist" yapı 1980'lerden sonra yükselen sosyal sorunlar ve piyasacı gelişmelerle birlikte krize girmiş ve bu kriz kendisini en çok sağlık alanında göstermiştir.

1992 senesinde hayata geçen Yeşil Kart uygulaması bu sosyal sorunun kabulü anlamına geliyor ve sağlık sisteminin dışındaki nüfusun bir kısmına sağlık hizmetlerinin sunulmasını mümkün hale getiriyordu. Yeşil Kart uygulamasına rağmen sağlıktaki kapsam ve ulaşım sorunları varlığını sürdürmeye devam etti. Evrensel kapsayıcılığa sahip olmayan ve sağlık alanında büyüyen beklentilere cevap veremeyen sağlık sistemine dair değişim talepleri, 2001 ekonomik krizinden sonra artarak sürmüştür. Takip eden bölümde küresel reformlar ve yerel ihtiyaçların etkisiyle gerçekleşecek değişim ele alınacaktır.

4. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI SONRASI DÖNÜŞEN SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİ VE SAĞLIK POLİTİKALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: 2003'TEN GÜNÜMÜZE

Bu bölüme kadar, hem küresel hem de Türkiye ölçeğinde, refah rejimleri ve onun da özelinde sağlık sistemlerindeki gelişmelerin tarihsel seyri üzerinde durulmuştur. Bu bölümde ise öncelikle sağlıkta dönüşümün arkasındaki nedenler ve aktörlere değinilecektir. 2004-2008 arasında sosyal güvenlik ve sağlık alanında yapılan yasal düzenlemelerin sağlık sistemine getirdiği yenilikler ele alındıktan sonra;gerçekleştirilen saha araştırmasının ortaya çıkardığı bulgularla, erişim, eşitlik ve verimlilik gibi kriterler bağlamında mevcut sağlık sisteminin değerlendirilmesi yapılacaktır.

4.1. Sağlıkta Dönüşümün Arkasındaki Aktörler ve Nedenler

Sosyal güvelikte ve sağlık sisteminde reform yapma ihtiyacını anlamak için özellikle 1980'lerden itibaren, ülkenin ekonomisini ve toplumsal hayatını alt üst ederek devasa bir sosyal sorunun çıkmasına neden olan gelişmelere kısaca bakmak gerekmektedir. 1970'lerin sonunda Tükiye sadece dışarıdaki petrol krizinden etkilenmemiş ayrıca kendi içindeki ithal ikameye dayalı sanayileşmenin sorunlarıyla uğraşmaktadır. Dış borçların ve enflasyonun büyümesinin önüne geçilemediğinden, klasik bir IMF programı olan 24 Ocak 1980 kararları uygulamaya sokulmuştur. Türkiye'de, takip eden süreçte, dışa uyumlu bir sanayi modeline geçilmiş; piyasaları küresel ekonomiye entegre olmuş ve 1989'da sermaye hareketlerinin serbest bırakılmasıyla neoliberalleşme süreci devam etmiştir. 1980'lerde ekonomik alanda yaşanan bu gelişmeler, bölüşüm dinamiklerini tamamen çalışanların aleyhine çevirmiş, reel ücretler kısa sürede gerilemiş; hem kayıtdışı istihdam artmış hem de kayıtlı alanda bir taşeronlaştırma baş göstermiştir. Aynı dönemde tarım sübvansiyonlarındaki düşüş ve tarım ürünlerindeki ticari liberalizasyon küçük köylülüğü zayıflatarak, yoksulluğu kontrol altında tutan bazı mekanizmaların ortadan kalmasına neden olmuştur (Buğra, 2013, 197-200).

Tüm busürecin ideolojik olarak tamamlayıcısı olan piyasa köktenciliği, piyasanın her sorunu çözeceğini öne sürmekteyken yukarıda bahsedilen gelişmelerin toplum açısından sonucu sarsıcı oldu. Çalışanların primleri ile finanse edilen, "eşitsiz bir korporatist" yapıya sahip olan Türkiye'nin sosyal güvenlik sistemi, istihdam alanında yaşanan gelişmeler (prim ödeyenlerin oranının azalması) ve refahı sağlayan aktörlerden biri olan geniş aile gibi geleneksel dayanışma bağlarının çözülmesiyle gelen yükün etkisiyle krize girdi. Sosyal güvenlikte krizin en çok hissedildiği alanın ise sağlık hizmetleri olduğu şüphe götürmemekle birlikte bu sorunun devlet tarafından kabul edilmesi, 1992'de Yeşil Kart uygulamasının hayata geçirilmesiyle gerçekleşmiştir¹⁹.

2000'lere gelindiğinde 1980'lerde başlayan problemlerin, sosyal güvenlik ve sağlık sistemi üzerinde daha büyük bir baskı oluşturduğu ve Yeşil Kart gibi yama kabilinden uygulamaların krizi çözemeyeceği anlaşılmıştır. Sağlık sisteminin reforme edilmesi gerekliliği özellikle 2001 ekonomik krizinden sonra daha çok dillendirilmeye başlanmıştır. Aynı dönemde kentsel demografideki değişimlerle birlikte hak taleplerinin de yükseldiği görülmektedir. AKP 2002'de iktidara geldiğinde yoksulluk ve sağlık hizmetlerindeki yetersizlik gibi birbiriyle bağlantılı sosyal politika konularıyla yüz yüze kalmıştır. Tüm bu gelişmeler AKP'nin sosyal güvenlik alanında yapacağı reformları hızlandırmıştır.

2005 yılına gelindiğinde şimdiki adı TUİK olan Devlet İstatistik Enstitüsü'nün Dünya Bankası ile ortaklaşa hazırladığı Yoksulluğu Değerlendirme Raporuyla sosyal güvenlik sisteminin kapsamıyla ilgili çarpıcı bir gerçek ortaya çıktı. Bu raporun hazırlık aşamasında yapılan araştırmaya göre, Türkiye nüfusunun %30'unun Yeşil Kart dahil hiç bir sosyal güvenliğe sahip olmadığı anlaşıldı. Sosyal güvenliğin kapsamı ile ilgili o güne kadar devlet kurumlarının açıkladığı bilgilerin yanlış olmasını sebebi SSK rakamlarının abartılı olması ve primini ödeyemeyerek kapsam dışında kalmış olan Bağ-Kur'luların sayısından kaynaklanıyordu.

1992 var olan sigorta düzenlerini tamamlayıcı olarak geliştirilen Yeşil Kart uygulaması ile sağlanan sosyal güvencenin de bazı sınırlılıkları vardı. Gerekli

¹⁹ Sağlık alanıyla ilgili sorunların varlığının fark edilmesi; kamusal sağlık harcamalarının 1988'den itibaren düzenli olarak yükselmesinden fark edilmektedir. Küresel eğilimlere paralel olarak kamusal sağlık harcamaları 1990'lar boyunca artış eğiliminde olmuş ve Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaya geçildikten sonra da bu eğilim devam etmiştir. Bu arada bu artışın kaynağının ilaç ve tedavi harcamaları gibi kişisel harcamalardaki artıştan kaynaklandığını belirtmek gerekir (Yentürk, 2018,113).

kurumlara yoksulluğunu kanıtladıktan sonra Yeşil Kart'a ulaşabilenler, sağlık ocakları ve hastanelerden faydalanabilmekle birlikte, temel ilaçlar dışında genelde tedavi masraflarını karşılanmıyordu. Sağlıkta Dönüşüm Programı yayınlanmadan hemen önce Yeşil Kart vasıtasıyla sağlık hizmetlerine ulaşan nüfus on milyona yaklaşmış; ve buna ek olarak yukarıdaki raporda da belirtildiği üzere; bu sayının haricinde nüfusun üçte birinin sağlık güvencesine sahip olmaması, sağlık sisteminin içerisinde olduğu krizi gösteriyordu.

2000'lere gelirken sağlık alanındaki bir diğer önemli gösterge cepten yapılan ödemelerin toplam sağlık harcamalarının içerisinde önemli bir miktara denk geliyor olmasıydı. Bir önceki bölümde de görüldüğü üzere doktorların kendi adına çalışmasının kökleri Osmanlı Modernleşmesine kadar dayanıyordu ve özel muayenehaneler tarih boyunca varlıklarını sürdürmekteydi; fakat özel muayenehanelerin hacim olarak en yüksek noktasına çıkması 2000'lerin başında gerçekleşecektir. 2000'lerin başında, toplam sağlık harcamaları, milli gelirin %6-7'sine gelen bir ülke olan Türkiye'de sağlık harcamalarının ancak üçte ikisi sosyal sigorta kurumları tarafından karşılanıyor; cepten yapılan ödemeler ise üçte bir oranına ulaşıyordu (Keyder, 2007, 18-19). Bu çalışmanın yazıldığı tarihlerde, hala politik propaganda malzemesi olan, sigortası olmadığı için hastane kuyruklarında bekleyenlerin görüntüleri ya da hastanede rehin alınan insanlarla ilgili haberler işte bu döneme aittir.

Dönüşümden önce sağlık hizmetlerindeki genel vaziyeti ele alacak olursak: Herhangi bir sosyal güvence kapsamına sahip olmayanlar birinci basamak sağlık hizmetlerine küçük bir meblağ karşığında ulaşabiliyorlardı. Yeşil Kart sahipleri sigorta hastanelerini kullanmakta sıkıntı yaşamamakla birlikte ilaca ulaşımalarında imkanlar kısıtlıydı. En büyük problemi kapsam dışı nüfus yaşıyordu çünkü bu kesimin cepten ödeme yapmadan sağlık hizmetlerine ulaşmaları zorlaştırılmıştı. Kapsam içindeki sigortalı olan nüfus ise hizmetlerin kalitesizliğinden ve hizmet alma sürecindeki eksikliklerden müzdarıpti. Doktor ve hastanelerdeki yetersizliklerden kaynaklı kullanıcı şikayetleri organizasyon eksikliği sebebiyle büyükşehirlerde daha yüksek miktarda dillendirilmekteydi. Bu dönemin kanayan yaralarından bir diğeri modern bürokratik ilişkilerin tam oturmamasından kaynaklanan yolsuzluk, rüşvet ve "tanıdıkları araya koyarak" hizmete ulaşma gibi olayların yaygınlığıydı. Çalışmamızın alan araştırması kısmında görüleceği üzere bu dönemin en

karakteristik ve akıllarda yer eden olgusu ise kamu kurumlarında çalışan doktorların özel muayenehaneleriydi. Kamu kurumlarında çalışan doktorlar gerekli ameliyatları yapmak için, hastaları öncelikle kendi muayenehanelerine yönlendirmesi bir suçlamanın ötesinde, yaygın ve bilinen bir durumdu (Yılmaz, 2012,117). Bütün bu ulaşım zorlukları geçtikten sonra hastaneye yatabilenlerin karşısına, kendisi için kullanılan araç, gereği ve ilaçların masrafları çıkıyordu. Ameliyat olmak için operatörlere verilen "bıçak parası" ismiyle bilinen rüşvetler ise olağan hale gelmişti (Keyder, 2007, 19; Ağartan, 2018, 339-340).

Sağlık hizmetlerinin organizasyonu ile ilgili sorunlar, yukarıda anlatılan vaziyeti daha kötü hale getirmiştir. Türkiye'deki sosyal güvenliğin dört farklı kuruma bölünmüş olması karar mekanizmasının da parçalanmasına neden olduğundan etkinlik ve maliyet açısından sorunlar doğuruyordu. Ayrıca teorik olarak devletten özerk olması gerek bu kurumların kaynakları doğru idare edilmediği için harcamalarını karşılayamaz hale gelmişlerdi. Parçalı sosyal güvenlik yapısı hem hizmetlerin koordinasyonunu zorlaştırmakta hem de vatandaşlar arasında ciddi eşitsizlikler yaratmaktaydı. Tabiri caizse vatandaşlık hiyerarşisinin en üstünde bulunan TSK mensupları ve memurlar herhangi bir sıkışıklıkla karşılaşmadan üniversite hastanelerinden faydalanabilirken; diğer kesimler hastanelerdeli sıkışıklık sebebiyle mağdur oluyordu. Bu dengesizlik maliyetleri arttıran bir öğeydi ve halihazırda yetersiz olan kaynakların etkin bir şekilde harcanmasını önlüyordu (Keyder, 2007, 21).

Buraya kadar anlatılanlar, sağlık reformlarının arkasındaki yerel ihtiyaçlardan kaynaklanan sorunları kapsarken; bu sorunların için getirilen politika çözümleri ise küresel dinamiklerin belirlediği çerçevede şekillenmiştir. 1970'lerin sonunda itibaren neoliberal ekonomi politikaları tüm dünyada etkisini göstermiştir. Neoliberalizmin, tüm ülkeler için, refah sistemlerinin krize girdiğini ve bu durumun kaçınılmaz olarak kamu harcamalarının azaltılmasına gidilmesi ve kamu hizmetlerinin piyasalara açılarak çözüleceği düşüncesini dolaşıma sokmuştur. Neoliberal politikalar, refah devleti geçmişi olan ülkelerde sosyal politikada devletin rolünün yeniden tanımlanmasına ve kamu hizmetlerinin piyasalaşmasını neden olsa da, bu ülkelerde toplumun beklentileri yüksek olduğundan sosyal harcamaların beklenildiği kadar azaltamamıştır. Fakat aynı neoliberal politikaların gelişmekte olan ülkelerin refah rejimlerine etkisi daha sarsıcı olmuştur. 1970'lerin sonunda küresel ekonomik

krizden etkilenen gelişmekte olan ülkeler için IMF'nin yapısal uyum politikalarından başka seçenek sunulmamış; bu ise halihazırda nüfusun kentlere yığılması sonucu ortaya çıkan yeni sosyal sorunlarla uğraşan ülkelerin sosyal güvenlik sistemlerinin içinden çıkılmaz bir hal almasına neden olmuştur.

1990'lar ise, gelişmekte olan ülkeler için uygun görülen IMF'nin köktenci piyasa uygulamalarının gözden düştüğü; bunun yerine Dünya Bankası'nın refah yönetişimi politikalarının uygulanmaya başladığı dönem oldu. Hem gelişmiş ülkelerin kapitalizmin erken dönemlerinde çözdüğü sorunlarla uğraşan hem de 1980'lerin piyasa köktenciliği ile tarif edilen neoliberal politikalarından daha olumsuz yönde etkilenen, gelişmekte olan ülkeler için yoksulluğun yönetilmesi politikalarının daha uygun bir rota olduğu düşünüldü.

Gelişmekte olan ülkelerdeki gelir dağılımını bozan ve devletlerin meşruiyetlerini kaybetmesine sebep olan 1980'lerin iktisat politikalarının sahibi IMF iken; 1990'larda bu dar çerçevenin değiştirilmesi gerektiğini ve bu politikaların sonuçlarının hafifletilmesini sağlayacak planlara rehberlik eden ise Dünya Bankası oldu. 1990'larda piyasa köktenciliği yerine yoksulluğu azaltma stratejilerini geliştiren kurum olan Dünya Bankası'nın (Hamzaoğlu, 2017, 28), AKP hükümetleri döneminde sosyal politikalara dahil Şartlı Nakit Transferi ile oldu. Sosyal yardım alanındaki bu gelişmeyle birlikte gündeme gelen diğer konu, Türkiye'de sosyal politikanın en sorunlu alanı olan sağlık hizmetleri oldu. AKP hükümetlerini 1990'lardaki koalisyon hükümetlerinden ayıran sağlıktaki yerel sorun ve ihtiyaçları, küresel sağlık reformuna eklemlenmek oldu.

Sağlık reformlarının ülkelerde uygulamaya geçiş süreci şu şekilde seyrediyordu: Öncelikle ülkelere, konunun uzmanı akademisyenler davet edilerek alanla ilgili raporlar hazırlatılıyor; daha sonra hazırlanan raporlar Dünya Bankası'nın onayından geçerse, hkmetler tarafından benimsenip kanunlaşıyordu(Ağartan, 2018, 341). Dünya Bankası'nın yönlendirmesiyle gerçekleştirilen sağlık reformları, tıpkı sosyal yardım projelerinin olduğu gibi, yoksulluğu yönetme stratejisinin bir uzantısıydı. Amaç, 1980'lerin neoliberal politikaları sonucu baskı altına giren sosyal güvenlik sistemlerinin yeniden düzenlenerek yeni ortaya çıkan güvencesiz yığınları sağlık kapsamı altına almaktı. Dünya Bankası'nın önerdiği sağlık reformlarının erevesi bazı ortak öğeleri taşıyordu: Primlerle karşılanan ulusal ölçekte bir sosyal sigorta sistemi kuruluyor;maliyetleri kısmak adına, kurulan sosyal sigorta sistemini finanse

eden fonun devletin genel bütçesinden ayrı olmasına karar veriliyor; ayrıca bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşımı, vatandaşlık statüsünden kaynaklı bir sosyal hak olarak değil de fona sağladıkları katkı sayesinde gerçekleşiyordu, bu sayede, prim ödeyerek sisteme katılmanın, bireyleri daha sorumlu "tüketiciler" yapacağı umuluyordu (Hamzaoglu, 2017, 31-34; Keyder, 2007, 21-23).

AKP döneminde, sağlıkta dönüşümün çerçevesini belirlenme süreci, anlatılan aşamalarla benzerlik göstermekteydi. AKP'nin gündemine aldığı sağlıkta dönüşüm programı, Dünya Bankası'nın çeşitli ülkelerde benimsenen reform önerilerine benziyordu; daha sonra Türkiye'ye özel sorunlar nedeniyle bazı yönlerden farklı nitelikler gösterecek olsa da başlangıçta, Türkiye'ye özel bir plan olmadığı anlaşıyordu. Tıpkı diğer ülkelerde olduğu gibi, Türkiye sağlık hizmet alanı için Harvard ve John Hopkins Halk Sağlığı Okullarında uzmanlara raporlar hazırlatıldı. Raporun akabiden Sağlık Bakanlığı, Dünya Bankası'nın da katkılarıyla GSS reform projesini dizayn etti (Keyder, 2007, 23).Dünya Bankası'nın rehberliğinden gerçekleşen küresel sağlık reformlarının, gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık güvencesi kapsamının genişlemesinde payı olmakla birlikte piyasacı olduğu için pek çok handikapı da vardır.

4.2. Sağlıkta Dönüşümün Programı'nın Sağlık Sisteminde Yarattığı Etki

AKP hükümeti iktidarı devraldığında, Türkiye'nin sağlık sistemi, kaynak sıkıntısı, hizmetlerin örgütlenmesindeki düzensizlikten ve sosyal güvenceye sahip olamayan nüfusun fazlalığından kaynaklı bir kriz ile karşı karşıyaydı. 2001'deki ekonomik krizin etkilerinin sürdüğü ortamda, halk nazarında ilgi çekebileceği hiç de sürpriz olmayan sağlıkta iyileşme vaatleri, AKP'nin, 2002'de kendisini iktidara getiren seçimler öncesi yaptığı kampanyada ön plana çıkardığı unsurlardan biri oldu. Oy aldığı kesimler düşünüldüğünde, işe yaradığı görülebilecek olan sağlıkta reform vaadinin hayata geçireceğini, iktidara gelir gelmez yayınladığı Acil Eylem Planı'yla ilan edildi.

Kasım 2002'de açıklanan Acil Eylem Planı'nın, bir yıl içerisinde sağlık alanında kendine koyduğu hedefler şu şekildeydi: devlet, sigorta, kurum hastaneleri şeklinde var olan ayrımlar kaldırmak, hastanelerin idare ve mali açıdan özerk olmasını sağlayacak çalışmaları yapmak, Genel Sağlık Sigortası sistemini kurmak, Aile Hekimliği uygulamasına geçmek ve zevk zincirini sağlamlaştırmak, korucuyucu

hekimlik uygulamalarını yaygınlaştırmak, özel sektörün sağlık alanında yatırım yapmasını özendirmek ve sosyal güvenlik kuruluşlarında norm ve standart birliği sağlanarak; bütünleştirilmiş bir sosyal güvenlik ağı kurmak (T.C. 58. Hükümet Acil Eylem Planı, 2003, 99-102).

Türkiye'deki sağlık politikaları üzerindeki küresel reform dalgasının etkisini görmek adına; SDP'den ve hatta 2002 seçimlerinden önce Dünya Bankası'nın Türkiye'nin sağlık hizmetleriyle ilgili yayınladığı rapora bakılabilir.²⁰ Küresel ölçekte sağlık politikalarındaki değişim üzerindeki etkisini bilinen Dünya Bankası, Haziran 2002'de "Türkiye: Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar" isimli bir rapor yayınlayarak; Türkiye'nin sağlık politikaları ile ilgili bazı önerilerde bulunmuştur. Raporda, sağlık finansmanı için tamamlayıcı özel sağlık sigortasını da içeren ulusal çapta bir sosyal sağlık sigortasına geçilmesi, sigorta kapsamında sunulacak hizmetler için bir temel hizmetler paketinin belirlenmesi, devlet hastanelerinin yeniden organize edilerek özerkleştirilmesi, Sağlık Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın sağlık hizmeti sunumundan çekilmesi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği modeline geçilmesi önerilmekteydi (Pala, 2017, 46-47).

58. Hükümetin Acil Eylem Planı ile sosyal güvenlik ve sağlık hizmetleri alanında ortaya koyduğu hedefleri gerçekleştirmeye rehber olacak metin, 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı adı altında somutlaşmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003, 26-37), Sağlık Bakanlığı'nın planlayıcı ve denetlici olarak yeniden organize edilmesini; herkesi aynı güvenlik şemsiyesi altında toplayan genel sağlık sigortasının oluşturulmasını; ülke geneline yayılmış, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmetinin sunumunun sağlanmasını; sağlık işletmelerinin idari ve mali açıdan özerk hale getirilmesini; sağlık çalışanlarının yüksek motivasyona sahip, bilgili ve becerili hale getirilmesi; sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurullarını, nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyonunun sağlanmasını ve akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanmasının şekillendirilmesini ve sağlık bilgi sistemi ile karar sürecinde etkili bilgiye erişimin mümkün kılınmasını hedeflemektedir. Takip eden bölümlerde SDP ile sağlık sisteminde yaşanan bazı yapısal değişimler üzerinde durulacaktır. Bu yapısal dönüşümlerin üzerinde

²⁰ Hatta Sağlık Bakanlığı tarafından programın Türkiye'ye özgü olduğu iddia edilse de; 2012 Dünya Sağlık Örgütü SDP'nin Dünya Bankası tarafından finanse edildiğini açıklamıştır (WHO, 2012'den aktaran Pala, 2017, 48).

durduktan sonra, 2003'ten günümüze kadar geçen süreçte sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşüm, bazı kriterler göz önünde tutularak değerlendirilecektir. Sağlık hakkında yaşanan dönüşümlerle ilgili fikir verebileceğini düşündüğüm değerlendirme boyunca, sosyal politika ve sağlık hizmetleriyle ilgili akademik çalışmaların yanı sıra, Ardahan ölçeğinde yaptığım alan araştırmasından faydalanılacaktır.

SDP'nin, sağlık sisteminde yaptığı yapısal dönüşümler, birbirleriyle bağlantı olmakla birlikte; daha anlaşılır olması bakımından temel olarak üç başlığa ayırdık. Bu başlıklar, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesindeki değişim; finansman yapısındaki değişim ve sağlık emek politikalarındaki değişimdir. Bu başlıkların her birinin içeriği geniş kapsamlıdır. Bu kapsamı daraltmak için sağlık hizmet alanındaki gelişmeler sadece topluma etkileri göz önünde tutularak değerlendirilmiştir. Örneğin, sağlık emek gücündeki değişim incelenirken, istihdam boyutu göz ardı edilerek sağlıkta memnuniyeti etkilediği düşünülen, performans sistemine odaklanılmıştır.

4.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Değişim

4.2.1.1. Sağlık Bakanlığı Rolündeki Değişim

1980'lerden itibaren refah sistemlerinin tümünde, sosyal politika uygulamalarında devletin müdahalesinin biçimi ve kamunun rolünde farklılaşmalar yaşanıyordu. Benzer eğilim, sağlık hizmetleri özelinde de yaşanmaktaydı. 1990'lardan itibaren küresel olarak sağlık sistemlerini etkisi altına alan reformların ortak öğelerinden biri Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunumundan, düzenleyici ve planlayıcı bir pozisyona doğru çekilmesi idi. Bakanlığın rolündeki bu değişim sağlıkta dönüşüm için yapılan diğer yasalara göre daha geç bir tarihte, bir KHK ile yasalaşmıştır. 2011 tarihli, 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK ile Sağlık Bakanlığı'nın sağlık örgütlenmesi içerisindeki rolü yeniden tanımlanmıştır. Yasaya göre, bakanlığın, acil durum ve afet hallerindeki hizmetlerin planlanması ve yürütülmesi dışında sağlık hizmetleriyle ilgili olarak yalnızca strateji ve hedefleri belirleme, planlama, düzenleme ve koordinasyon gibi görevleri bulunmaktadır (Yenimahalleli Yaşar, 2017, 107). Yasayla Bakanlık, ikinci ve üçüncü basamaka sağlık hizmetlerinden çekilmiştir. Bazı çalışmalar, Sağlık Bakanlığı'nın rolündeki değişimini, devletin kamu hizmetlerindeki ağırlığının azalması şeklinde

yorumlarken; bazı çalışmalara göre bu ağırlık artarak devam etmekte; sadece ağırlığı başka bir yöne doğru kaymaktadır.

SDP'den sonra neoliberal bir dönemin yaşandığının yansımaları Sağlık Bakanlığı'nın metinlerine de yansıyor. Bakanlık 1960'ların sosyalizasyon yıllarında toplumcu bir dile sahipken; 2003 sonrası metinlerinde yeni rolünü tanımlarken "kapasite oluşturmak için sektöre yol gösterici olur" gibi bir ifade kullanılmasından, sağlık alanının piyasalaşmasında oynadığı rol okunabiliyordu. Ayrıca bu dönemde Bakanlığın yapısında değişmeye gidilerek; Refik Saydam Hıfzısıhha Mektebi'nin işlevi değiştirilmesi ve Bakanlığın bünyesinde Kamu Özel Ortaklığı daire başkanlığının kurulması gibi değişiklikler gerçekleşmiştir. Hıfzısıhha Mektebi rekabetçi uygulamaları desteklemek için kurulmuş Toplum Sağlığı fonunun bir aparatı haline getirilmiş; Mektebin bünyesinde politikacılara yönelik seminerler verilmiş ve dönüşümün tanıtımını yapan metinlerden biri olan "Sağlıkta Reformun Doğru Yapılanması" gibi yayınları hazırlamıştır (Pala, 2017, 48).

4.2.1.2. Etkili, Kademeli Sevk Zinciri ve Aile Hekimliği Sistemi

Sağlıkta reformun birbiriyle alakalı olan bu iki bileşeninle, maliyetleri düşürmek ve hastanelerdeki kapasiteyi daha verimli kullanabilmek mümkün olacaktı. Etkin hale getirilmesi hedeflenen sevk zincirinin amacı başvuruların %80'ini birinci basamakta halledilmesini sağlayarak; ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin daha verimli kullanılmasını sağlamaktı. Bu elemeyi sağlamanın yolu ise ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine başvurmadan önce birinci basamağa başvurunun zorunlu hale getirilmesiydi (Keyder, 2007, 24-25). Sağlıkta Dönüşüm Programı'na hedef olarak konulan zorunlu sevk zinciri hususu, halihazırda yürürlükte olan "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası" ile zaten sağlanıyordu. Fakat 2007'de, aile hekimliğindeki kapasite eksikliği gerekçe gösterilerek zorunlu sevk sistemi yürürlükten kaldırılmıştır. Bu gelişmenin arkasında, hem henüz oturmamış olan aile hekimliği uygulamasını rahatlatmak hem de işletmeye dönüştürülmüş hastanelerin daha yüksek kazançlar elde etmesinin sağlamak olduğu yorumları yapılmaktadır (Yenimahalleli Yaşar, 2017, 109-110).

Reform paketiyle, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde yaşanan bir diğer gelişme, birinci basamak hizmetlerinin de piyasa öğretileri çerçevesinden örgütlenmesiydi. 2011 tarihli 663 sayılı KHK ile sağlık ocağı sistemi kaldırılıyor ve yerine aile

hekimliği uygulaması getiriliyordu. İlk olarak 2004 yılında seçilen pilot bölgede başlayan Aile hekimliği sistemi ile "bölge (nüfus) tabanlı planlı hizmetten, muayenehane merkezli pasif hizmete dönüşüm" gerçekleşmiş; daha önce birinci basamağın görevleri arasında sayılan çevresel koruyuculuk ve sağlığı geliştirici hizmetler terk edilerek sadece iyileştirici hizmetlere odaklanılmıştır. Aile hekimliğinin sorumluluğundan çıkarılan, sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetler, Toplum Sağlığı Merkezleri'ne verilmiştir (Yenimahalleli Yaşar, 2017, 108).

Aile hekimliği sisteminin, piyasa öğretileri çerçevesinde örgütlendiği düşüncesinin arkasında şu işleyiş yatmaktadır: Aile hekimlerinin ücretleri kendi üzerlerine kayıtlı olan nüfus oranında belirlenecek ve sigorta kurumu tarafından denecek. Kullanıcılara kendi aile hekimini seçme şansı tanınacak; yani istediklerinde hekimlerini değiştirebilecekler. Hekimler ikinci basamağa yönlendirirken hastanın da görüşünü alacak. Aile hekimlerinin üzerinde yeterli sayıda kişi olmazsa sigorta fonu o hekimi listesinden çıkaracak ve yine yeterli sayıda sevk alamayan sağlık kuruluşları kapatılacaktır. Dikkat edilirse amaçlanan, birinci basamakta insanlara seçim yapma imkanınanarak bir rekabetingdlenmesidir. Bu rekabetin bir etkinlik yaratması; doktorların ve sağlık kuruluşlarının üzerinde disiplin oluşturarak hizmetin kalitesinin yükseltmesi bekleniyordu. Yani birinci basamakta bir kapitalist pazar işleyişi oluşturulmaya çalışılıyordu (Keyder, 2007, 25). Aile hekimliği sisteminin, sağlıkta dönüşümün piyasacı yönünü ortaya koyan uygulamalardan biri olduğu görülmektedir.

4.2.1.3. Kamu Hastaneleri Birlikleri

SDP'nin küresel sağlık reformlarına uyumlu hedeflerinden bir diğer hedefi, sağlık hizmetlerinin verilmesindeki verimliliğin arttırılması adına, tedavi hizmeti veren kurumların idari ve mali özerkliğe kavuşturulmasıydı. Yataklı tedavi kurumlarını idari ve mali yönden özerkliğe kavuşturmak daha önce üzerinde durulan, Sağlık Bakanlığı'nın sağlık alanındaki yeni rolüyle ilintiliydi ve aynı KHK içerisinde düzenlenmişti.

663 sayılı "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK ile Sağlık Bakanlığına bağlı Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği Kurumu (TKHK) kuruldu. İstanbül, İzmir ve Ankara gibi nüfus açısından büyük bazı büyükşehirlerde birden fazla olmak suretiyle, illerde, bakanlığa bağlı hastanelerin

birleşmesiyle oluşan Kamu Hastane Birlikleri(KHB), TKHK'ye bağlandı. Kamu Hastane Birlikleri'nin en üst yöneticisi kendisine Tıbbi, Mali ve İdari başkanlıkların bağlı olduğu bir Genel Sekreterdi. KHB'lere bağlı hastanelerin yönetimi de kendisine Başhekim, İdari ve Mali İşler Müdürü ve Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü'nün bağlı olduğu Hastane Yöneticisine verildi. Yani yataklı tedavi kurumlarının idaresi, Sağlık Bakanlığı'ndan özerk kılınarak, başında Genel Sekreter olan KHB'lere bırakılıyordu. Kanunla, diğer sağlık çalışanlarının statüsünde bir değişiklik olmamakla birlikte, Genel Sekreter ve diğer yöneticiler sözleşmeli statüye geçirilmiştir. KHB'ler ve bağlı yataklı tedavi kuruluşları tıbbi ve mali kriterlere göre (A), (B), (C), (D), (E) şeklinde sınıflandırılmıştır. Yıllık değerlendirmelere tutulan KHB'ler ve bağlı sağlık kuruluşlarından gerekli performansı sağlayamayanların yöneticilerinin görevlerine son verilmesi öngörülmektedir (Öztürk, 2015, 83-85).

Sağlıkta dönüşümün neoliberal politikalarla uyumlu olduğunu destekleyen gelişmelerden biri hastanelerin idari ve mali özerkliğe sahip hale getirilmesiydi. Çünkü hem bu özerklik meselesi hem de hastanelerin kamu yararından ziyade performansının gözetilmesi, kamu hastanelerinin birbiriyle rekabet ettiği bir sağlık piyasasının oluşmasına neden olmuştur. Amaç kullanıcı yararından kar etmeye doğru kayınca kurumlar da kamusal özelliklerini kaybetmiştir. Temelde kamuya ait olan bu kurumlar, özel işletme esaslarına göre yönetildiği için hastanelerin tüm yapısı ve işlevleri gelir-gider hesaplarına göre gözden geçirilmiştir. Az gelir getiren bölümlerin ihmal edilmesi ya da kapatılması, doktorların daha fazla hastaya bakması, daha fazla tıbbi işlem yapması, görüntü tetkikleri istemesi ve tercihlerini SGK'nın daha çok ödeme yaptığı işlemlerden yana kullanması (Öztürk, 2015, 85) özel işletme esasına göre yönetimin, doğal uzantısı olmuştur.

4.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yapısındaki Değişim

Sağlıkta Dönüşümün, en çok üzerinde durulması gereken ayağı, sağlık hizmetlerinin finansmanı kısmında yaşanan gelişmelerdir. SDP, uygulanmaya geçmeden önce ülkede, sağlık alanına ilişkin en ciddi problem vatandaşların hizmetlere erişim noktasında karşılaştığı güçlüklerdi. Önceki bölümlerde, Türkiye'nin sahip olduğu parçalı, hiyerarşik ve eşitsiz refah rejiminin üzerinde durulduğu için SDP sonrası getirilen finansman yapısından bahsetmenin daha anlamlı olacağını düşünüyorum.

SDP'nin önemli hedeflerinden biri gelir düşüklüğü yüzünden, sosyal güvenceye sahip olmayanların da içermeyi sağlayacak ulusal sağlık sigortası sisteminin kurulmasıydı. Bu sistemle hem finansman ve hizmet arasında yeni bir ilişki kuruluyor hem de mevcut parçalı sağlık sigorta sistemi birleştirilerek genişletilmeye çalışılıyordu. Temel olarak primlere dayalı bir sigorta modeli kurulmaya çalışılmakla birlikte; Yeşil Kart modeli de finansman sistemine entegre edilmiş olduğundan; sistemin vergi temelli bir yönü de bulunmaktadır.

Ulusal sağlık sigortası sisteminin inşa edilmesi için, 5502 sayılı Sosyal Güvenli Kurumu Kanunu ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu yürürlüğe konarak sosyal güvenlik kurumlarını SGK altında birleştirildi ve tek ödeyici kurum yapısı kuruldu. Teorik olarak toplumun tümü, ulusal sağlık sigortası kapsamına alınıyordu. Yeşil Kart'lılar hariç herkesin prim ödeyerek bu sigorta sistemine katılması öngörülmüştü. Bu sayede SDP öncesindeki sistemde, istihdam statüsüne bağlı olarak kurulan hiyerarşi ortadan kaldırılıyor; herkes, aynı teminat paketinde ve aynı hastanelerden faydalanmak suretiyle eşitleniyordu. Örneğin, ayakta yapılan tedavilerin ve bu tedaviye ilişkin verilen ilaçların ödenmesinde sıkıntılar yaşayan Yeşil Kart'lıların sorunları çözüldü. SGK kapsamındaki herkese, tüm kamu hastanelerine ve üniversite hastanelerine erişim olanağı getirildi. Ayrıca eşit erişimi geliştirmek için bazı hamleler de yapıldı: 18 yaşının altındaki çocuklara (18 yaşından büyük olup öğrenci olmaya devam edenler de dahil) ebeveynlerinin sigortalı olup olmadığına bakılmaksızın kamu kuruluşlarından ücretsiz sağlık hizmeti alma imkanı getirildi. Birinci basamak sağlık hizmetleri ücretsiz hale getirildiği gibi hastane yöneticilerinin ikna edilmesi durumunda ikinci ve üçüncü basamağa erişim de kolaylaştırıldı. Analık hizmetlerinin doğum sonrasını da kapsayacak şekilde kamu sigortası kapsamına alındı ve daha önce sigortası bulunmayan kadınlara bu hizmetler ücretsiz hale getirildi. Özellikle Bağ-Kur'luların ağırlıkta olduğu sigorta fonuna olan borçları sebebiyle sosyal güvence kapsamı dışında kalan kesimleri teşvik etmek için borç yapılandırılması kolaylığı sağlandı (Ağartan, 2018, 342-343).

Sağlık hizmetlerinin finansman yapısındaki değişimden murat edilen kapsam genişliğindeki artışın gerçekleştiği görülmektedir. Sağlık sigortasının kapsadığı nüfus oranı 2002'de 67,2 iken; 2010'da bu oran %96'ya çıkmıştır. Ayrıca sağlıkta dönüşümün en çok yoksul kesimlerin sigorta kapsamında iyileşme yaptığı iddia

edilmektedir (Atun vd, 2013, 92). Yoksul kesimdeki sağlık sigortasına sahip olma oranı 2003'te 24 iken; 2011 yılında bu oran %85'e çıkmıştır.

Buraya kadar değilen değışiklikler, kapsamın evrensel hale getirilmesi yolunda atılan adımlarken; primlere finanse edilen sosyal sigorta sisteminin yapısında kaynaklı bir handikapa ya da sistemin piyasacı tarafını yansıtan ve evrenselliği tehdit eden bazı uygulamalara da değinmek gerekmektedir. Öncelikle, getirilen sistemin finansmanı kullanıcı primlerine dayandığı için hem kayıt dışında çalışıp hem de Yeşil Kart'lı olacak kadar yoksul olmayan kesimler otomatik olarak güvencesiz kalmıştır. Türkiye'deki esnek ve düzensiz işlere dayanan istihdam yapısı düşünıldüğünde prime dayanan bir sistemin belirli bir kesimi dışarıda bırakması kaçınılmazdı. Finansman başlığı altında sayılabilecek bir başka değışiklik, SDP bileşenleri arasında da sayılan, temel teminat paketinin tanımlanmasıdır. Sosyal sigorta sistemlerinde sıkça rastlanmakta olan Temel Teminat Paketi, sigortalıların aldıkları hizmetlerden sigorta kapsamında ödemesi yapılanlar anlaşılmaktadır (Öztürk, 2015, 82). Temel Teminat Paketi, 5510 sayılı yasada kullanılmamakla birlikte zaman içerisinde bu paketin daraldığı ve Sağlıkta Uygulama Tebliği fiyatları üzerinde olan tutarların, bu paketin dışına çıkarılarak, tamamlayıcı sigortalar tarafından karşılanması düzenlendiği görölmüştür.

4.2.3. Sağlık Emek Gücü Politikalarındaki Değişim

Dünya Bankası'nın rehberliğinde gerçekleştirilen küresel sağlık reformlarının tümünde piyasa yanlısı bir yön vardı. Piyasacı tarafın en çok hissedildiği gelişmelerden biri sağlık hizmetlerinde çalışanların istihdam yapısındaki değışimlerdir. Devletin, verimlilik adına, sağlık hizmetlerinin sunumundan çekilmesinin yollarından biri devlete bağlı, maaşlı, sağlık çalışanlarının istihdamını ya toptan kaldırmak ya da mümkün olduğunca daraltmaktı (Keyder, 2007, 24).Sağlık emek gücü politikalarındaki değışim denince bu emek gücünün planlanması, yetiştirilmesi ve istihdam edilmesi gibi konuları ele almak gerekmektedir. Fakat bu konular konumuzun sınırlarını aştığı için sadece hasta hekim ilişkisini etkilediği ölçüde, yeni dönemde sağlık alanına giriş yapan performans uygulamasına değinilecektir.

SDP ile birlikte hekimlerin maaşlarının ödenme yönteminde bir değışikliğe gidilmiştir. Buna göre, aile hekimlerine "kişİ başİ ödeme"; kamu hastanelerinde

alışan hekimlere de "performansa dayalı ek ödeme" adı altında "hizmet başı ödeme" yöntemi getirilmiştir. Bu uygulama ile hekimler bant tipi üretim yapar gibi muayene yapar hale gelmiş ve değerlendirme bölümünde değinileceği üzere hasta-hekim ilişkisinde bozulmalar gerçekleşmiştir.

4.3. Ardahan İli leğinde Yapılan Alan Araştırması Bağlamında; Sağlıkta Dönüşüm Sonrası Sağlık Sisteminin Değerlendirilmesi

Alan araştırmasının yapıldığı Ardahan ilinin sosyo-ekonomik yapısını anlayabilmek için kısa bir bilgilendirme yapacak olursak: şehrin nüfusu 2012 Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi sonuçlarına göre 106.643'tür. 2012 yılında, Ardahan ilindeki kilometrekareye düşen nüfus 22 iken, Türkiye genelinde bu sayı 98'dir. lke nüfusu yıllar içerisinde düzenli olarak artarken; Ardahan ilinin nüfusu 2007-2010 arasında sürekli bir düşüş göstermiştir. Nüfusta 2000 yılına göre %20 bir düşüş yaşanmıştır. Türkiye genelinden nüfusun yarısından fazlası çalışabilirken; Ardahan'da nüfusun %45'i çalışan nüfus aralığına girmektedir. Henüz raporu yayınlanmamış 2011 tarihli bir çalışmaya göre, Ardahan sosyo-ekonomik gelişmişlik bakımından 81 il arasında 71. sırada bulunmaktadır. Ardahan ili, eğitim, sağlık, şehirleşme oranı, kişi başına düşen mevduat miktarı vb 14 değişkenle oluşturulan Beşeri Sermaye ve Yaşam Kalitesi Alt Endeksi bakımından 81 il arasında 76.sırada bulunmaktadır. şehir, -sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi sırasında anlamlı hale gelecek olan-Erişilebilirlik Alt Endeksi bakımından 2008-2009 sonuçlarına göre 78. sıradadır. Ardahan'da sağlık hizmetleri, toplam 3 hastane, 1 ağız ve diş sağlığı merkezi, 5 toplum sağlığı merkezi, 13 aile sağlığı merkezi, 64 sağlık evi, 1 verem savaş dispanseri, 6 adet 112 istasyonu tarafından yürütülmektedir. Ardahan'da sağlık alanında hizmet veren devlet hastanesi dışında başka kurumlara ait ya da özel 2.basamak Sağlık hizmeti veren bir kuruluş bulunmamaktadır. Ardahan, Türkiye geneli ile kıyaslandığında bin kişiye düşen uzman hekim sayısı bakımından büyük bir ihtiyaç içinde olduğu görülmektedir. Türkiye genelindeki ortalama 1,15 iken, Ardahan ortalaması 0,49'dur. Temel sağlık göstergelerine bakıldığında Ardahan'ın neredeyse tüm parametrelerde Türkiye genelinin gerisinde olduğu görülecektir (T.C. Serhat Kalkınma Ajansı, 2013, 1-7).

Görüldüğü zere Ardahan bölgesel eşişsizliklerden kaynaklı problemleri derinden yaşandığı illerden biridir. Ayrıca tarım ile geçinenlerin çoğunlukta olduğu,

enformelsektörün, kendi hesabına çalışanların, primi devlet tarafından ödenen yoksul olarak nitelendirilen nüfusun şehrin nüfusuna oranla yüksek olduğu bir bölgenin parçasıdır. Böyle bir bölgede kamusal sağlık hizmetlerine ulaşımın nasıl gerçekleştiği; kişilerin hizmetlere ne derece erişim sağlayabildikleri, sorunları ve memnun oldukları hizmetler araştırılmaya muhtaçtır. Sağlıkta reform sonrası kamusal sağlık hizmetlerinin niteliği ya da gelişkinliği üzerine tartışmalar devam etmektedir. Bu tartışmaları, bölgesel eşitsizliklerden kaynaklı sorunları en çok yaşayan bir bölge ölçeğinde ele almak önemlidir. Ayrıca her ne kadar dönüşen sağlık sisteminin performansı ve sosyal güvenlik politikaları ile alakalı hatırı sayılı bir literatür oluşmuş olsa da ülkenin idari ve ekonomik merkezlerden uzak kentlerde, ankete dayalı çalışmalar hariç yapılmış saha araştırmaları kısıtlıdır. Sosyal politikanın en önemli alanı olan sağlık hizmetleri, vatandaşlık pratiklerinin gerçekleştiği bir alandır. Anayasal bir hak olarak tanımlanan sağlığa erişim ve erişim sonrasında alınan hizmetlerin niteliği ile ilgili hastaların görüş ve deneyimlerine dayanan bir sağlık sistemi değerlendirmesi yapmak hedeflenmektedir

Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrasında, sağlık hizmeti kullanıcıları üzerinde yapılan pek çok ankete göre, sağlık hizmetlerinin, diğer kamu hizmetleri ile kıyaslandığında, en yüksek memnuniyet oranına sahip alan olduğu görülmektedir. 2003 yılında, %39,5 olan sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranının, 2012 ve 2013'te yapılan anketlerde %75'e fırladığı görülmektedir. Memnuniyet oranlarındaki dramatik artış kuşkusuz, sağlık hizmetlerinin niteliğiyle ilgili bazı çıkarımlar yapılmasını sağlasa da ankete dayalı bu araştırmaların güvenilirliği ve yeterliliğiyle ilgili bazı şüpheler bulunmaktadır (Vaizoğlu, 2014, 116). Memnuniyet araştırmaları, sağlık hizmetlerinin niteliğinden çok, bu hizmetlerin verilmesinin kullanıcı tarafından nasıl algılandığı ile alakalıdır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı tarafında yapılan araştırmaların örneklem grubu ya da veri toplama gibi sistematik hatalar bulundurduğu iddia edilmektedir. Memnuniyet araştırmalarında, daha az memnun olan grubun, daha çok memnun olan gruptan, daha uzun yaşam süreleri olduğu ortaya çıkmıştır (Öcek, 2014, 118-122). Bu yüzden Öcek'in de önerdiği gibi (Öcek, 2014, 123), eğer sağlık hizmetleriyle ilgili bir araştırma yapılmak isteniyorsa; memnuniyet araştırmalarından ziyade, içinde bulunulan sağlık sisteminin değerlendirilmesi üzerine bina edilmiş; hastaların görüş ve deneyimlerini anlamaya çalışan ve bu deneyimlere hangi anlamları yüklediğine odaklanan çalışmalar tercih edilmelidir.

Bu bölümde yer alan analizler ve tartışmalar, 2018 ve 2019 yıllarında Ardahan'da gerçekleştirdiğimiz niteliksel saha araştırmasına dayanmaktadır. Bu saha araştırması kapsamında farklı gelir gruplarından sağlık hizmeti kullanıcısı kişilerle yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler ve odak grup görüşmeleri gerçekleştirilmiştir. Yapılan görüşmelerde, sağlık hizmeti kullanıcılarından, mevcut sağlık hizmetlerini 2003 öncesi ile karşılaştırmaları ve SDP sonrası sağlık hizmeti alanında gerçekleşenleri kendi perspektiflerinden değerlendirmeleri istenmiştir. Ayrıca sağlık hizmetlerine erişimde yaşadıkları sorunlar ve memnun oldukları hizmetler üzerinde durmaları beklenmiştir. Sağlık hizmetlerine ulaşmak için ne tarz mekanizmalar geliştirdiklerinin ya da gelecek için beklentilerinin neler olduğu irdelenmeye çalışılmıştır. Çalışmanın bundan sonraki kısmında sosyal politika literatüründen hazırlanmış çalışmalar ve saha araştırmasından elde edilmiş bulgularla mevcut sağlık hizmetlerin ve politikalarının değerlendirilmesi yapılmaya çalışılacaktır.

2003 yılında, aralarında eski Sağlık Bakanı Recep Akdağ'ın da bulunduğu bazı yazarların, sağlık alanıyla ilgili literatürde saygın bir yere sahip olan The Lancet isimli dergide, sağlıkta dönüşümün on senelik performansını anlattığı bir makale yayınlandı (Atun ve diğ., 2013). Bu makale, sadece sağlıkta dönüşümün getirdiği avantajlara odaklandığı için bilimsel olmamakla eleştirilmiştir(Kılıç, [22.05.2018]; Yazıcı, [22.05.2018]). Biz de sağlık alanıyla ilgili iktidarın perspektifini yansıttığını düşünerek; başta eşitlik ve kapsayıcılık iddiaları olmak üzere; bu makalede, sağlık hizmetlerindeki gelişmelerle ilgili ileri sürülen argümanları değerlendirmemizin ölçütleri olarak belirledik. Türkiye'deki sağlıkta dönüşümün tanıtıldığı makalede, 2003-2010 yılları arasında yaşanan gelişmeler şu argümanlar ile özetlenmiştir: Evrensel sağlık kapsayıcılığı artmıştır; sağlık alanındaki eşitsizlikler azalmıştır; sağlığa ayrılan finansman azalmıştır; sağlık düzeyi göstergeleri daha iyi duruma gelmiştir; sağlık örgütlenmesi olumlu anlamda reorganize edilmiştir, sağlık alt yapısı ve insan gücü daha iyi hale getirilmiştir; sağlık hizmetlerinde ulaşım kolaylaşmış ve hasta memnuniyeti artmıştır. Bu argümanlardan sağlık düzeyi göstergesindeki, sağlık alt yapısındaki ve sağlık örgütlenmesindeki iyileşmeleri, saha çalışması bulgularıyla değerlendiremeyeceğimi düşünerek eledim.

4.3.1. Sağlık Kapsamındaki Artışın Değerlendirilmesi

Türkiye'de, 1940'larda oluşmaya başlayan sosyal koruma mekanizmalarının günümüz de dahil olmak üzere hiç bir zaman evrensel kapsayıcılığa ulaşamadığını söyleyebiliriz. Sosyal politika ve onun bir alt başlığı olan sağlık alanında bir türlü evrensel kapsayıcılığa ulaşamamasının sebepleri, başta ülkenin ekonomik gelişmişlik seviyesi olmak üzere; benimsediği gelişmeci ideolojiden ve politikacıların refah tercihlerinden kaynaklanmaktaydı. Gelişmeci ideolojiye göre ekonomik büyüme ve kalkınma ile erkek işsizliğinin azalacağı varsayılmıştır (Üstündağ ve Yoltar, 2007, 57). Ülkedeki refah tabanını formel sektör çalışanlarının oluşturmasına karar verilince; yarısından fazlası kırsal kesimde yaşayan ve kendi hesabına çalışanlardan oluşan nüfusa sosyal koruma sağlanamamıştır. Politik tercihlerden kastedilen ise; ikinci bölümde uzunca tartışılan, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu'nun ülkenin sağlık sistemi haline getirilmesinde siyasilerin inisiyatif almamaları ve 1992 Yeşil Kart uygulamasına kadar sağlık alanına müdahale etmemeleridir.

Ülkenin "eşitsiz korporatist" refah rejiminin küçük müdahaleler dışında reforme edilmemesi 2003 yılına gelindiğinde sağlık alanında şöyle bir tabloyu ortaya çıkarıyordu: Yeşil Kart kapsamındaki 10 milyon kişiye rağmen ülke nüfusunun %30'unun hiç bir sağlık güvencesi bulunmamaktaydı. Cumhuriyet tarihinin uzunluğu düşünüldüğünde sosyal güvenliğe en ciddi devlet müdahalesinin AKP hükümetleri döneminde olması durumun vehametini göstermektedir. Nitekim 5502 ve 5510 sayılı kanunlarla sosyal güvenlik kurumları SGK altında birleştirilmiş ve GSS ile tek ödeyici kurum yapısı kurularak sigorta kapsamının genişlemesi hatta tüm vatandaşları kapsamaya çalışılmıştır. Her ne kadar bu değişiklik genel vergilerle finanse edilen vatandaşlıktan gelen haklar üzerine kurulu bir refah rejimi olmayıp; hali hazırda bulunan prime dayalı sosyal sigorta sisteminin genişletilmiş hali olsa da, ülkedeki sosyal güvence kapsamının görece olarak genişlemesini sağlamıştır. Sağlık sigortasının kapsadığı nüfus oranı 2002'de 67,2 iken; 2010'da bu oran %96'ya çıkmıştır. Ayrıca sağlıkta dönüşümün en çok yoksul kesimlerin sigorta kapsamında iyileşme yaptığı iddia edilmektedir (Atun vd, 2013, 92). Yoksul kesimdeki sağlık sigortasına sahip olma oranı 2003'te 24 iken; 2011 yılında bu oran %85'e çıkmıştır.

Görüşülen kişi 1: Evet, ben bu mesleğe (kendisi Ardahan'daki ilk eczanenin çalışanlarından biri) başlayınca yıl 1986; o zamanlarda herkesin sigortası yoktu. Millet sigortanın ne olduğunu da bilmiyordu. İlaçları genelde devlet memurları hariç, kendi parasıyla alıyordu. Devlet hastanesinde doktor olsa bile, hepsinin özel muayenehanesi vardı; parası olan gidip muayenesini olabiliyordu; parası olmayan malesef... öyle ki, çocuğunun apandisiti patlayacak, doktor babasına demiş ki, işte bu kadar para verirsene yaparım, adamın apandisiti patlıyor, o paranın hesabını yapıyor orada; adam da köylü adam, para bir anda nereden bulsun, o zaman para yok (kimsede). İşte ben şahit oldum; geldi X abiye (görüşülen kişinin çalıştığı eczanenin sahibinden bahsediyor), işte benim oğlum böyle böyle, apandisi patlayacak, doktor ameliyata girmiyor, bana para (verir misin?)...

Tabii zamanla sağlık sisteminde iyileştirmeler oldu. Önceden sigortalı olan kişi de ilacın en ucuzunu alıyordu; SGK ilacın aslını ödemiordu; en ucuz neyse onu ödüyordu; onu da hasta parasını verip alıyordu; sigortayla anlaşmalı eczaneler pek azdı; gidip Kars'ta evrağını verip, aylar sonra parası geri alabiliyordu. Şimdiki sistemde hastanede her türlü imkandan herkes yararlanabiliyor. Sigortası olanın sigortası var; olmayanın Yeşil Kartı²¹ var; küçük bir aidat yatırarak herkes sigortadan yararlanabiliyor.

G2: Sigortası olmayanlar bile 60 lira yatırıp ilacını alabiliyor.

G1: Şu anda ödenen sadece doktor parası (muayene katkı payını kastediyor) ve ilaç katkı parası.

Türkiye'de toplam kent nüfusunun, köy nüfusunu geçmesinin 1980'lerde olduğunu hatırlarsak; "sigortanın ne olduğunu bilmeyen milletin", yani sağlık hizmetlerine ulaşamayan kesimin büyüklüğünü anlayabiliriz. Her ne kadar sistem primlerle finanse edilme üzerine kurulmuş olsa ve görüşmecinin belirttiği gibi bazı katkı payları talep edilse de kapsamda yaşanan büyümenin toplum açısından ne kadar değerli olduğu anlaşılmaktadır.

Güvence kapsamındaki bu olumlu gelişmeyi bir kenara bırakacak olursak; primle finanse edilen sistemlerde kaçınılmaz olarak dışarıda bırakılan nüfusa değinmemiz gerekmektedir. 5502 ve 5510 sayılı kanunlarla getirilen yeni sosyal sigorta modelinde finansman ve hizmet birbirinden ayrılmıştır. Bu ayrımın olduğu modellerde kapsamın evrensel olması ya da primin ödenip ödenmediğine göre bir sınır getirilmesi arasında tercih yapılmak zorunda kalınacaktır. GSS örneğinde olduğu gibi prim ödeme şartı getirilince, yeni sisteme dahil olamayan bir kesim oluşmuştur. Yeşil Kart alacak kadar yoksul olmayan ama çalışmadığı ya da düzensiz çalıştığı için primini ödeyemeyenler GSS'nin sağladığı imkanlardan faydalanamamaktadır. Yani teorik olarak kişilerin borçlarını ödeyene kadar doktora görünme imkanı ortadan kaldırılmıştır. Fakat pratikte durumun böyle işlemediği anlaşılmaktadır. Prim borcu olsa da ikinci basamak sağlık kuruluşunun hastane yöneticileri ikna edilirse hastanenin olanaklarında yararlanıldığı bilinmektedir.

²¹ Yeşil Kart statüsü kaldırılıp; bu sağlık güvencesine sahip olanlar GSS kapsamına alınsa da; primleri devlet tarafından ödenenleri nitelendirmek için halk arasında ve uygulamada "Yeşil Kart" tabiri kullanılmaya devam etmektedir.

Ayrıca kişilerin sağlık hizmetlerinden faydalanabilmek için değişik mekanizmalar geliştirdiği anlaşılmaktadır:

Görüşülen kişi 1: Aylık 40 lira paradır o; kimsenin primini ödemekte zorlanacağını sanmıyorum ben. Bir paket sigara günümüzde 10 lira-12 lira, dört paket sigara içmesen bir aylık sağlık masrafını karşılırsın...

Bu arada Yeşil Kartın denetiminin yapıldığını ben pek zannetmiyorum. Zaten üzerinde mal varlığını da anasının babasının üzerinde gösterip Yeşil Kart alabiliyor insanlar. Adamın altında bakıyorsun en lüks araba getirip Yeşil Kartla ilaç alabiliyor. (Eczacı, ellili yaşlarında erkek).

G2: Çeviriyor annesine çeviriyor kardeşine (mal varlığını onlara devrediyor demek istiyor). Uydurmuşlar işte; yararlanabilmek için, denetimi tam yapılmamıştır. (Eczacı, ellili yaşlarında erkek).

(Yukarıdakinden farklı bir görüşmede)

G1: Zengin olup da, parası olup Yeşil Kartlı olabiliyor; biraz siyasi şeyler oluyor yani. (Altmışlı yaşlarında emekli erkek).

G2: Zor durumda olanlar var; gideceksin araştırıcaksın. Ama bir sürü koşturup Yeşil Kart alamayan da var. Bizim burada bir tabir var afedersiniz "kapısında bir domuzu eksik; müslüman olmasa o da olur" derler ama bu adam Yeşil Kartlı, çoluk çocuğunun kendisinin traktörü var, inekleri var neyi yok ki...

İhbarcılık kötü bir şey, vermem de zaten isim ama söylediklerim kulaktan dolma değildir yani yaşadığımız olaylar. Her köyde git aynı olayla karşılaşırsın; bir sürü Yeşil Kartlılar vardır. Ama bazılarının verilmesi yakışmış tabii gerçekten. (Emekli öğretmen, erkek).

Genel sağlık sigortası kapsamında tahakkuk eden prim 7 milyar 300 milyon lira iken, devletin bunun ancak 357 milyon lirası tahsil edebilmektedir (Kamu Harcamaları İzleme Platformu, 2014). Yani prim borcunu ödeyemediğinden geniş bir kesimin sağlığa ulaşamaması gerekirken; siyasi otoritenin durumu görmezden geldiği anlaşılabılır. Çünkü sistem kağıt üzerindeki gibi işlerse; özellikle kırsal bölgelerde yaşayan, çok geniş bir nüfus kesimi sağlığa erişememe riski vardır. Ayrıca yukarıdaki ilk görüşmeden fark edileceği üzere, sosyal politika literatüründe sağlık hizmetlerine ulaşım açısından risk oluşturduğu düşünülen bu durumun, bir sorun teşkil ettiğine insanlar ikna olmuş görünmemektedir.

Eğer iddia edildiği gibi, evrensel kapsama ulaşmak isteniyorsa, Türkiye gibi istihdamın yarısının enformel sektörde olduğu bir ülke için, primlerle finanse edilen bir sosyal sigorta sistemi yerine, vergilerle finanse edilen bir ulusal sağlık sistemi daha uygundur. Çünkü enformel sektörde çalışanların, işini kaybetme ve gelirinin azalma ihtimali yüksektir; sağlık hizmetinin prime dayandırılması bu kesim için risk oluşturmaktadır. Özellikle ekonomik kriz dönemlerine girildiğinde, hizmeti prim finansmana bağlayan ülkelerin sağlık sistemleri, daha sürdürülemez bir yapıya dönüşmektedir.

Görüşülen kişi 1: Örneğin benim oğlumun sigortası falan yoktu Bağ-Kur'a²², gelip muayene parası yatırmadan tedavi olamıyor. Para yatırarak muayene oldu. Büyük olduğu için benim üzerimden yararlanamıyordu. Şimdi bu aydan sonra yatıyor primleri. Bizim kırtasiyemiz var; bir ara işler iyi gitmedi, yazın okullar olmayınca... Bağkurunu yatırmadı, iki ay yatırmayınca da yararlanamıyorlardı, saçma yani, 10 yıldır yatırıyor iki-üç ay yatırmayınca sağlık şeylerinden yararlanamıyor..

G1: Bizim debir akraba vardı, buraya iki üç defa muayeneye gelmiş, ilaç almamış, en son üçüncü dördüncü gelişinde ilaç yazmışlar. Eczaneye gidiyor sadece 60 milyon hastane parası (çıkıyor sistemde). Geldi; ya dedi ilaçları alacağım para yok. Hastaneye girmiş çıkmışım hep yazılmış. İşte getirdik 60 lira yatırdık da ilaçlarımızı aldık...

Genel Sağlık Sigortası yasalaştığında prim ödeyemeyenler için bazı esneklikler getirilmekteydi. Örneğin, eğer sağlık hizmeti almazlarsa, 18 yaşından büyük olup eğitimini tamamlayanların ve işsizlerin prim ödeme zorunluluğu yoktu. Yani kanunda belirtilen prim ödeme koşulu belirli kesimler için esnetilmişti. Fakat 2011 tarihli 28156 sayılı yönetmelik ile bu esneklik ortadan kalktı. Yukarıdaki görüşmede de görüldüğü üzere, önceden işsiz kaldığı aylarda ödeme yapmak zorunda olmayan kişiler bu yönetmelikle yapmak zorunda bırakılmıştır.

Bir sağlık sisteminin kapsamının evrensel olup olmadığının değerlendirilmesi, sunulan sağlık hizmetlerinin çeşitliliğiyle de alakalıdır. Türkiye'de, GSS'den önceki sistemde, sosyal güvence kapsamında olan insanların memnuniyetsizliği sunulan sağlık hizmetlerinin çeşitliliği ile ilgili değildi; sorunların kaynağı daha ziyade erişim ve hizmet kalitesiyle alakalıydı. Yani sigorta tarafından karşılanan sağlık hizmetlerinin kapsamı oldukça geniş hatta özel sağlık sigortalarından alınacak en pahalı poliçeye eşti. GSS'den sonra ise sosyal güvencenin kapsamındaki nüfus arttırılmakla birlikte; sunulan sağlık hizmetlerinin kapsamı daraltıldı. Sağlık sigortacılığı uygulamasında karşılaşılan en önemli olgulardan biri Temel Teminat Paketi'dir. Temel Teminat Paketi, sahip olunan sağlık sigortasının kapsamında sunulan sağlık hizmetlerine işaret etmektedir. Önceki sistemde sosyal güvence kapsamındaki nüfus dar, TTP kapsamı genişken; yeni sistende sosyal güvenlik sistemi kapsamı genişletilmiş fakat TTP sürekli daraltılma eğilimine girmiştir. 2003'ten buyana yıllar içerisinde yapılan sayısız düzenlemeyle TTP'nin daraltıldığı görülmektedir. Bunun anlamı ise, emek gücünü metadışı alana taşıyan sosyal politika uygulamalarından biri olan kamusal sağlık hizmetlerinin, tekrar metalaşmalaya başlamasıdır. Kapitalist toplumsal ilişkiler kurulduğundan beri savunmasız kalan

²² Yeni sistemde herkes GSS'li olmakla birlikte eski sistemden kalan tabirler kullanılmaya devam etmektedir. Bu örnekte kişi kendi hesabına çalışmakta olan ve esasen primlerini kendi ödeyen bir GSS'lidir.

emek gücünü, sosyal politika uygulamaları ve onun da özelinde sağlık hizmetleri korunmaya çalışılmaktadır. Türkiye'nin de dahil olduğu neoliberalleşme süreci insanları piyasalaşma karşısında savunmasız bırakmaktadır. TTP'nin giderek daraltılmasıyla güvencelerini yitiren bireyler, tamamlayıcı nitelikteki özel sağlık sigortalarına yönelmektedir.

Sağlık sistemi tarafından sağlanan kapsamın evrenselliğini, sağlık hizmetlerinin ne kadarının kamu tarafından karşılandığına bakarak da ölçebiliriz. GSS ile birlikte daha önceki sigorta sistemlerinde (Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK) olmayan yeni katılım payları getirilmiştir. Bunlar: Muayene katılım payı, istisnai sağlık hizmeti, öğretim üyesi farkı, ilave ücret ve otelcilik hizmeti²³ gibi sigorta primi dışında yapılan ödemelerdir (Öztürk, 2015, 93-94; Bilaloğlu, 2012, 44).

Görüşülen kişi 1: Biz mesela özel hastanede muayene olmaya gidiyoruz. Bizden bir ücret alıyorlar; muayene ücreti, atıyorum 100 lira, aslında 125 lira, ben kamu personeli olduğum için benden 100 lira alıyorlar, zaten 25 lirasını devletin verdiğini söylüyorlar. Biz muayenemizi oluyoruz doktor bir ilaç yazıyor; biz eczaneye gidiyoruz; o ilacı alırken o almadıkları 25 lirayı da bizden alıyorlar. Şimdi bu ne yani bu? Bu benim sağlık harcamamın azaldığını mı gösteriyor şimdi. Hastane 25 lirayı kimden aldı? Devletten mi almış oldu, yoksa bir kuruluş vasıtasıyla benden mi almış oldu. Bunu fark edebilmemiz için muayene olmamız lazım ya da gidip eczaneye ilaç almamız lazım. Ben iki yıl önceye kadar böyle olduğunu bilmiyordum. Normalde düzenli aldığımız ilaçlar var ama yazdırmayı gerekli görmüyorum, reçetesiz alıyorum bu yüzden. Muayene ücretini de hesaba katarak yazdırmak yerine kendim karşılıyorum.

G2: Bordrolarımız incelendiğinde sağlık harcamalarınız için belirli bir kesinti var... Maaşlarımızdan kesmeseler belki ben o parayla özel sağlık sigortası alacağım, devlet yaptığı için ihtiyaç duymuyorum mesela. Hem maaşımdan kesiliyor hem özelden bir hizmet aldığımdan ekstra da ben veriyorum; arkasından eczanelerdeki kesinti... normalde fazla hastanelere gittiğim yoktu; iki senedir fitik yüzünden hastanelere gittiğimde fark ettim bu ekstra ödemeleri. Hatta ilk ilaç aldığım da muayene ücretini gördüğümde çok kırılmıştım; o kadar maaşımdan sağlık payı kesildi yıllarca kullanmadım; hayatımda ilk defa kullandığımda ne var yani ilaçlarımın parasını da ödeyiverselerdi (gülüşmeler)...

(Farklı bir görüşmeden; muayene katkı payıyla ilgili sorum üzerine)

G1: Hocam tamamen kandırmaca bence. Devlet hastanesine giden herkes ücretsiz muayene olduğunu düşünüyor. Devlet bizden para almıyor deniyor; doğru, hastanede para alınmıyor, hiç bir işlemde para almıyorlar, ama eczaneye gidip ilacımızı almaya kalktığımız zaman, atıyorum ilaç 30 lira ama 50 lira ilave bir ücret çıkıyor, nedir işte?, muayene ücreti... Ki özel

²³ Otelcilik hizmeti, SSGSS Kanunu'nun 73.maddesinde, kullanıcıların kurumca belirlenmiş standartların üzerindeki taleplerini karşılayan bir hizmet olarak tanımlanmıştır. Özel ya da devlet sağlık kurumu bu şekilde verilecek bir hizmetten, belirlenen fiyatın üç katını alabilecektir. Bu satırların yazarı da kamu hastanesi hüviyetine sahip bir sağlık kurumunda otelcilik hizmeti almak zorunda kalmıştır. Geçirdiğim kanser türünden dolayı üroloji servisinde tedavi görmekteydim. Kemoterapi aldığım bağımsızlık sistemi azaldığından, ağzına kadar dolu odalarda tedavi görmek bulaşıcı hastalıklara yakalanma riski oluşturmaktaydı. Bu sebepler gerekçe gösterilerek hastane yönetimine ilettiğimiz talepler karşılanmayınca, yüksek miktarda ücret ödeyerek, "özel oda" olarak tabir edilen otelcilik hizmetinden faydalanmak zorunda kaldık. Bu uygulamada durumu zorlaştıran ise yapılacak ödemelere razı olmanın hizmete ulaşmaya yetmemiş olması ve "araya birilerini sokmak" yani enformel ilişkiler kurmak zorunda kalmamızı. Görüldüğü üzere sigorta kapsamında olmak ve kamusal nitelikte bir hastanede tedavi görmek bazı hizmetleri "özel" olarak verilmesini engellememektedir.

hastanelerde de aynı şekilde, özel hastanelerde giriş yapıp para veriyoruz, bana diyor ki (eczaneyi kastediyor) Özel X Hastanesinde tedaviniz varmış 15 lira ücret... Hadi orası özel hastane ama Ardahan Devlet Hastanesi ve Erzurum Devlet Hastanesi kaynaklı borçları da biz burada ödedik, işin özü bence kandırmaca... İşte nedir? Sağlık hizmetleri ücretsiz, değil... (Memur, otuzlu yaşlarında erkek.)

G2: Ama miktar düşük olduğu için, ödeyebilecek bir miktar, o yüzden gözüme geliyor benim, ilaçlar tedaviler çok pahalı biliyorsunuz ve dünyada sağlığın böyle ücretsiz olduğu çok az ülke var, yani devletin karşıladığı tamamen, şimdi kanser ilaçları bile ücretsiz hale geldi biliyorsunuz. O yüzden (katkı payı) çok göze batmaz açıkcası. (Memur, otuzlu yaşlarında kadın.)

G1: Ama söylemler şey hocam kesinlikle hiç bir ücret alınmadan hizmet alınıyor deniyor ama öyle bir şeye de bugüne kadar denk gelmedim ben.

AKP hükümetleri tarafından "eşitsiz korporatist" refah sisteminde köklü değişiklikler yapıldığını söylenebilir. 2003 tarihinden itibaren yapılan düzenlemelerle sigorta kapsamındaki nüfusun %96'lara çıktığı görülmektedir. Ancak Türkiye'de sigorta primlerini yatıramadığı için sosyal güvencesi olmayan 3 milyondan fazla kişinin varlığı sosyal sorunların devam ettiğini göstermektedir (Sönmez, 2012, 60). Sonu olarak, GSS ile sağlık kapsamında, evrensellik doğrultusunda ilerlemeler kaydedilmiş olmakla birlikte SDP'nin temel dayanağı neoliberal politikalar olduğundan, yapılan iyileşmelerin belirli sınırlılıkları bulunmaktadır.

4.3.2. Sağlık Alanındaki Eşitsizliklerin Değerlendirilmesi

Batıdaki refah devleti örneklerinin aksine, Türkiye'de, vatandaşlık statüsüne dayanan eşitlikçi bir refah rejimi yerine; çalışmaya dayalı bir sosyal güvenlik rejimi gelişmiştir. Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur mensupları ve güvencesi olmayan çalışanlar arasında sağlık hizmetlerine erişebilirlik ve hizmet kalitesi nazarında bir hiyerarşi kurulmuştur (Üstündağ ve Yoltar, 2007, 57). Sağlıkta dönüşüm programı sonrası gerçekleşen en önemli değişimlerden biri istihdam statüsüne dayalı eşitsizliklerin kaldırılmış olmasıdır. 1940'lardan sonra kurumsallaşmaya başlayan Türkiye'nin refah sistemi eşitsiz, hiyerarşik ve parçalı bir yapı arz etmekteydi. Farklı sosyal güvenlik programları, üyelerinden farklı miktarda primler topluyor, farklı hastanelerde tedavi hizmetlerini sunuyor ve verdikleri hizmetin niteliği de değişimler görülüyordu. Memurların ve Türk Silahlı Kuvvetleri'ne mensup olanlar geniş bir sosyal güvenceye sahipken, Bağ-Kur ve SSK üyeleri görece daha düşük sosyal güvencelere sahipti. Yani vatandaşların çalışma karşısındaki pozisyonlarına göre

eşitsiz bir sosyal güvenlik yapısı oluşmuştu. Formel sektörde çalışanlar arasında, sağlık hizmetlerine erişimde var olan bu eşitsizliklere ek olarak, Türkiye, hiç bir sosyal güvenceye sahip olmayan büyük bir nüfusu da barındırmaktaydı. Bazı klientalist ilişkiler kurarak ya da her seferinde yoksulluklarını gerekli mercilere kanıtlayarak sağlık hizmetlerinden yararlanabilen bu kesim sosyal güvenlik alanındaki eşitsizlikleri en derinden yaşayanları oluşturuyordu. 1992'de yasalaşan Yeşil Kart ile güvencesi olmayan yoksul kesimler için genel vergilerden finanse edilen eşitlikçi bir müdahale yapılsa da; sosyal sorunlar AKP'nin iktidara geldiği döneme kadar katlanarak büyümüştür. SDP'nin yönlendiriciliği ile yürürlüğe konan, 5502 sayılı ve 5510 sayılı kanunlarla güvenlik kurumları birleştirilip ortak bir sigorta fonu oluşturulunca statüye bağlı eşitsizlikler de ortadan kalktı.

Görüşülen kişi eczacı: Evet, ben bu mesleğe başlayınca yıl 1986; o zamanlarda herkesin sigortası yoktu. Millet sigortanın ne olduğunu da bilmiyordu. İlaçları genelde devlet memurları hariç, kendi parasıyla alıyordu. Devlet hastanesinde doktor olsa bile, hepsinin özel muayenehanesi vardı; parası olan gidip muayenesini olabiliyordu; parası olmayan malesef... öyle ki, çocuğunun apandisiti patlayacak, doktor babasına demiş ki, işte bu kadar para verirsene yaparım, adamın apandisiti patlıyor, o paranın hesabını yapıyor orada; adam da köylü adam, para bir anda nereden bulsun, o zaman para yok (kimsede). İşte ben şahit oldum; geldi X abiye (görüşülen kişinin çalıştığı eczanenin sahibinden bahsediyor), işte benim oğlum böyle böyle, apandisi patlayacak, doktor ameliyata girmiyor, bana para (verir misin)...

Tabii zamanla sağlık sisteminde iyileştirmeler oldu. Önceden sigortalı olan kişi de ilacın en ucuzunu alıyordu; SGK ilacın aslını ödemiordu; en ucuz neyse onu ödüyordu; onu da hasta parasını verip alıyordu; sigortayla anlaşmalı eczaneler pek azdı; gidip Kars'ta evrağını verip, aylar sonra parası geri alabiliyordu. Şimdiki sistemde hastanede her türlü imkandan herkes yararlanabiliyor. Sigortası olanın sigortası var; olmayanın Yeşil Kartı²⁴ var; küçük bir aidat yatırarak herkes sigortadan yararlanabiliyor.

SDP sonrası kurumsallaşan sistem formel sektör çalışanları (özellikle memurlar) ile kendi hesabına çalışanlar arasındaki hizmetlere ulaşma hiyerarşisini ortadan kaldırarak; en azından statüye dayalı eşitsizlikleri gidermiştir. SDP öncesi dönemde yataklı tedavi hizmetlerinin yanı sıra, ilaca ulaşmaktada sıkıntılar vardır. Sosyal güvenceye sahip olanların anlaşmalı eczane ya da geri ödemelerde sıkıntı çekmesi bir kenara güvence sahibi olmayan büyük bir kesim ilaçları cepten yaptığı ödemelerle sağlayabiliyordu.

Türkiye'de sosyal güvenlik düzeni kurulduğu andan itibaren sosyal sigorta temelliydi ama farklı sigorta düzenlerini barındırdığından hizmete ulaşmada eşitsizlikler doğuyordu. GSS ile birlikte farklı sigorta düzenleri ortadan kaldırıldığı için sağlık

²⁴ Yeşil Kart statüsü kaldırılıp; bu sağlık güvencesine sahip olanlar GSS kapsamına alınsa da; primleri devlet tarafından ödenenleri nitelendirmek için halk arasında ve uygulamada "Yeşil Kart" tabiri kullanılmaya devam etmektedir.

hizmetlerine ulaşımda görülen statüye dayalı eşitsizliklerin de otomatikman kalktığı görüldü. Fakat yeni oluşturulan sosyal güvenlik düzenindeki finansman mantığı, farklı türden bir eşitsizlik yarattı. Sağlığa erişimde yeni eşitsizlikler yaratılmasını sağlayan uygulamalardan ilki katkı paylarıydı. Yeni sistemde kullanıcılardan istenen katkı paylarının düşük gelirliiler açısından sağlığa erişimde eşitsizlik yaratması kaçınılmazdır. SDP sonrası, sağlığa erişimi eşitsiz hale getiren bir diğer olgu ise nitelikli sağlık hizmetlerinin, gelirin bir fonksiyonu haline getirilmesidir. Yeni sosyal güvenlik sisteminde, gelir temelli eşitsizlikler şu şekilde oluşmaktadır: Kişiler daha nitelikli olduğu düşündükleri özel sağlık kuruluşlarından (ya da kamu kuruluşlarındaki özel-istisnai işlemlerden) faydalanmak için fark ücreti ödemektedir. Hatta özel hastaneler arasında nitelik yönünden bir sınıflandırma olduğunu düşünecek olursak hizmetin kalitesine göre bu fark ücretinde yükselme olacaktır. Bu durumda gelirleriyle, daha nitelikli hizmetleri alabilecek olanlar ile olmayanlar arasında sağlığa erişimde yeni türden bir eşitsizlik inşa edilmiştir. Daha önceden istihdamdan kaynaklı statü eşitsizlikleri ortadan kaldırılmış ve yerine sahip olunan gelir üzerinden bir vatandaşlık hiyerarşisi oluşturulmuştur denilebilir. Toplumsal sınıflar arasında olan ekonomik eşitsizlikler olduğu gibi sağlık alanına taşınmıştır (Yılmaz, 2012, 119-120; Dertli, 2015, 271-304).

SDP sonrası getirilen düzenin hizmetlere erişimde eşitliği sağlamadığını, tersine vatandaşların sosyo-ekonomik durumuna göre nitelik bakımından farklılaşmış sağlık hizmetlerine ulaşabildikleri, bu durumun da vatandaşlar arasında sağlık hizmetleri ölçeğinde bir ayrışmaya neden olduğu iddia edilmektedir. Bu iddiaya, hekimler ile sağlık birimlerinin uygulamalarının, kişilerin sosyo-ekonomik durumuna göre değiştiğini de eklemektedirler (Elbek ve Adaş, 2009, 33-43).

Görüşülen kişi 1: Ben mesela Erzurum'a gittim, Bölge Araştırma Hastanesine, kolonoskopi yapılacak, adam bana üç aya gün vermiş, benim zaten yapılacak kolonoskopiye bir sıkıntı çıksa bile belki üç ay içerisinde ölmüş olacağım, üç ay içinde sen film çekeceksin de biz de göreceğiz... Orada yaptıramadım, üç ay gün verince ben Erzurumda Özel X hastanesi vardı, ertesi gün gittim orada yaptırdım ben, yoksa üç ay bekleyemezdim.

G2: Benim kuzenim bu şekilde kolonoskopiye girdi. Ona da üç ay sonraya gün verdiler. Çocuk meğerse kansermiş, ona rağmen sonuçları bir buçuk ay sonraya verdiler, hani erkene almamışlar. Özelde de bin lira para istiyorlardı. Kuzenim de ben salak mıyım 1000 lira vereyim falan... Halbuki çocuk kansermiş, çok ağrısı varmış. ondan sonra zaten mideyi aldılar, öyle kurtardı...

.....

(Farklı bir görüşmeden)

G1: Ne kadar devlet hastanesi iyi desen de, yine özele gidip muayene görmek istiyorsun. Ki araştırma ve üniversite hastanelerinde profesörler falan parasını alıp bakıyorlar. Benim

çocuğum hastaydı, buradan Erzurum'a sevk ettiler, Erzurum'a götürdüm orada bir pratisyen doktor baktı, düşün yani buradaki sözde uzman olacak Erzurum'a beni pratisyen baksın diye gönderiyor. O da bana bir miktar para yatırırsam öğretim üyesine baktırabileceğimi söylüyor.

.....

(Farklı bir görüşmeden)

G1: Burada gözlük yazdırdığımda doktorun çok az üzerinde durduğunu gördüm, neyse yazdığı gözlüğü takmaya başladım ama bir sorun olduğunu hissediyorum, iki hafta sonra İzmir'de üniversite hastanesinde ek ücret vererek hocaya muayene olduğumda -onun için biraz daha para ödüyorsunuz işte- dedim bana bunu yazmışlardı, yok dedi onla alakası yok dedi göz numaranın, ben yeniden yazağım dedi gözlüğü. Farklı gözlük numarası yazdı ve hala o gözlüğü kullanıyorum.

.....

(Farklı bir görüşmede)

(Yöneltiğim soru SDP öncesi ve sonrasını karşılaştırmasına ilişkin olarak)

G1: Eskiyle karşılaştırıldığı biraz daha iyi olduğu için memnuniyet yüksek çıkıyordur hala, ama şimdi de gittikçe kötüye gidiyor... Bence yine eskiye doğru gidiyor sistem, artık her şeyi para vurmuşlar gibi sanki...

.....

(Ardahan'da özel hastane imkanı olsa tercih eder miydiniz şeklindeki soruma cevap olarak)

G1: Poliklinikte polikliniğe değişir o bence, rutin, basit ve çok sağlığını etkileyecek bir şey değilse devlet hastanesini tercih ederim; ama bir fitik için devlet hastanesine gidip ameliyat olmam...

.....

(Farklı bir görüşmede)

G1: Ben doktorların çok fazla gereksiz ilaç yazdığını düşünüyorum. Şuram ağrıdı dediğin zaman hemen şu testi yaptır getir diyorlar. Devlet hastanelerindeki politika böyle.

G2: Doktorlar çok az zaman ayırıyor. Doktorlar sadece fiziksel şeye bakıyor, aslında doktorların sadece fiziksel değil ruhsal şeyi de tedavi etmesi lazım. En az bir 20-25 dakika sohbet etmesi lazım doktorun hastayla. Bir ilgilenmesi lazım ki insan kendini iyi hissetsin. kaldı ki hastalıktan bahsetmeye bile zaman kalmıyor.

G3: Özel sektörde ama ne iş yaptığımıza, çoluğumuza çocuğumuza, anamıza babamıza memleketimize kadar soruyorlar.

G4: Mesela ben özelde doktorla sohbet ederken akraba olduğumuz fark ettik, devlette olsa böyle bir şey olamazdı (gülüşmeler).

G5: Özellikle daha ağır hastalıklarda insan, özeldeki gibi doktorun ilgisini daha çok arıyor. Ama işte devlette ne oluyor iki dakika sonra olan hastanın planıyla düşünüyor daha arkada bir sürü kişi var.

Görüşmelerden yeni sağlık sisteminin vatandaşları, -tabiri caizse- kamu sağlık kuruluşlarının sağladığı düşük nitelikli hizmetlerde eşitlediği görülmektedir. Türkiye'nin yeni sağlık sisteminde hizmetlere erişim kolaylaşmış ya da bazı (özel) kuruluşlarda daha iyi sunuluyor olabilir fakat esas sorun bu nitelikli hizmetlerin ne derece eşit erişime açık olduğu noktasında düğümlenmektedir. Örneğin yukarıdaki ilk görüşmede hem görüşmeye katılanlar hem de konuşma sırasında bahsettikleri kişiler sigorta güvencesine sahiptir. Ama hayati derecede acil hizmet gerektiren

tedavi ihtiyaçlarında normalde sigorta kapsamında alabilecekleri hizmetlere ulaşamamış; gerekli sağlık ihtiyaçlarını cepten ödeme yaparak karşılamışlardır. İkinci görüşmede ise kamu sağlık kuruluşlarının artık işleyiş bakımından kamusal özelliklerini kaybettikleri görülmektedir. Bölge araştırma ya da üniversite hastaneleri kamu sağlık kuruluşu olmalarına rağmen, bu hastanelerde çalışan öğretim üyelerine tedavi olabilmek için ilave ücret ödemek gerekmektedir. GSS sisteminin sosyal güvenliğe getirdiği gelir temelli eşitsizlikten kastedilen yukarıdaki görüşmelerde somutlaşmıştır.

Genel Sağlık Sigortası ile gelen sosyal güvenlik düzeninde, hem primini yatıranlarla yatırmayanlar arasında hem de sahip olduğu gelirle, nitelikli tedavi hizmetini satın alanlar ve alamayanlar arasında eşitsizlikler oluşturmaktadır. Ardahan gibi ülkenin idari ve ekonomik merkezlerine uzak şehirlerde ise sağlık hizmetlerine erişime yeni bir eşitsizlik eklenmektedir. Nitelikli sağlık hizmetine ulaşmak için şehir dışına çıkmayı tercih ediyor musunuz şeklindeki sorum üzerine:

G1: Aynen aynen ki söyleyen doktorlar da var hocam, Erzurum'a ya da Kars'a gitme imkanınız varsa oraya gidin diyen doktorlar da var. Haberlerden takip ediyoruz; önceden malzeme eksiklikleri falan vardı ama burada olduğunu zannetmiyorum; artık bir eksiklikleri yok ama doktorlarda, hemşirelerde, sağlık personeline ben sıkıntı olduğunu düşünüyorum (sistemle ilgili bir sıkıntılar doktorlara atfediyor) az önce arkadaşın söylediği gibi acaba tıp eğitimi aldılar mı gerçekten? (Gülüşmeler) Hatta ben bununla çok karşılaştım siz bunun için mi geldiniz diyen çok doktor oldu Erzurum'da. Böyle basit bir şey için Ardahan'dan neden geldiniz buraya diyen doktorlar oldu. Bize burada öyle şeyler söylendi ki gitmesek olmazdı. Hatta sizin yine şansınız var gelebiliyorsunuz; eviniz var kalabiliyorsunuz; maddi durumu ya da kalacak yeri olmayan insanları da bu şekilde Ardahan'dan gönderiyorlar, yazık diyen doktorlar da oldu. Dolmuşa binip hastaneye gidecek parası olmayan insanlardan Erzurum'a gitmesini istiyorlar. Yani hocam şöyle söyleyeyim artık baştan mı savıyorlar, ilgilenmek istemiyorlar mı, ya da vakit mi kaybetmek istemiyorlar, bir kaç tahlil ya da tetkik yapılacak ilgilenmiyorlar ya da onlara bakmak onların sonuçlarını almak mı zor geliyor. Erzurum'a gittiğimizde bir kan veriyoruz ne var ne yok çıkıyor ortaya; adam burada kan istemiyor...

Farklı bir görüşmede benzer soruyu sorduğumda ise şöyle bir yanıtlar gelmişti:

G1: Hastalığım olsun ben buradan Erzurum'a gitmeyi hiç göze almam kışın; derim ki o hastalığımı dursun İstanbul'a gittiğim zaman veya Mardin'e gittiğim zaman muayene olurum.

G2: Evet bir erteleme olayı var doğru.

G1: Erteleme olayı acayip var. Mesela PRP tedavisi var, Kars'dakine gitmiyorum, İstanbul'a gittiğim zaman yaparım onu. Yani biz biriktiriyoruz, not ediyoruz, hani çarşıya gittiğinde eve alınacak malzemeleri not alırsın ya, bu tedavi yapılacak şu yapılacak, hepsini gittiğimiz zaman... Aslında bizim yıllık izinlerimiz hep hastalıkla geçiyor, hastanelerle git gel...(Otuzlu yaşlarında memur)

Yaptığım başka bir görüşmede Ardahan'daki sağlık hizmetlerini karşılayıp karşılamadığı gibi bir soruya şöyle bir yanıt verildi:

G1: Beklentilerini karşılayan da var karşılamayan da var. Mesela dış hastanesi çok güzel (binası yeni yapıldığı için fiziksel şartlarını kastediyor), sistem olarak herkes beğeniyor ama çok küçük şeyde bile seni biz burada yapamayız; Erzuruma gideceksin... Çok güzel bir bina

yapmışlar, hizmetine vermişler, artık alet edevat mı yok, ne sorun varsa ya da doktorlar özel muayenehane açıp para mı almak istiyor. Diyor ben bunu yapamam Erzurum'a git, Kars'a git.

Devlet hastanesinde de çoğunlukla şehir dışına çıkmak zorunda kalıyorsun. Hatta ben bir gün şöyle bir olaya şahit oldum: Erzurum Bölge Araştırma Hastanesi'ne gitmiştim, benden önceki hasta da Ardahan'dan gelmiş ama ben tanımıyorum. Doktor dedi ki filmlerine bakayım falan, filmlere bakar bakmaz dedi ki sen Ardahan'dan mı geliyorsun... Ardahan'dan geliyorum dedi nereden anladın? Doktor dedi ki, bu film zaten Ardahan'dan başka yerde çekilmez dedi; bak çektikleri film, filme bile benzemiyor... Makine eski yani.. Daha bugüne kadar Ardahan'da anjiyo yapamadılar, bir anjiyo için hemen Kars'a gitmek zorundasın. Ardahan biraz bu durumlarda geri. Ama eskiye oranla büyük gelişme var. Eskiden biz ilk çalışmaya başladığımızda branş doktorları pek fazla yoktu, çoğunlukla pratisyen, şimdi her hastalığın branşı var en azından.

SDP'nin sağlık hizmetlerine yaptığı önemli etkilerinden biri kapsamı genişletmesiye diğeri de neoliberal politikaların rehberliğiyle bir sağlık piyasası yaratmış olmasıdır. Bu dönemde özel hastanelerin kamu hizmetlerinden aldığı pay, devlet ve özel hastanelere oranla iki kat daha fazladır. Yani devlet eliyle bir özel sektör yaratılmıştır. 2002-2012 arasında Sağlık Bakanlığı'na ait yatak sayısında %14, üniversite hastanelerine ait yatak sayısında %33, özel sektöre ait hastanelerin yatak sayılarında ise %189 artış olmuştur. Özel hastanelerdeki yatak sayısında olan artışın sağlık ihtiyacından değil kar maksimizasyonu için yapıldığı; artışın, en çok ihtiyaç duyulan Güneydoğu ve Kuzeydoğu Anadolu bölgesinde değil İstanbul'da olmasından anlaşılmaktadır. Özel sektöre ait yatak sayısı en çok İstanbul'dayken (2012'de 11.454), en az yatak ise 261 adet ile çalışmanın konusu olan Ardahan ilinde bulunduğu Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi'ndedir (Elbek, 2015, 29).

Türkiye'de 1980'lerden başlayan ve 2003'ten sonra hızlanarak devam eden neoliberalleşme sürecinde, kamu sağlık harcamalarının büyük bir kısmının, özel sektör yaratılması için kullanılmasının, ülkenin idari ve ekonomik merkezlerinden uzakta olan illerde bazı eşitsizliklerin oluşmasına katkısının olduğunu düşünüyorum. Nitelikli sağlık hizmetinin özel hastanelerde verilmesi, Ardahan gibi bu olanaktan faydalanamayan iller açısından bir eşitsizlik oluşturmaktadır. Dönüşümden sonra devlet hastanelerinin nitelikleri toplumda oluşan beklentiyi karşılamamaktadır ve özel hastane olmayan yerleşim yerleri açısından bir eşitsizlik oluşmaktadır.

Soru: Burada özel hastane olsa, devlet hastanesini mi yoksa özeli mi tercih ederdiniz?

Görüşülen kişi 1: Acil durumlarda özeli tercih ederdik tabii ki.

G2: Ardahan halkının bir kısmı belirli bir gelir seviyesinin üstünde olduğu için özel hastane olsa, tahminen o tercih edilir. Devlete giden hastaların %30-40'ı orayı tercih eder.

G3: Bir de devlet hastanesinin yükü azalırdı biraz belki daha iyi olurdu.

G4: Özel hastaneye gittiğimiz zaman orada hasta değil müşteriyiz. Öyle düşünüyoruz yani, herkes öyle düşünüyor. Paramızla hizmet aldığımız için orada doktor ve diğer çalışanlar, çok güler yüzlü yani, devlet hastanesine göre kat be kat. Şimdi biz de memuruz, biz de özel sektörde çalışsak ister istemez, ... , biz de öğrenciye surat yapabiliyoruz ama özel sektörde öyle bir şansımız yok. Orada çalışan doktorun da o şansı yok; diğer çalışanların da o şansı yok. Hasta memnuniyeti ön planda kesinlikle; şimdi gittiğin zaman güler yüzle karşılanıyorsun; zaten devamlı bir doktora gidip geliyorsan az önce G3'ün de dediği gibi bir bağ da kuruluyor doktorla hasta arasında. Ardahan'da olsa %80 herkes tercih eder (özel hastaneyi kastederek).

G5: Ben özel hastaneye ticari olarak bakıyorum. Ama devlet hastanesindeki bazı hocalar özel hastanedekilerden daha iyidir. Mesela ben İstanbul'da X Hastanesi var oraya gitmiyorum; Y hastanesine gidiyorum; orada bir tane doktor var; ondan acayip memnunum. Mesela bizim akrabalar, X'e gidenler hep şikayetçi ama o adamın (Y'deki doktordan bahsediyor) yanına gidenler hep memnun. Bütün doktorlar için geçerli değildir (Özel hastanelerdeki doktorların otomatik olarak iyi olduğunun kabul edilmesini eleştiriyor).

4.3.3. Sağlığa Ayrılan Finansmanın Değerlendirilmesi

SDP'den önce var olan sağlık sistemi, kullanıcılara maddi açıdan büyük zorluklar çıkaran tek kelimeyle kötü bir sağlık sistemiydi. 2002 yılında Türkiye'de cepten yapılan ödemelerin toplam sağlık harcamalarına oranı %19,8'idi ve bu oran, bir çok OECD ülkesiyle kıyaslandığında çok yüksekti (SB, 2008'den aktaran Ağartan, 2018, 339). Ayrıca, cepten yapılan ödemeler, mensup olunan sigorta türüne, sigorta kapsamında olmamaya, gelir seviyesine ve ikamet edilen yere göre farklılaşıyordu. Örneğin sigortasızlar, kapsam içindekilere göre aile gelirlerin daha yüksek bir oranını sağlık harcamasına ayırmak zorunda kalıyordu. Cepten ödemelerin maliyeti, alt gelirli gruplar, kırsal bölgelerde ve -Ardahan ilinde bulunduğu- Doğu Anadolu'da yaşayanlar ve Yeşil Kartlılar açısından, sigorta şemsiyesi altında olanlar ve daha gelişmiş merkezlerde yaşayanlara göre daha fazlaydı (Sülkü ve Bernard, 2008'den aktaran Ağartan, 2018, 339). SDP'den önce gerek bağış adı altında yapılan gerekse muayene/bıçak parası gibi gayri meşrû ödemeler son derece yaygındır. 2002 yılında kamu hastanelerinde çalışan hekimlerin %90'nın kendi özel muayenehanesinin bulunması durumun vehametini göstermektedir. Zira kamu kurumunda çalışan hekimlerin özel muayenehanelerine "uğramak" hastanın kamu kurumunda hizmet almasını kolaylaştırıyordu. Yapılan bir araştırmaya göre (Liu, Çelik ve Şahin, 2005'den aktaran Elbek, 2015, 24), cepten yapılan ödemelerin boyutları şöyleydi: Adı "bağış" olan zorunlu "gönüllü" ödemeler %11,1'e, hekimlerin cerrahi hizmetleri karşılığında yapılanlar %23,5'e ve ilaçlar için yapılan ödemeler %50,5'e ulaşmıştır.

SDP ile birlikte bu yasadışı ödemeler ortadan kalktığı için özellikle sosyal sigortaya sahip olmayan kesimler üzerindeki var olan maliyet baskısı önemli oranda ortadan kalkmıştır. Hane halkının tüketim harcamaları arasında sağlığa ayırdığı payın

2002'de %2,3 iken 2012'de 1,8'e düşmüştür. Yalnız bu on yıl içerisinde mutlak değer olarak cepten yapıla harcamalarda ciddi bir artış görülmektedir. Cepten harcamalar, 1999'da 3,4 milyar dolarken, 2007'de bu rakam 8,5 milyar dolara, 2008'de de 10 milyar dolara çıkmıştır. Sağlık harcamalarının aile tüketimi içindeki payı da 2003'te %3,1 iken, bu oran 2006'da %4,4'e, 2009'da da %5,4'e çıkmıştır. 2005 ile 2009 arasında yapılan özel sağlık şirketlerine yapılan harcamalarındaki artış oranı ise %20 olmuştur (Sönmez, 2011, 46-69).

Gerçekleştirilen görüşmelerde kişilerin sağlık harcamaların artıp artmadığı ile ilgili sorulara verilen cevaplar genelde bu minvaldeydi:

G1: Benim artmıştır

G2: senin çocuğun var o yüzden artmıştır.

G1: Gittiğimizde özel hastaneyi tercih ettiğimizden dolayı ister istemez artış var. İşte Kars ya da Erzurum ya da orası da şey yapamazsa Ankara, ki giden arkadaşlar da var. Belki sağlık harcaması olarak değil ama hizmete ulaşmak için ara ara yapmış olduğumuz harcamalar ister istemez arttı.

Türkiye'de toplam sağlığa yapılan harcama miktarı SDP'den sonra ciddi bir artış göstermiştir. Fakat ülkenin sağlık harcamalarındaki artışın kaynağı tartışmalıdır. Toplam sağlık harcamalarına baktığımızda 2003 yılında 24 milyar tl olan rakamın 2009'da 66 milyar tlye çıktığı görülmektedir. Harcamaları tartışmalı hale getiren ise bunların özel sektörün gelişmesine, ilaç-teknoloji-tedavi harcamalarındaki küresel ölçekte benzeri görülmeyen artışlara ve performansa dayalı ödemelere dayanmasıdır. SDP'den sonra toplam hastane müraçatları 2,4 kat, yatan hasta sayısı 1,9 kat ve yapılan ameliyat sayısı ise 4,2 kat artmıştır. Bu harcamalar kısıktırılmış olan talebe ve sağlık işletmelerine getirilen performans sistemine dayandığı için toplumun sağlık düzeyindeki iyileşmeye dönüşmemiştir. Toplam sağlık harcamalarında esas üzerinde durulması gereken konu cepten yapılan sağlık harcamalarıdır. 2003'te 3 milyar olan cepten harcama miktarı, 2009 yılında 3,7 kat artarak 11 milyar tl'ye çıkmıştır. Ayrıca cepten harcamaların payının toplam harcamalar içerisindeki pay da artmıştır; %16'dan %26'ya yükselmiştir.

Ardahan'da yaptığımız saha araştırmasında elde ettiğimiz bulgulara göre, şehirde bulunan hastanede nitelikli hizmet alamadığını düşünen kesimin bölgede bulunan daha büyük şehirlerdeki -kamu ya da özel- hastanelerden faydalanma eğiliminde olduğu gözlenmiştir; bu durum kişilerin bütçesinde büyük bir baskı

oluşturmaktadır. Ardahan'da vatandaşlar sağlığın metalaşma eğilimine girmesinden kötü etkilenmiş kişilerin sağlık harcamalarını artış olduğu gözlenmiştir.

4.3.4. Sağlık Hizmetlerine Ulaşımın ve Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi

Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı'ndan önce sağlık güvencesinin kapsamı çok düşük ve sunulan sağlık hizmetlerinin niteliği çok düşük olduğu için dönüşüm sonrası yapılan araştırmalarda memnuniyet oranı çok yüksek çıkmaktadır. Sağlıkta dönüşüm sonrası sağlığa ulaşımı kolaylaştıran ve memnuniyeti arttıran bir çok gelişme olmuştur: Acil sağlık hizmetlerinde gelişmeler gerçekleşmiş; 112 acil yardım noktaları ve ambulans donanımları arttırılmıştır. Her ne kadar niteliği konusunda kuşklar olsa da ilaçlar ucuzlamış, muayene olmakla ilgili zorluklar ortadan kaldırılmış, bıçak parası ve bağışlar ortadan kaldırılmış, Yeşil Kartlılar için ayakta tedavi masrafları kapsama alınmış ve hastaların daha kolay olarak sağlık hizmetlerine erişimi sağlanmıştır. Tüm bu gelişmelerin kullanıcılar nazarında sağlık hizmetlerine olan memnuniyeti arttırmıştır (Elbek, 2015, 25).

Ayrıca hastanelerin modernizasyonu ve buralara yapılan teknoloji yatırımları, sağlık birimlerindeki bürokrasinin azaltılması, birimlerin dokümantasyon ve arşivleme sistemlerinin yenilenmesi de sağlık hizmetlerine olan memnuniyeti arttırmıştır. Dönüşümden 2013'e kadar kamu hastanelerindeki cihazların artış oranı tomografide 3, ultrasonografide 4, ve manyetik rezonansda 13 kata ulaşmıştır. (Elbek, 2015, 27).

Yapılan saha araştırmasında, sağlık hizmeti kullanıcılarından sağlıkta dönüşümden öncesi ve sonrasını karşılaştırmalarını istendiğinde şöyle cevaplar alınmıştır:

G1: Ben kesinlikle iyileştiğini düşünüyorum. Ben İzmir'de küçükken şeyi hatırlıyorum, sabahın beşinde kalkıp da annemle hastaneye gidip sırada beklediğimiz hatırlıyorum. Sabahın dokuzunda açılacak muayene için beşte sıraya giriyorduk.

G2: Benim demek istediğim ne biliyor musunuz? Sabah dörtte hastane açılmadan herkes sırada beklerdi. Hatta tıklım tıklım olurdu hastanelerin önü. Benim demek istediğim son 10 yılda yerinde sayıyor ben 10 yıldan önceki durumu kesinlikle kastetmiyorum.

G3: Eskiden ilaç sıraları vardı; annem muayeneye giderdi; o sırada ben de ilaç sırasına girerdim.

G2: Eskiden doktorlar hem özelde hem devlette çalışabiliyordu. Devlette adam (doktor) diyordu ki sana bir hastane (özel muayaneyi kastediyor) önereceğim oraya git, sizin beni devlette de bakma imkanınız vardı beni neden özel muayenehanenize gönderdiniz, şimdi böyle doktorlar yok muydu? vardı.

G1: Bıçak parası alıyorlardı dediği gibi özel muayenehanesine gönderiyordu, biz bu yüzden sağlık sisteminin düzeldiğini, ilerlediğini söylüyoruz ki bir sürü Şehir Hastanesi yapıyor.

G4: Sağlık turizmi çok gelişti. Ameliyat olmak için bile bir sürü insan geliyor buraya artık. Gerçekten çok gelişti. Tamam Ardahan çerçevesinde düşünmeyelim ama Türkiye için çok gelişti. İstedğin ilaca, tedaviye ulaşabiliyorsun.

G5: Eski devlet hastanesini hatırlıyorsunuzdur, eski haline iki defa gitmiştim, sağlık ocağı gibiydi (gülüyor).Ufak hani köylere olanlar gibiydi; şimdi baktığımızda fiziki olarak da çok çok iyi durumda eski haline göre. Ha dediğimiz gibi hizmet, nitelik çok çok şey değildir ama - Ardahan için konuşuyorum- önceki haline göre iyi. Diğer iller için de öyle. Mesela Erzurum, önceden herkes Üniversite hastanesine gitmeye çalışırdı; şimdi bölge araştırma hastanesi hatta şimdi şehir hastaneleri vs kurulması... Ardahan için söylüyorum son sekiz senedir büyük bir sıçrama var; en azından hastane artık hastane gibi, önceden devlet hastanesinin girişini falan hatırlıyoruz cidden kötüydü.

Yapılan görüşmelerde özellikle istenilen kuruma başvurulabilmesi, yeşil kart için getirilen ve birinci basamaktaki iyileşmeler, muayene bekleme sürelerinin azalması, memurlar için sevk zorunluluğunun ortadan kaldırılması gibi gelişmelerin herkes tarafından olumlu karşılandığını görüyoruz. Özellikle hastanelerin fiziki şartlarında gerçekleşen iyileşmelerden memnuniyet konusunda neredeyse herkes ortaklaşmaktadır.

G1: ... Eskiye oranla büyük gelişme var. Eskiden biz ilk çalışmaya başladığımızda branş doktorları pek fazla yoktu (1986 yılında bahsediyor), çoğunlukla pratisyen, şimdi her hastalığın branşı var en azından...

Eskiden sağlık ocaklarında çalışan sağlık memurları bile doktor kadar rağbet görüyordu. Çünkü doktor yoktu ya, adam sağlıkta çalışıyor, köylü vatandaş bilmiyor geliyor şöyle böyle , sağlık memuru işi yürütüyordu. Şimdi her hastalığın ayrı bir doktoru olduğu için sağlık ocakları biraz geride kaldı.

Ardahan özelinde her ne kadar şu anda uzman doktor açısından ciddi açıklar olsa da kullacılar sağlıkta dönüşüm öncesine göre iyileşme olduğunu noktasında uzlaşmaktadır. Ayrıca görüşme yaptığımız kişiler, sağlık bürokrasisinde yaşanan teknoloji kaynaklı dönüşümden de memnundu:

G1: Elektronik dönüşümle alakalı bir şeyler söylemek istiyorum. O konuda ben çok memnunum, e-devlet'i Sağlık Bakanlığı çok güzel kullanıyor. Hem e-nabız hem de e-devlete girildiğinde aile hekiminizi görebiliyorsunuz. Geriye doğru, yazdığınız ilaçları filmlerinizi görebiliyorsunuz.

Her ne kadar sağlıkta dönüşüm ciddi bir memnuniyet sağlamış olsa da son dönemlerde bu memnuniyette tersine bir gidiş olduğu görülmektedir. Ardahan özelinde bu memnuniyetsizliğin kaynaklarından ilki randevu sistemi ile ilgilidir:

Görüşülen kişi 1: Benim burada başka gözlemlediğim şey kamu spotlarında çalışanlar için istediğiniz saatte randevu alabilirsiniz diyorlar ya, ben bununla ilgili bir sıkıntı yaşadım. Mesela ben o verilen numaraları aradığımda hiç bir zaman Ardahan Devlet Hastanesi'nden randevu alamadım, alamadığım için de kendim gitmek zorunda kaldım. Gittiğimde de işte diğer personel grubundan (idari personeli kastediyor) hep şu durumla karşılaştım: Şu anda alamayız biz sizi zaten doktorun şu kadar kotası var, bugün otuz kişiye bakar, siz artık bilmem kaçınıcsınız... Peki ben ne yapacağım? Çalışan bir insanım ve ben her saat gelemiyorum buraya dediğimde de, gelince de sabah geleceksiniz 07:30'da sıraya gireceksiniz falan gibi eskiden (reformun ilk dönemlerinden bahsediyor) karşılaşmadığım bir usulden bahsedildi. Sonrasında istediğim saatte gidemediğim için, mesela dersime denk geliyor ya da ilaç

yazdırmam gerekiyor falan diye ben özel hastanelere gitmeyi tercih ettim. Erzurum'dan özel X hastanesine gitmeye başladım.

Mesela bel rahatsızlığı yaşadım ve o rahatsızlığın fitik olduğu ortaya çıktı ama bel rahatsızlığını yaşarken buradaki devlet hastanesine gitmek istemedim. Eşim çok ısrar etti gidelim diye çünkü duramıyordum yerimde ama gitmek istemedim; bekledim tatili, tatilde Samsun'da özel bir hastaneye gittim, orada öğrendim zaten fitik olduğumu da.

G2: Benim de bir durumum oldu randevu meselesiyle ilgili, göğüs kafesim ağrıyordu, onla ilgili. Ben tam işime denk getirdim randevu saatimi. Ama randevu saatinde muayene olamadım. Randevu saatlerine buradaki devlet hastanesinde çok uyulmadığını görüyorum. Bu devlet hastanesi özelinde sanki biraz yoğun gibi. Randevu alınan saatte muayene olunmayacaksa neden randevu alınıyor; bu sistem neden getirildi yani. Randevu sistemini (182) aradığımızda eğer o poliklinikteki doktor izindeyse randevu veremiyorlar. Bu devlet hastanesine iki kere ihtiyacım olduğunda da aynı şeyle karşılaştım. Halbuki doktor varmış ama Göle'den geçici olarak geldiği için randevu sisteminde görünmüyormuş. Bana randevu sistemi de iyi çalışmıyor gibi görünüyor.

G3: Randevu sistemi ile hastane entegre çalışmalı. Sistem kağıt üzerinde güzel çalışıyor ama pratikte olmuyor.

G4: Bence web sitelerini de düzenlemeleri gerekir. Mesela özel hastanelerinkini açınca görüyoruz ya doktorun resmini...

Ardahan'ın sağlık alanında yaşadığı en büyük problemin sağlık personeli ve ekipmanı konusunda yaşanan eksiklik olduğunu görüyoruz:

Görüşülen kişi 1: Fiziksel şartlar değişti, güzelleşti ama yoğunluk ve doktor sayısı açısından bir gelişme var mı onu bilemiyorum. Çünkü hala dahiliye ya da kardiyoloji gibi yoğun polikliniklerde inanılmaz bir yoğunluk var. Randevu alsanız bile en az yarım saat beklersiniz. Ben babaannem için hemen hemen her hafta bu polikliniklere gidiyoruz; benim gözlemlediğim kadarıyla hasta yakını eğer bilinçliyse, hastanın geçmişini doktora anlatırsa, doktorun işi de kolaylaşıyor. Ama geçtiğimiz on sene ne olduğunu anlatamayan biri kan tahlili ile geldiğinde işi zorlaşıyor. Doktorlar da çok yoğun olduğu için bir hastaya beş dakika bile ayıramıyorlar yani, öyle olunca da ilgilenemiyor, onlarda işte bakıyor ne gördüyse yazıp gönderiyor. Poliklinikte tek doktor olması büyük sıkıntı.

G2: Burada doktor açığı var cidden; mesela cildiyeceye gittim, on beş gün boyunca hiç kimse yok dedi. Başka doktor mu yok dedim, başka cildiyece yok dedi. Tek bir cildiyece var şu an Ardahan'da başka cildiyece yok. 15 gün boyunca tedavi olamazsın demek bu..

G3: Esas sıkıntı doktorsuzluk; buraya gelen gitmek istiyor. Zamanı gelir gelmez gidiyor. Kimisi istifa de istifa edip gidiyor mesela benim iki doktorum da art arda istifa edip gitti. Öyle olunca yenisi gelene kadar belirli bir süre geçiyor. Ve kadın doğum gibi, kalp gibi durumlar süreklilik gerektiren durumlar, onlar sıkıntı.

G4: Şöyle bir şey de var, doktor sayısı az, doktor başına düşen hasta sayısı çok, doktorlar uzun nöbetler tutuyor, o yüzden doktorlar açısından da değerlendirmeliyiz...

G5: Ama doğuda güneydoğuda sıkıntı bu doktor işleri, ama geliyor buraya, burayı beğenmeyince ya ücretsiz izne ayrılıyor gidiyor, ya rapor patlatıp gidiyor, kadro burada dolu görünüyor. Halbuki hastaneye gidiyorsa doktor yok. Örneğin geçen haftaya kadar bir müddet kardiyoloji yoktu Ardahan'da, en önemli branşlardan biri. Göğüs kardiyoloji ve kadın doğumda sorun oluyor. Şu anda mesela üç tane dahiliyece çalışıyor ama yetişemiyorlar hastalara,

(Sıra oluyor yani diye soruyorum)

G5: Düşün bak, üç dört tane dahiliyece çalışıyor; her biri günde 170 hastaya bakıyorlar, düşünsene 170 tane hastaya ne kadar bakabilirsin, sadece yüzüne bakarsın, neyin var, ilacını yazarsın git dersin, şimdi burada doktora da bir şey diyemezsin. orada da doktor haklı pozisyona geliyor.

Ardahan'daki kamu kurumu hastanelerinde karşılaşılan en büyük sorunun sağlık hizmetlerinin niteliğiyle ilgili olduğu anlaşıyor:

Görüşülen kişi 1: Devlet hastanesindeki doktorların bir çoğu yani... sıkıntı. Benim şimdiye kadar dış hastanesine gitmem bir kere oldu; onda da doktor bana şey dedi: Benim tayinim çıktı; ben tayin alacağım senin tedavini takip edemem, bundan sonra gelecek arkadaşla başlarsınız tedaviye, o takip eder tedaviyi dedi. Zaten onun ardında Erzurum'a gittik...

Devlet hastanesinde de genelde, bilmiyorum, ben bugüne kadar, sekiz buçuk senedir Ardahan'dayım; bir kez iyi doktora denk geldim, o da bizim çocuk bir yaşında, bir bayan çocuk doktorunda iyi bir doktora denk geldik; çok ilgili alakalı, dinledi vesaire... Ki size başımızdan geçen bir olayı: Eşim rahatsızlandı, eşimin çocuk sahibi olamayacağını söyledi buradaki doktor, biz Erzurum'a gittiğimizde eşimin hamile olduğunu öğrendik... Yani bize çocuk sahibi olamazsınız dendi Ardahan'da, eşimin rahatsızlığından ötürü, Erzurum'a gittiğimizde de eşimin hamile olduğunu öğrendik. Bir çok şeyle karşılaştık ki bir çok örneği de vardır. Eminim bizden daha fenaları da vardır. Orada (devlet hastanesini kastediyor) ilgi alaka sıfır, standartlaşmış şeyler var, işte nedir soğuk algınlığı, soğuk algınlığıysa ilacı belli, standart yazar, hani bakmaz ki ekstra bir şey var mı? Ya da işte çocuk götürüyoruz ateşini ölçmeden, yaşını sormadan ilaç yazıyor ki dikkat edilmesi gereken hususlardan birisiymiş. Ama burada sormuyor bu çocuk kaç aylık, kaç yaşında vesaire direkt. Acil zaten allaha emanet, öyle söyleyeyim.

(acilin durumunu soruyorum bunun üzerine)

acil kalabalıktan ziyade hiç şey yok hocam... (başından geçen olaya geçiyor) ben parmağımı geçen yıl arabanın kapısına sıkıştırdım. Doktora gittim ağrıdan duramıyorum. Baktı sadece sardı parmağımı, ki kan toplamıştı. Kan çekilirse rahatlayacağımı söyledim ki daha önce başıma gelmişti. Çekemeyiz kanı dedi sardı gönderdi, bir ağrı kesici verdi bana, kendim kanı çektim ve rahatladım. Daha sonra gittiğimizde doktora, farklı bir doktora, evet bu kanın çekilmesi lazımdı dedi, e çekilmesi lazımdı da acilde de iki gün önce senin arkadaşın vardı... İlgilenmiyorlar...

(Sıradan ziyade nitelikle ilgili bir sorun var o zaman diye soruyorum)

Tabii hocam, şikayet söyleniyor ondan sonra standart bir kaç rutin yerine getiriliyor; işte iyi bir doktora denk geldiyseniz, çocuksa sırtını dinler bir şey var mı diye, onun dışında ilacı yazar gönderir. Korkulacak bir şey yok der ki beni en çok o korkutuyor. Korkulacak bir şey yok dedikleri zaman, başka şehirlere (oradaki hastaneleri kastediyor) gitme ihtiyacı duyuyorum; Erzurum'a gidip tekrar muayene olma ihtiyacı hissediyorum kendim için de çocuğum için de, eşim için de...

.....

(Başka bir görüşmeden görüşmeciye benzer soruları yönelttiğimde)

G1: Ben çok sık söylerim bunu evde, ben Ardahan'da kendimi çok çaresiz hissediyorum sağlık bakımından. Çünkü (hastaneye) gittiğimde alacaklar mı almayacaklar mı muayeneye diye? Çünkü ben onunla karşılaştım ya bugün alamayız diye. o yüzden bazen çok çaresiz hissettiğim oluyor. Canımı sıkıyor.

G2: Böyle bir şey olamaz hocam, saat 15.30'dan sonra hastalanabilir bir insan, "mesai saatleri içerisinde randevu vermiyoruz doldu bugün" olmaz yani. Burası hastane yani. Burası herhangi bir yer değil; 15.30'da gidilince muayene olunabilmeli, 15.30'da gidiyorsun doktor bugün 150 kişi aldı daha fazla alamaz diyor. Tabii ki doktora da yazık ama böyle bir şey olabilir mi yani? O zaman mesai saatlerini 08:00 ile 13:00 arasına alsınlar biz de bilelim ona göre, saat üç mesai saatleri içerisinde değil mi yani, acil bir şey için güvenemiyorsun işte dünyanın en iyi doktoru da olsa seni muayene etmiyor.

G1: Fıtığım için düzenli iğne vuruldum ben, bir tanesi yolda denk geldi ve Erzurum'da denk geldi, bir hastaneye gittik bölge araştırma hastanesiymiş, inanılmaz iyiydi. Akşam geç olmasına rağmen çok fazla personel vardı. Kocaman bir alan açmışlar hastalar için herkes oraya gelip şikayetlerini anlatıp, işlemini yaptırıyor. O kadar kalabalık görünmesine rağmen gittim, işte fıtığım var şu iğneyi vurulmam lazım hemen vurdular. Bu acil servisti ve çok iyiydi; hiç sıra beklemedim hiç bir şey yapmadım.

G2: Buradaki aciller hem sıkış tepiş hem de bir şey yapmıyorlar.

G3 : Acilde muamele de kötü sanki biraz.

G4: Hocam ama Türkiye'de genel acillerin problemi sanki böyle. Dayak yiyen doktorlar hep acilden çıktığı için...

Performans sisteminin çalışanların motivasyonunu düşürdüğü ve kullanıcılar nazarında sağlık hizmetlerindeki niteliğiyle ilgili şüpheler oluşturduğu ve hasta-hekim ilişkisini sorunlu hale getirdiği anlaşıyor:

G1: Doktorlar çok fazla hastayla muhatap oldukları için zaten sana zaman ayıramıyor; bir de ister istemez belki çok çalıştıkların kaynaklı sert tutumları olabiliyor veya seni dinlemek istemiyor, tabii hastalar biraz nazlı olduğundan da olabilir, çok konuşmak anlatmak istiyoruz ama dinlemiyorlar, biraz sert de çıkabiliyorlar.

G2: İlk gittiğimde insanlara karşı bir tavırları olduğunu gözlemledim.

G1: halka karşı zaten biraz sert tavırları.

G2: Tavırları zaten biraz garibime gitti. Sonraki zaten bir kaç gittiğimde yani niteliksiz desem değiller sonuçta belirli bir eğitimi alıp gelmişler oraya. Ben daha çok şey sezdim: Böyle sanki meslekten bıkmışlık; Ardahan'dan bıkmışlık ki zaten buranın memur kesiminde çok yani bu. İsteksiz bir şekilde yapıyorlar, çok isteksizler yani gerçekten. Bitse de gitsek havasındalar..

G1: Bir de buralı olup olmadığına göre değişiyormuş konuşmaları, yani halktansen eğer biraz sert ama memur kesimiysen dışarıdan geldiysen daha kibar konuşuyorlarmış.

G3: Bir uzman doktor var meselaTüm ardahan halkıyla arası bozuk (gülüşmeler).

G4: Ama bir sürü hastayla bir sürü insanla ilgileniyorlar. Herkese de güler yüzlü davranamayabilirler.

.....

Bir görüşmede konu kişisel sağlık harcamalarından, doktora şiddet konusuna geldi.

G1: Ama şöyle bir şey de var, doktor sayısı az, doktor başına düşen hasta sayısı çok, doktorlar uzun nöbetler tutuyor, o yüzden doktorlar açısından değerlendirsek... Daha bugün haberlerde okudum; Urfa'da bir doktorun başında parke taşı kırmış hastanın biri.

G2: Kimse durduk yere kimseyi dövmeyiz.

G1: Benim abim hastanede çalışıyor, tamam mı? Abim dedi ki. Bir hasta geldi seksen yaşında, doktor demiş ki ben bunu ameliyat edemem, masada kalır, ailesi çok ısrar etmiş, imza attırıp ameliyat etmişler; adam ölmüş, - hatta haberlerde bile çıktı- bunun üzerine çocuk doktoru öldürdü hocam...

G3: Bizim için ağır olan ameliyatlar onlar için sıradan şeyler, işleri çünkü, (örneğe geçiyor) Erzurum'da dedem yoğun bakımda yatıyor bekliyoruz. Bir doktor geldi içeriden, bir hastanın durumu çok kötü, doktor geldi ve ameliyata alacağız imza gerekiyor dedi, çocuk da doğal olarak sordu ne için gerekiyor diye, yüzde doksan kalır(ameliyattan sağ çıkamaz) kurtaramayız dedi doktor, ben çocuğu(hasta yakını tanı mıyordum), söyleyiş şekli de çok şey(usturupsuz), - hatta eşim de yanımdaydı- eşime dedim ki bu doktor bana gelse bu rahatlıkla... Hani en azında o kadar insanın içinde değil de odasına alır durumu izah eder, anlayacağı şekilde, babası sonuçta bu... Yani biraz daha yardımcı olmak adına konuşabilir. (Doktor) Çok böyle laubali bir şekilde gelip söyledi. Mal satıyormuşuz da bir şeye izin veriyormuşuz gibi tavırlar. Eşime dedim ki böyle birşey söylese ben öldürürüm (doktoru) dedim. hani hitap da çok önemli.

G1: Bunun için ne yapılacak doktor sayısı artırılacak, doktorun işi yükü azaltılacak, nöbetleri kısaltılacak, çünkü doktor müşteri gibi bakacak yani, bin tane hastaya bakıyor ya da günde ya da yüzlerce hastaya bakıyorsa kusura bakma tek tek hepsiyle ilgilenmesini bekleyemezsin.

G2: O kadar hastaya bakmıyorlar.

G1: Ya nerede bakmıyorlar. Ben Nizip'te doktora gittim, Suriye'lileri ve Türk'leri ayrı ayrı sıraya koymuşlardı, Suriyeli'ler yüzden fazla kişiydi, ek olarak Türkler de vardı. Ben 120. sıradaydım yanılmıyorsam. Saat öğlene kadar bana sıra gelmesini bekledim, aşağı kadar kim bilir kaç kişiyi alıyor...

G2: Suriyeliler ile Türkler aynı yerde muayene olmuyor, şimdi ben İstanbul'da bir tane misafirimiz gelmiştir Suriye'den, ben onu var ya elli yere götürdüm, biz Suriyelileri kabul etmiyoruz dediler. Ben ondan sonra ne yaptım biliyor musunuz. Sen (suriyeli misafirlerini kastediyor) yengeme benziyorsun dedim; yemin ederim, ben aldım yengemin kimliğini, dedim hadi dinsizin hakkından imansız gelir, biz hastaneye gideceğiz dedim. Özel hastaneye gittik, yengemin kimliği ile muayene etti, benziyordu çünkü. Yani biz böyle bir uyanıklık yapmak zorunda kaldık.

G1: Şehirden şehire değişiyor demek ki, ama dediğim gibi sağlık çalışanlarına yıpranmaya payı verilmeli yani...

Görüşmelerde dikkatimi çeken bir diğer nokta SDP'den önce çok yoğun yaşanan sağlık hizmetlerine ulaşırken yaşanan enformel ilişkilerin devam ediyor oluşuydu:

G1: MR'ın tomografinin sırası da çok geç geliyor... Bir ay sonraya alabiliyorsun. Adamın beyinde tümör var mesela. Gidiyor bir ay sonra çektirebiliyor belki o sırada ölecek adam.

G2: Her gelene git film çektir gel dediğin zaman o sıra artıyor işte. O filmle ilgili sıra burada da var. Bir ay sonraya veriyorlar.

G3: Bizim arkadaş araya adam sokturup da çektirmiş mesela, onun da şüphelendiği bir sıkıntısı vardı.

G2: Hastanelerde çalışan insanların çevrelerinde daha çok sevildiğini işin düşünce anlıyorsun. Hastanede yerleri temizleyen bir adam -küçümsemek için söylemiyorum ama- müthiş bir iş yapıyor aslında, adam senin için mr'a sıra alabiliyor yani.

G4: Doğru ben de kaç defa araya adam sokup rapor aldım.

G2: Biz üç kere film çektirdik ikisi devlette biri özel hastanede. Devlet hastanesinde araya adam soktuk, özel hastanede de doktor araya girdi. Biz mesela, hastanede 3.30'da muayene olmaya gittik, o an hemen görmek istiyoruz hastalığımızı, doktor hemen aradı, mr'ı çekecek olan a sizi o mu gönderdi deyip aldı hemen. Özel hastanede de doktorun radyolojideki adamlar arasının iyi olmasına bağlı aynı gün mr çektirebilmen... Randevu sisteminden de radyolojiye randevu alabiliyorsun ama 70 gün sonra. Benim anlamadığım özel hastanede bile araya adam sokuyorsun mr çektirebilmek için.

Geçenlerde kalp pili takmak gibi kolay bir operasyonu ilk kez yapmışlar Ardahan'da ve bu da haber oldu. Bence durum trajikomik, kalp pili takmak için neden Erzurum'a ya da başka şehre gitsin adam. Yapacak doktorun şimdiye kadar olmaması...

Türkiye'de SDP sonrası özellikle bakanlığın yaptığı memnuniyet araştırmaları tartışmalı olsa da sağlıkta memnuniyetin özellikle dönüşümün ilk dönemlerinde çok yüksek olduğu herkesçe biliniyordu. Muayene katılım payı, diğer ilave ücretler, TTP'nin kapsamının günden güne daraltılması, devlet hastanelerindeki sağlık hizmetlerindeki düşüş gibi nedenlerle ortaya çıkan memnuniyette tersine doğru bir gidişin olduğu görülmektedir. Yapılan görüşmeler de SDP öncesi sağlık hizmetleriyle karşılaştırıldığında; özellikle fiziki alt yapıdaki iyileşmeler, ilaca

ulaşımdaki sıkıntılarının giderilmesi ve sosyal güvenlik kurumları arasındaki ayrımların kalkması gibi durumlar herkes tarafından olumlu hatırlanmaktadır. Türkiye'de artık istihdam statüsüne dayalı eşitsizlikler ortadan kalkmıştır; artık kullanıcılar açısından mevcut sağlık sistemindeki esas sorun, nitelikli sağlık hizmetlerine ulaşımın kişinin sahip olduğa gelire bağlanmış olmasıdır.

5. SONUÇ

Türkiye tarihinde, sosyal politika ve sağlık alanına dair en köklü değişikliklerden birinin AKP hükümetleri döneminde yapıldığını söyleyebiliriz. 1980'lerden başlayan ekonomik ve toplumsal dönüşümün yarattığı sosyal sorunlar çığ gibi büyümüş; 2001 ekonomik krizinin de etkisiyle bu durum sosyal güvenlik ve sağlık hizmetlerinin üzerinde büyük bir baskı oluşturmuştur. AKP, özellikle 1990'lardan sonra hayat geçirilen refah yönetişimi politikalarının Türkiye'deki uygulayıcısı olmuş; küresel sosyal politika alanında yaşanan gelişmeleri Türkiye'ye uyarlayarak sosyal güvenlik sistemini yeniden şekillendirmiştir. Çalışmamızda AKP döneminde sosyal politikanın en önemli alt başlığını teşkil eden sağlık hizmetlerinde dönüşüm ele alınmış ve SDP sonrası sağlık politikalarında yaşanan dönüşümün Ardahan ili özelinde yarattığı etki değerlendirilmiştir.

Tezin ilk bölümünde sağlık alanını da kapsayan sosyal politikanın ortaya çıkışı ve özellikleri incelenmiştir. Bu bölümde öncelikle kapitalizm ile sosyal politika ilişkisi üzerinde durulmuş; ilk kurumsal sosyal güvenlik önlemlerine değinilmiş, refah devletinin ortaya çıkmasının arkasındaki nedenler ve refah devletinin özellikleri incelenmiştir. Bu bölümde ayrıca daha sonra yapılacak Türkiye incelemesinde kullanılacak kavramlar ve sınıflandırmalar ele alınmıştır. Türkiye'nin refah rejimini ve sağlık sistemini tanımlamak için refaj rejimleri tipolojileri ve sağlık sistemleri sınıflandırmalarına değinilmiştir.

Takip eden bölümde, çalışmanın son bölümde yer alan sağlık sisteminde yaşanan değişimlerin anlamlandırılabilmesi için tarihsel bir arka plan kurulmaya çalışılmıştır. Öncelikle Osmanlı modernleşmesinden başlayarak ilk ortaya çıkan sosyal güvenlik kurumlarına ve sağlık hizmetlerine değinilmiştir. Akabinde Cumhuriyet'in başlangıcından itibaren sağlık politikaları incelenmiş ve Türkiye'deki refah sistemi ve sağlık hizmetlerinin nasıl örgütlediği üzerinde durulmuştur. 1940'lardan itibaren ortaya çıkan sosyal güvenlik sisteminin ve onunda özelinde sağlık hizmetlerinde yapılan ilk reform girişimi olan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu'nun ortaya çıkışı ve uygulanması sırasında yaşananlara bakılarak,

Türkiye'nin refah politikalarındaki tercihleri incelenmiş ve neden Güney Avrupa refah rejimine mensup ülkelerinin sahip olduğu evrensel bir sağlık sistemi geliştiremediğinin yanıtı aranmıştır. 1980 yılında yaşanan kırılma ile ülkenin ekonomik, siyasi ve toplumsal yönden yaşadığı dönüşümlerin üzerinde durularak; bu gelişmelerin sosyal güvenlik sistemi üzerinde yarattığı etki incelenmeye çalışılmıştır. Bölümün devamında 1980'lerde ortaya çıkan sosyal sorunun boyutlarına bakılmış ve sağlık hizmetlerine ilk ciddi devlet müdahalesi olan Yeşil Kart'ın ülkenin sosyal güvenlik tarihindeki önemi üzerinde durulmuştur. Üçüncü bölümün sonunda SDP öncesi var olan sosyal güvenlik yapısı resmedilerek; 2003 sonrasına miras kalan özellikler ortaya konmaya çalışılmıştır.

Son bölümde ise SDP ile sağlık sisteminde yaşanan örgütlenme, finansman ve sağlık emek gücü yapısındaki dönüşümlere değindikten sonra alan araştırmasına geçilmiştir. Değerlendirme bölümünde, öncelikle çalışmanın yapıldığı ile dair sosyo-ekonomik özellikler ortaya konmuş, metot, saha çalışmasında nelere bakılacağı ve devamında saha bulgularının değerlendirileceği ölçütler izah edilmiştir. Sağlıkta yaşandığı iddia edilen iyileşmeler, sağlık hizmetlerinin kapsamı, sağlığa erişimdeki eşitlikler, sağlığın finansmanı ve hasta memnuniyeti gibi ölçütler nazarında ve sahada elde edilen bulgulara bakılarak tartışılmıştır.

Türkiye'nin sosyal politika tarihine baktığımızda küresel ekonomik gelişmelere paralel olarak sosyal güvenlik sisteminin etkilendiği görürüz. Her ne kadar sosyal politikanın kuruluşu erken kapitalistleşen ülkelere benzemese de; gelişmiş ülkelerde refah devletinin ortaya çıkıp sağlık konusunda beklentilerin yükseldiği dönemde Türkiye'de de ilk kurumsal sosyal güvenlik yapılanması ortaya çıkmış ve koruyucu hekimliğin üzerine yataklı tedavi hizmetlerinde de gelişmeler başlamıştır. 1960'dan sonra ise Keynesyen refah devletlerindeki hizmetlerden etkilenen askerlerin benzeri bir sağlık sisteminin Türkiye'de oluşturulması için girişimlerde bulunduğunu görmekteyiz. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi vesilesiyle vergile dayanan evrensel bir sağlık sistemi kurulmak şöyle dursun, 1940'lardan itibaren kurulan "eşitsiz korporatist" refah rejiminin hiyerarşik, eşitsiz ve parçalı yapısı daha da kuvvetlenmiştir. Ülkenin nüfusunun büyük bir kısmının köylerde yaşaması ve geniş ailenin içindeki geleneksel bağların sürdürülmesiyle yoksulluk kontrol altında tutulmuş; sosyal güvenlik yapısının sorunlu yapısı krize dönüşmemiştir. 1980'lerde başlayan sosyal sorunlar ise 1990'ların başında doğru bir sosyal güvenlik krizine

dönüşmüş ve dönem boyunca devlet, Yeşil Kart dışında bu krize bir müdahalede bulunmamıştır. 1990'ların başında sosyal güvenlik rejimini reforme edilmesi fırsatı kaçırıldıktan sonra; Türkiye, sosyal politikadaki dönüşümünü 2003 yılında AKP hükümetleriyle başlatmıştır.

AKP'nin sosyal güvenlik alanında yaptığı yasal değişiklikler "eşitsiz korporatist" refah rejimin inşa ettiği istihdam statüsüne dayalı eşitsizlikleri ortadan kaldırmıştır. Bütün sigorta düzenleri GSS kapsamında toplanmış ve finansman sistemi ortaklaşmıştır. AKP ile birlikte kamu yönetiminin neoliberalleşme süreci hızlandığı için sağlık hizmet alanı da aynı dönüşümü yaşamıştır. Türkiye'deki sağlıkta dönüşümü var olan yerel sorunların karşılanması ötesinde, sağlık hizmetlerinin piyasaya açılması olarak da düşünmek gerekir. Sağlıkta neoliberal dönüşümün yaşandığı diğer ülkelerde olduğu gibi finansman ve hizmet arasındaki bağ koparılmış, kamu sağlık hizmetlerinin verildiği kurumlar özel işletmelerin yönetilme prensiplerini benimsemiş, kamuya ait hastanelere idari ve mali özerklik getirilmiş ve Türkiye'deki sağlık hizmet alanı kapitalist bir piyasa haline getirilmiştir. Böylece murat edilen sermaye birikim alanı da yaratılmıştır.

Sağlıkta dönüşüm ile birlikte değiştirilen yapı tam olarak kamusal fayda için örgütlenmiş bir sağlık sistemi olmadığından AKP'nin gerçekleştirdiği iyileşmeler memnuniyet dramatik bir şekilde yükseltmiş ve AKP'ye olan siyasi teveccühü de arttırmıştır. GSS ile statü eşitsizliklerinin kaldırılmasının yanında, sağlık hizmetlerinin kapsadığı nüfus artmış, hastane sıraları azaltılmış, fiyatları ucuzlatılarak ilaca ulaşım sıkıntı olmaktan çıkmış ve Yeşil Kartlıların ayakta tedavi hizmetlerinde karşılaştığı sorunlar çözülmüştür. Bu olumlu gelişmelerle birlikte sağlıkta dönüşüme ruhunu veren neoliberal piyasacı yön farklı sorunlara neden olmuştur. Artık Türkiye sağlık alanında, statü eşitsizlikleri yerini gelire dayalı eşitsizliklere bırakmıştır. Türkiye refah rejimi "eşitsiz korporatist" yapısını geride bırakmış ve liberal bir refah rejimine geçiş yapmıştır.

Ardahan'da yaptığımız saha araştırması bulguları da bu iddiayı doğrular niteliktedir. Kullacılar geçmişe kıyasla sağlık hizmetlerinde gelişim olduğu üzerinde uzlaşsa da SDP sonrası ilk on yıldaki "balayı" döneminden sonra hizmetlerin kötüleşme yönünde seyrettiğini düşünmektedir. Türkiye'de statü eşitsizlikleri giderilmiş ve kaliteli sağlık hizmetleri yaratılmış olmakla birlikte; var olan kaliteli hizmetlerden faydalanmak gelir koşuluna bağlanmıştır. Yani nitelikli sağlık hizmetleri kişinin

sahip olduğu gelirin bir fonksiyonu hale getirilmiştir. Öyle görünüyor ki vatandaşlar sadece niteliği düşük kamusal sağlık hizmetlerinde eşitlenmiş. Ülkede sunulan sağlık hizmetlerinde bulunan nitelik farklarının en çok hissedildiği yerler ülkenin ekonomik ve idari merkezlerine uzak olan şehirlerdir; Ardahan ili de kendine özgü ekonomik ve coğrafi koşullardan ötürü, yeni liberal refah rejimin yarattığı sağlık hizmetlerindeki gelir temelli eşitsizliklerin en çok hissedildiği yerlerden biri olmuştur. Saha bulguları, sağlık reformu literatüründe sık olarak karşımıza çıkan, "kar amaçlı özel kuruluşların artmasıyla birlikte, kırsal kent arasında ve düşük gelirli kent ile yüksek gelirli kent arasında sağlık hizmetine erişim ve hizmetin niteliği yönünden eşitsizlikler artmıştır" önermesinin (Hamzaoğlu, 2017, 38) doğrulandığını görmekteyiz.

SDP, eşitsiz korporatist refah rejiminin hiç bir kamusal nitelik taşımayan sağlık sistemi üzerine geldiğinden bazı konularda memnuniyet devam etse de yaşanabilecek ekonomik krizler bu durumu da riske atacaktır çünkü yaşanabilecek bir ekonomik krizde gelirden yoksun kalacak insanların, prim ödeme temelli bu sistemden faydalanma imkanı azalacaktır. Hem ülke genelinde hem de Ardahan'da, sağlık hizmetlerinin metalaşma eğilimine girmesi memnuniyetsizlikler yaratsa da bu memnuniyetsizlikler politize olmamış gibi görünmektedir. Derinlemesine görüşmelere dayalı alan araştırmalarında insanların anlattıklarının yanında üzerinde durmadığı konulara da dikkat etmek gerekmektedir. Görüşmelerde insanların sağlık alanında yaşadığı sorunları politikleştirmede gözlenmiştir. Türkiye'de siyasetinin kültürel ikililerle sıkıştığı günümüzde sağlık gibi önemli sosyal politika konuları politik gündemde yer bulamamaktadır.

KAYNAKÇA

- Ağartan, Tuba. 2007. Sağlıkta Reform Salgını. **Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları: Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar**. Ed. Çağlar Keyder, Nazan Üstündağ, Tuba Ağartan, Çağrı Yoltar. İstanbul: İletişim Yayınları: 37-54.
- _____. [22.03.2016]. Health Sector Reform in Turkey: Old Policies New Politics. http://www.academia.edu/7264044/Health_Sector_Reform_in_Turkey_Old_Policies_New_Politics.
- _____. 2018. Türkiye'de Piyasalaşma ve Evrensellik: Sağlık Sisteminde Dönüşüm Nasıl Bir Denge Kuruyor?. **Türkiye'nin Büyük Dönüşümü Ayşe Buğra'ya Armağan**. Ed. Osman Savaşkan, Mehmet Ertan. İstanbul: İletişim Yayınları: 333-349.
- Ahmad, Feroz. 2014. **Modern Türkiye'nin Oluşumu**. İstanbul: Kaynak Yayınları.
- Akalın, M. Akif. 2012. Sosyalleştirmenin İdeolojisi. **Türkiye'de Sosyalleştirmenin 50 Yılı**. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları: 19-27.
- Akdur, Recep. [22.05.2019]. Cumhuriyetten Günümüze Türkiye'de Sağlık. http://www.recepakdur.com/upload/CUMHUR%C4%B0YETTEN_G%C3%9CN%C3%9CM%C3%9CZE__T%C3%9CRK%C4%B0YE.pdf.
- _____. [22.05.2019]. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması. http://www.recepakdur.com/upload/ab_turkiye_kiyaslama.pdf.
- Akkaya, Yüksel. 2000. Sosyal Güvenlik Tarihi Üzerine Notlar. **Toplum ve Hekim**. c. 15. s. 2: 82-31.
- Aksakoğlu, Gazanfer. 2008. Sağlıkta Sosyalleştirmenin Öyküsü. **Memleket Siyaset Yönetim**. c. 3. s. 8: 7-62.
- Akyüz, Ferhat. 2011. **Türkiye'de Kapitalizmin ve Sosyal Güvencesizliğin İnşası**. İstanbul: Sosyal Araştırmalar Vakfı.

- Arın, Tülay. 2004. Refah Devleti: Sosyal Güvenliğin Yoksulluğu. **Neoliberalizmin Tahribatı: Türkiye'de Ekonomi, Toplum ve Cinsiyet**. Ed. Neşecan Balkan, Sungur Savran. İstanbul: Metis Yayınları: 68-93.
- _____. 2013. **Kriz, Devlet, İktisat, Sosyal Güvenlik Politikaları Seçilmiş Yazılar**. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Ataay, Faruk. 2007. **Neoliberalizm ve Devletin Yeniden Yapılandırılması: Türkiye'de Kamu Reformu Üzerine İncelemeler**. Ankara: De Ki Basım Yayın.
- Atun, Rifat, Sabahattin Aydın, Sarbani Chakraborty. 2013. Universal Health Coverage in Turkey Enhancement of Equity. **The Lancet**. c.382. s. 9886: 65-99.
- Bağımsız Sosyal Bilimciler. [23.03.2016]. IMF Gözetiminde On Uzun Yıl, 1998-2008: Farklı Hükümetler, Tek Siyaset. http://www.bagimsizsosyalbilimciler.org/Yazilar_BSB/BSB2006_Final.pdf.
- _____. 2008. **2008 Kavşağında Türkiye: Siyaset, İktisat ve Toplum**. İstanbul: Yordam Kitap.
- _____. 2015. **AKP'li Yıllarda Emegın Durumu**. Ed. Korkut Boratav, Fikret Şenses, Oktar Türel, Ebru Voyvoda. İstanbul: Yordam Kitap.
- Baştürk, Şenol. 2013. Kamu Politikası Olarak Sosyal Politika. **Kamu Politikası Kuram ve Uygulama**. Ed. Mete Yıldız ve Mehmet Zaid Sobacı. Ankara: Adres Yayınları.
- Belek, İlker. 2016. **Sağlığın Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü**. İstanbul: Yazılama Yayınevi.
- Bilaloğlu, Eriş. 2015. 2003-2013 Sağlıkta Dönüşüm Programı. **Türkiye'de Sağlık, Siyaset, Piyasa**. Ed. Gülbiye Yenimahalleli Yaşar, Asuman Göksel, Ömür Birler. İstanbul: Notabene Yayınları: 15-20.
- Buğra, Ayşe. 2007. AKP Döneminde Sosyal Politika ve Vatandaşlık. **Toplum ve Bilim**. s. 108: 143-166.
- Buğra, Ayşe. 2013. **Kapitalizm, Yoksulluk ve Türkiye'de Sosyal Politika**. İstanbul: İletişim Yayınları.

- Buğra, Ayşe, Çağlar Keyder. 2013. **Sosyal Politika Yazıları**. 6. bs. İstanbul: İletişim Yayınları.
- Bulut, Ayşen. 2007. Türkiye'de Sağlık Reformunun Tarihçesi. **Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları: Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar**. Ed. Çağlar Keyder, Nazan Üstündağ, Tuba Ağartan, Çağrı Yoltar. İstanbul: İletişim Yayınları: 111-124.
- Cevahir, Egemen. 2016. **Türkiye'de Sağlık Sisteminin Dönüşümü: Toplumsal Yansımaya Örnekleri**. İstanbul: Kibele Yayınları.
- Civaner, M. Murat, Alpay Azap, Kayıhan Pala, Akif Akalın vd. [23.03.2016] 'The Lancet' Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın 'Başarıları'nı Dünyaya Pazarlıyor. <http://www.belgelik.dr.tr/ToplumHekim/browserecord.php?-action=browse&-recid=2483>.
- Çulhaoğlu, Metin. 2005. Sağlık ve Sosyal Güvenlikte Daralma Ne Getirecek? **Toplum ve Hekim**. c.20. s.6: 402-414.
- Dertli, Nail. 2015. Genel Sağlık Sigortası ve Gelir Testi: Statü Eşitsizliğinden Gelir Eşitsizliğine. **Mülkiye Dergisi**. c. 39. s.3: 271-304.
- Elbek, Osman. 2009. Sağlıkta Dönüşüm ve Sol Siyaset. **Birikim**.s. 246: 68-78.
- _____. 2015. Herşey Sermaye İçin Sevgilim. **Türkiye'de Sağlık, Siyaset, Piyasa**. Ed. Gülbiye Yenimahalleli Yaşar, Asuman Göksel, Ömür Birler. İstanbul: Notabene Yayınları: 21-56.
- Elbek, Osman. Emin Baki Adaş. 2009. Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme. **Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni**. c.12. s. 1: 33-43.
- Ed. Gülbiye Yenimahalleli Yaşar, Asuman Göksel, Ömür Birler. **Türkiye'de Sağlık Siyaset Piyasa**, Ankara: NotaBene Yayınları: 21-56.
- Ferrera, Maurizio. 2013. Sosyal Avrupa'da "Güney Avrupa Refah Modeli". **Sosyal Politika Yazıları**. İstanbul: İletişim Yayınları: 195-230.
- Freeman, Richard. Sağlık Politikaları Sürecinde Öğrenme. **Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları: Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar**. Ed. Çağlar Keyder, Nazan Üstündağ, Tuba Ağartan, Çağrı Yoltar. İstanbul: İletişim Yayınları: 213-225.

- Giarelli, Guido. Sağlık Reformlarında Bir Akdeniz Paradigması Oluşturulabilir mi? **Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları: Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar**. Ed. Çağlar Keyder, Nazan Üstündağ, Tuba Ağartan, Çağrı Yoltar. İstanbul: İletişim Yayınları: 185-212.
- Gough, Ian. 2013. Güney Avrupa'da Sosyal Yardım. **Sosyal Politika Yazıları**. İstanbul: İletişim Yayınları: 231-260.
- Göker, Emrah. [24.03.2016]. Türkiye'de Betonarme Sosyal Politika Rejimine Geçiş. (30.09.2013'te F F Seminerleri isimli Youtube kanalından yüklenmiş kayıt.) <https://www.youtube.com/watch?v=G6dEFSI4LkU>.
- Günel, Asena. 2008. Health and Citizenship in Republican Turkey: An Analysis of The Socialization of Health Services in Republican Historical Context. Doktora Tezi. Boğaziçi Üniversitesi Atatürk İlkeleri ve İnkılap Tarihi Enstitüsü.
- Güzelsarı, Selime. 2012. Sağlık Sisteminde Yeniden Yapılanma ve Kamu-Özel Ortaklıkları. **Amme İdaresi Dergisi**. c. 45. s. 3: 29-57.
- Hamzaoglu, Onur. 2017. Dünyada Sağlık Reformu Sağlık Hizmetlerinde Neden Kriz, Neden Reform/Dönüşüm. **Türkiye'de Sağlık ve Sosyal Güvenlik**. İstanbul: Notabene Yayınları: 21-42.
- Kapu, Hüsnü. 2012. **TRA2'de Göç Olgusu: Sebep ve Sonuçları Bağlamında Analitik Bir Araştırma**. T.C. Serhat Kalkınma Ajansı.
- Keyder, Çağlar. 2007. Giriş. **Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları: Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar**. Ed. Çağlar Keyder, Nazan Üstündağ, Tuba Ağartan, Çağrı Yoltar. İstanbul: İletişim Yayınları: 15-36.
- _____. 2012. Sağlık Politikaları: Çerçeve Sunum. **Değişen Dünyada Biyoetik**. Ed. Yeşim Işıl Ülman ve Fatih Artvinli. İstanbul: Türkiye Biyoetik Derneği Yayını.
- Kılıç, Bülent. [23.03.2016]. Sağlıkta Dönüşüm Programının Evrensel Kapsayıcılık ve Eşitlik İddiaları Üzerine. <http://www.sdplatform.com/Dergi/732/Saglikta-Donusum-Programinin-evrensel-kapsayicilik-ve-esitlik-iddialari-uzerine-bir-elestiri.aspx>.
- Kutlu, Denizcan. 2015. **Türkiye'de Sosyal Yardım Rejiminin Oluşumu: Birikim, Denetim, Disiplin**. Ankara: NotaBene Yayınları.

- Leys, Colin. 2011. Sağlık ve Kapitalizm. **Kapitalizmde Sağlık ve Sağlıksızlık Semptomları**. Ed. Leo Panitch ve Colin Leys. İstanbul: Yordam Kitap: 15-42.
- Öcek, Zeliha. 2014. Sağlık Bakanlığı'nın Araştırmaları Vesilesi İle Hasta Memnuniyeti. **Toplum ve Hekim**. c.29. s.2: 118-128.
- Özbek, Nadir. 2006. **Cumhuriyet Türkiye'sinde Sosyal Güvenlik ve Sosyal Politikalar**. İstanbul: Tarih Vakfı Yayınları.
- Öztürk, Osman. 2015. Sağlıkta Neo-Liberal Dönüşüm ve Hak Kayıpları. **Himmet, Fıtrat, Piyasa: AKP Döneminde Sosyal Politika**. Ed. Meryem Koray ve Aziz Çelik. İstanbul: İletişim Yayınları: 77-98
- Özkazanç, Alev. 2007. Refah Devletinden Yeni Sağa: Siyasi İktidar Tarzında Dönüşümler. **Siyaset Sosyolojisi Yazıları: Yeni Sağ ve Sonrası**. Ankara: Dipnot Yayınları: 15-56.
- Öztürk, Osman. 2015. Sağlıkta Neo-Liberal Dönüşüm ve Hak Kayıpları. **Himmet, Fıtrat, Piyasa AKP Döneminde Sosyal Politika**. İstanbul: İletişim Yayınları: 77-98.
- Pala, Kayıhan. 2017. Türkiye'de Sağlık Reformu/Sağlıkta Dönüşüm Programı Süreci. **İnsana Karşı Piyasa Türkiye'de Sağlık ve Sosyal Güvenlik**. İstanbul: Notabene Yayınları: 43-74.
- Polanyi, Karl. 2014. Büyük Dönüşüm Çağımızın Siyasal ve Ekonomik Kökenleri. İstanbul: İletişim Yayınları.
- Roemer, Milton I. National Health Systems Throughout The World, **Annual Review of Public Health**. s. 14: 335-353.
- Soyer, Ata. 2003. 1980'den Günümüze Sağlık Politikaları. **Praksis**. s.9: 301-319.
- Sönmez, Mustafa. 2012. **Paran Kadar Sağlık: Türkiye'de Sağlıkın Ticarileşmesi**. 2. bs. İstanbul: Yordam Kitap.
- Sütlaş, Mustafa. [22.03.2016]. Asena Günel'la Röportaj. Sağlıkta "Sosyalleştirme"den Vazgeçmek Geri Adım!. <http://bianet.org/bianet/saglik/127135-saglikta-sosyallestirme-den-vazgecmek-geriye-adim>.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. 2003. **Sağlıkta Dönüşüm**.

- T.C. Serhat Kalkınma Ajansı Ardahan Yatırım Destek Ofisi. 2013. **Ardahan'ın Sosyo-Ekonomik Durumu ve Uygun Yatırım Alanları.**
- Topak, Oğuz. 2009. Sosyal Güvenlik ve Sağlıkta Reform Mu, Dönüşüm Mü? Sosyal Güvenli ve Sağlık Sisteminin Ekonomi Politikası. **Toplum ve Hekim.** c.24. s. 1: 61-70.
- Vaizoğlu, Songül A. 2014. Sağlık Hizmetlerinde "Memnu-Niyet". **Toplum ve Hekim.** c. 29. s. 2: 114-117.
- Üstündağ, Nazan, Çağrı Yoltar. 2007. Türkiye'de Sağlık Sisteminin Dönüşümü: Bir Devlet Etnografisi. **Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları: Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar.** Ed. Çağlar Keyder, Nazan Üstündağ, Tuba Ağartan, Çağrı Yoltar. İstanbul: İletişim Yayınları: 55-94.
- Yalman, Galip L. 2007. Sosyal Politika: Refah Devletinden Sosyal Risk Yönetimine. **Cahit Talas Anısına. Güncel Sosyal Politika Tartışmaları.** ed. Berrin Ceylan-Ataman. Ankara: Sosyal Politika Araştırma ve Uygulama Merkezi: 653-671.
- Yaşar, Gülbiye Yenimahalleli. 2015. Türkiye'de Sağlık Güvencesi: Neredeyiz?. **Türkiye'de Sağlık, Siyaset, Piyasa.** Ed. Gülbiye Yenimahalleli Yaşar, Asuman Göksel, Ömür Birler. Ankara: NotaBene Yayınları: 85-124.
- _____.2017. AKP'li Yıllarda Sağlık ve Sağlık Politikası. **İnsana Karşı Piyasa Türkiye'de Sağlık ve Sosyal Güvenlik.** İstanbul: Notabene Yayınları: 103-142.
- Yaşar, Yavuz, Gülbiye Yenimahalleli Yaşar. 2012. Neoliberal Küreselleşme ve Sosyal Politikada Dönüşüm. **Mülkiye Dergisi.** c.36. s. 274: 63-92.
- Yentürk, Nurhan. 2018. **Sosyal Yardımlardan Güvenliğe Türkiye'nin Kamu Harcamaları (2006-2017).** İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Yıldırım, Hasan Hüseyin, Türkan Yıldırım. 2013. Türkiye Sağlık Reformları ve Politikaları Politika Analizi Çerçevesinde Bir Değerlendirme. **Kamu Politikası Kuram ve Uygulama.** Ed. Mete Yıldız ve Mehmet Zaid Sobacı. Ankara: Adres Yayınları.

Yılmaz, Volkan. 2012. Yurttaşlık Perspektifinden Sağlıkta Dönüşüm Programı. **Değişen Dünyada Biyoetik**. Ed. Yeşim Işıl Ülman ve Fatih Artvinli. İstanbul: Türkiye Biyoetik Derneği Yayını.

_____. 2017. **The Politics of Healthcare Reform in Turkey**. Palgrave Macmillan

ÖZ GEÇMİŞ

Can Eligüzel, 30 Mayıs 1985 İzmir doğumludur. Lise öğrenimini 2004 yılında, Bornova Anadolu Lisesi'nde tamamlamıştır. 2004-2009 yılları arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Kamu Yönetimi bölümünde lisans eğitimini almıştır. Yıldız Teknik Üniversitesi Siyaset Bilimi ve Uluslararası İlişkiler bölümünde yüksek lisans öğrencisidir.