**TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ**

**Toplam Kalite Uygulamaları**

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

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

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

a)Muayeneye Erişim Katsayısı: Bu katsayı, kurumlarda poliklinik hizmetlerinde aktif olarak kullanılan ve her hekim için ayrı döşenen oda sayısı ile aktif olarak kullanılan diş ünite sayısı toplamının hekim sayısına bölünmesi ile hesaplanır. Bundan amaç 2004 yılından itibaren uygulamaya konulan hastaların rekabet ortamında serbestçe hekim seçmelerinin ortamını hazırlamaktır.

b)Kurum Alt-yapı ve Süreç Değerlendirme Ölçütleri Katsayısı: Burada amaç hastanelerin alt yapılarını iyileştirmektir. Bu amaçla hastanenin bulunduğu ilin performans koordinatörlüğü tarafından her yıl “Değerlendirme Formu” doldurulur. Il çapındaki değerlendirmelerde kurumun aldığı puan onun alt-yapı açısından konumunu gösterir. Uluslararası bir standart olan JCI temelinde, kuruluşun, danışma ve hasta bekleme bölümleri, laboratuvar tetkik süreçleri değerlendirilmektedir. Ancak teşhis ve tedavi süreçlerinden memnuniyeti belirlerken bu alt yapı değerlendirmelerinin göz önüne alınmaması eleştiri konusudur. Hasta memnuniyetini belirleyici güce sahip olmasına rağmen performans değerlendirmelerinde göz önünde bulundurulmaması yine belirli bir mantığın, piyasa işleyiş mekanizmalarının gereğidir. Çünkü alt-yapının iyileştirilmesinin maliyeti çok yüksek iken, personelin cezalandırılması veya ödüllendirilmesi çok daha kolaydır.

c)Kurum Verimlilik Katsayısı: Bu katsayı temelde yatakların doluluk oranı ve hastaların ortalama yatma gün sayısı ile belirlenmektedir.

d)Hasta ve Hasta Yakınları Memnuniyet Anket Katsayısı: Sosyologların da katılarıyla hazırlanan ve 2007’den bu yan uygulanan, memnuniyet anketinde hekim muayenesi, diğer sağlık görevlilerin ilgisi, polikliniklerdeki muayeneler, teşhis ve tedavi hakkında bilgilendirme ve son olarak genel memnuniyet değerlendirmesi ve cinsiyet, yaş, eğitim, meslek gibi demografik sorular yer almaktadır.

Aşağıda hekim muayenesinden memnuniyeti ölçmek için hazırlanan soruları yer almaktadır. Bu soruların daha çok zaman/süre ve iletişim odaklı olduğu anlaşılmaktadır. Daha az bekleyerek daha fazla hekimle birlikte olmak çok yüksek puanlarla değerlendirilmektedir. Ancak her sağlık kuruluşunda aynı performansın gösterilmesini mümkün görünmemektedir.. Örneğin bir mesai gününde 140 hasta bakan bir poliklinikteki hekimin hastalarla iletişim kurmaya ne vakti ne de gücü kalmadığı yapılan araştırmalarla ortaya konmuştur (Kasapoğlu, 2015)

a)Hastaneye geldikten sonra muayene olmak için bürokratik işlemlere (hasta kabul ve kayıt) harcadığınız toplam süre ne kadardı?

b)Hekimin sizi muayene süresi ne kadardı?

c)Hekim şikâyetlerinizi dinleyip, hastalığınızla ilgili sorularınıza anlayacağınız şekilde cevap verdi mi?

d)Aynı rahatsızlıktan dolayı başka bir hekime muayene olmayı düşünür müsünüz?

e)Hekimler ve hemşireler size karşı için yeterince ilgili ve nazik miydi?

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

Öte yandan sermaye birikim rejiminin esnek olmasına bağlı olarak hekim dışındaki sağlık personelinin de sözleşmeli ve esnek istihdamı söz konusudur. Ancak onların durumu hak ihlaline daha fazla uğradıkları için daha da vahimdir. Çünkü başlangıçta yemek, temizlik ve güvenlik hizmetlerinde taşeronlaşma söz konusu iken daha sonra hastane temizlik ihalelerine hemşireler ve teknisyenler de dahil edilmiştir. Üniversite hastanelerinde bile hemşireler, radyoloji ve laboratuvar teknisyenleri, hasta bakıcılar taşeron işçi olarak istihdam edilmeye başlamıştır. Sertlek (2008) tarafından yapılan bir inceleme kadrolu ve kadrosuz yani taşeron işçi olarak çalışanlar arasında farklı statülerde ve dolayısıyla haklardan kaynaklı çatışma olduğu, kadroluların taşeron işçilerden her zaman daha iyi koşullarda olduğu ortaya konmuştur. Örneğin kadrolular en fazla haftada 40 saat çalışırken taşeron yani sözleşmeli geçici işçiler 45 saat çalışmaktadır. Bu durumun sağlık çalışanları arasında “parçalanma” yarattığı önemli tespitler arasındadır. Nitekim bu düzen iş barışını bozmakta, aralarında dayanışmayan işçiler birbirlerini suçlamaktadır (Acar,2010). 2004 yılında “Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetleri Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usuller” hakkında kanun , bedeli döner sermayeden ödenerek sağlık hizmeti satın alınmasına olanak tanımıştır.

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

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

1. Gerekli olmayan işlemlerin yapılması: Uygulayıcılar yüksek puanlı işlemleri tercih ederek bireysel ve toplam performansı yükseltmek eğilimine girebilirler. Örneğin SSK ve Devlet Hastanelerinde 2002 de 600.000 den daha az ameliyat yapılırken bu sayı 2008 de bir buçuk milyona ulaşmıştır (S.B.2008).
2. Hizmet kalitesini düşmesi: Performans değerlendirmede hastanede yatma gün sayısı maliyeti etkilediğinden, hastalar daha az süre ile yatırılmaya başlanmıştır. Diğer bir ifade ile “hasta devri” de denilen, daha çok kişiye hizmet vermek için, yatma gün sayısı Türkiye genlinde 2003’de dört iken 2013 de ikiye gerilemiştir (S.B.,20014).
3. İş barışını bozma: Serum takma, mayi enjeksiyonunun sıfır puan olması ve hekim dışındaki personel tarafından verilen bu hizmetlerin performans ve dolayısıyla ücretlendirmede göz ardı edilmesidir. Bu durum hekim ve hekim dışı personelin bir ekip halinde sunduğu hizmette iş barışına önemli tehdittir.
4. Kurum içi ve kurumsal arası rekabetin etkileri: TTB Etik Kurulu tarafından 2009 yılında yapılan bir araştırmaya katılanlara göre, rekabetin hem çalışanlar arasında (%81.1) hem de klinikler arasında (%69.3)eskiye göre çok artmasına karşın mesleki dayanışma oldukça azalmıştır (%56.1). TTB araştırması aynı zamanda katılımcıların %96 gibi çok yüksek bir oranda performansa dayalı ücretlendirme sisteminin dürüst çalışmayı azalttığı yönünde görüş belirttiğini ortaya koyarak, sağlık gibi insanı doğrudan ilgilendiren bir alanda etik ihlallerinin yaşandığını gözler önüne sermiş bulunmaktadır. Ulutaş(2011) tarafından bu uygulamaların hastane yöneticilerini karlarını en yüksek düzeye çıkartmaya çalışan işletmecilere dönüştürdüğü saptaması ile birlikte düşünüldüğünde, sağlığın kapitalist serbest piyasa mantığının acımasız çarklarına teslim edilmesi sürecine Türkiye’nin de uluslararası baskılar ve buna boyun eğen iktidarların politikalarıyla girdiğini bize göstermektedir. Navarro’ nun (1976) bu süreci Güney Amerika’da bundan 40 yıl önce “Sağlığın Gaspı” olarak adlandırdığını ve küreselleşmenin etkisiyle bu uygulamaların tüm ülkelere yayıldığını hatırlamakta yarar vardır (Kasapoğlu,1999;2001).

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

**Sağlıkta Dönüşümün Hekimlik Mesleğine Etkileri**

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

**Aşırı uzmanlaşma :**

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

1900’ lerin başında Amerika’da “Bilimsel Yöneticilik” anlayışı ile sanayide üretim artışı sağlamak üzere F. Taylor’un(1911;1947) geliştirdiği bir sistem, Ford araba fabrikalarında iş/görev en küçük parçalarına kadar bölündükten sonra işçilere öğretilmek suretiyle uygulanmıştır. Taylorizm olarak literatüre geçen, Fordizm olarak da anılan bu yönetim anlayışı,1930’ ların Büyük Ekonomik Buhranından çıkmayı sağlayan üretim artışını Amerikan sanayisinde sağlamıştır. Moore’a göre (1945) Elton Mayo ve arkadaşlarının geliştirdiği İnsan İlişkileri okulu, çalışanlara odaklı ve daha insani görülerek tercih edilmeye başlamıştır. Çünkü Bilimsel Yönetim, başlangıçta üretimin artmasına yol açmasına rağmen daha sonra çalışanların, ürettikleri malın planlanmasından üretimine kadar tüm süreçte söz sahibi olamamalarının yol açtığı başta yabancılaşma olmak üzere önemli sorunlara ve en önemlisi uzun vadede verim düşüklüğüne yol açmıştır. Bu yüzden uzmanlaşma konusunun sağlıkta ilk nasıl ve hangi gerekçelerle başladığına bakmak gerekmektedir.

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

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

b)Tıbbi teknolojilerin ortaya çıkması: İleri teknolojilerin her alanda olduğu gibi sağlık alanında çok geniş biçimde uygulanması daha ayrıntılı organ incelemelerini mümkün kılınca kaçınılmaz olarak bazı yeni uzmanlık alanları ortaya çıkmıştır. Örneğin eskiden tek bir radyoloji alanı varken, MR (Manyetik Rezonans) ve Tomografi cihazları gelişince bunlarla ilgili ayrı ayrı uzmanlık alan ve klinikleri oluşmuştur. Öte yandan özel sağlık kuruluşlarının da bu ileri teknolojilere yatırım yaparak göz ve kalp alanında en çok rastlandığı üzere uzmanlık hastaneleri açtıkları gözlenmektedir. Tek bir organ üzerinde sürekli benzer işlemlerin yapılması hem maliyeti düşürmekte hem de tecrübeyi arttırarak başarıyı beraberinde getirmektedir. Özellikle göz hastaneleri ve kalp merkezleri tekelleşerek zincirler halinde tüm illerde hizmet pazarlamaktadırlar. Bu durum sağlığın karlı bir yatırım alanı olmasının da göstergesidir.

c)Kentleşme: Durkheim’in (1928) belirttiği gibi hızlı nüfus artışı ya da nüfus yoğunluğu iş bölümü ve uzmanlaşmayı arttırır. Konumuz açısından da kentler nüfusun yoğun olduğu yerleşim alanlarıdır. Yoğun nüfus kuşkusuz daha fazla hizmet talep edecek ve bunun karşılanması için yeni tip örgütlenmeye ihtiyaç duyulacaktır. Diğer bir ifade ile artan nüfus daha fazla hekimin kent merkezlerinde çalışması ve aralarında iş bölümü yaparak daha etkin hizmet sunmasına yol açmıştır.

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

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

**Statü değişimi olarak işçileşme :**

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

1. Kamu çalışanı oranında artış: Hekimlerin sınıfsal dönüşüme uğradığı konusunda çok kapsamlı araştırmalar bulunmamakla birlikte hekimlerin büyük çoğunluğunun kamu hastanelerinde ücretli çalışmaya başlaması önemli ipuçları vermektedir. Nitekim Sağlık Bakanlığı verilerine göre, 2002 ‘de kamuda çalışan hekimlerin %89 u yarı zamanlı çalışarak hem devlet güvencesi hem de özel muayenehane geliri elde ederken; 2004 yılında Sağlıkta Performans yasası çıkarıldıktan sonra oranlar tamamen tersine dönmüş ve kamuda tam zamanlı çalışan hekim sayış %92 olmuştur. Uzman hekimlerin önceki ve şimdiki statülerinde kazançları açısından fazla bir fark olmadığı, sadece muayenehane ve buradaki özel mülkiyetlerinde olan sağlık makine ve teçhizatlarından vazgeçmeleri, dolayısıyla hem kamu hem de özel sektördeki serbest çalışan statüsünü kaybettikleri söylenebilir.
2. Uzman ve pratisyen hekim olma: Belek (2003) tarafından tartışmaya açılan önemli konu hekimler arasında gelir farklarının olması ve pratisyen hekimlerin uzman hekimlerden çok daha fazla gelir kaybına uğramalarıdır. Çünkü gerek kamuda gerekse özel sektörde en düşük ücret alanlar pratisyen hekimlerdir. Ayrıca bu durum onların sendikalı olma oranlarındaki farktan da anlaşılmaktadır. Etiler ve Urhan (2008) uzman hekimlerde sendikalı olan oranı daha düşük (%16) iken pratisyenlerde iki kata yakın daha fazla olduğunu ortaya koymuştur(%26).Ulutaş (2011)tarafından önemle altı çizildiği üzere hekimler arasında ücret başta olmak üzere özerklik, ve denetim gücü açısından bölünme dolayısıyla bir parçalanma söz konusudur. Eskinin bağımsız, güçlü ve ayrıcalıklı hekim mesleği artık dönüşüme uğramaktadır. Batı ‘da çok daha eski yıllardan hatta 1970’lerden başlayarak bürokratik ve teknolojik denetimlerle güçsüzleştirilen hekimlerin işçileşme ve profesyonellik kaybı süreci Türkiye’de de başlamıştır. Onların savunmasız ve çaresiz yüksek düzeyde şiddete uğramaları da eski güçlerinin aşınmış olduğunun işaretleri olarak yorumlanabilir (Kasapoğlu ve diğ.2013). İşveren konumundaki sağlık işletmecileri sağlık hizmetlerini çok büyük kuruluşlarda adeta fabrika zihniyeti ile sürekli sunarak hekimler başta olmak üzere bir çok mesleğin de saygınlığının, güç ve otoritesinin aşınmasına yol açmaktadır. Aslında sosyolog G.Ritzer (1993) Mc-Donaldlaşma olarak adlandırdığı süreçteki gelişmelerin Alış –Veriş- Merkezleri(AVM) gibi sağlık hizmeti pazarlayan tüm kar amaçlı büyük işletmeler için de söz konusu olduğunu ve küreselleşme sonucu tüm dünyaya yayıldığını belirtmektedir. Amaç Weber’in deyişiyle kapitalizmin, “Büyüsü bozulan Dünyayı” yeniden büyük göstererek insanları etkilemesi ve aslında tüketime teşvikidir.
3. Örgütsel Bürokratik Yönetimde Güç Kaybı: Üniversitelerin işletmeye rektörlerin işadamına dönüştüğü günümüzde, hekimler de artık çok geniş ölçekli işletmeler haline gelen sağlık örgütlerinde uzman yöneticilerin astı konumundadırlar. Eskinin başhekiminin tartışılmaz otoritesi bugün artık söz konusu değildir. Artık onlar da yetkilerini hastane yöneticisiyle paylaşmak zorunda kalan ve bir yandan işletmenin karını kollarken bir yandan da kendi çıkarını düşünen sıradan emekçilere dönüşmüştür.

Şekil 1. Hekim mesleğinde dönüşümün göstergeleri

**Sağlıkta Dönüşümün İstatiksel Göstergeleri**

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

Sağlık Personeli sayısı:

Rakamlar kamu ve özel sektör birlikte Türkiye açısında incelendiğinde en büyük artışın uzman hekim sayısında olduğunu göstermektedir. Çünkü Uzman hekim sayısı 2002 de 45.457 iken bu sayı 2013 de 73.8762 ya ulaşmıştır. Bu durum sağlıkta dönüşümün uzman hekimlerle sağlanması hedefine adım adım yaklaşıldığının önemli bir kanıtıdır. Çünkü pratisyen hekim sayısındaki artış sadece 8000 dir. 2002’de 30.900 olan pratisyen hekim sayısı 38.500 e yükselmiştir. Toplam hekim sayısı açısından artış ise oldukça fazladır. Türkiye’de 2002’de 91.949 olan hekim sayısı 2013 itibariyle 133.775 dir.

Hekim dışındaki personel sayısı da 2002 de 378.551 iken 735.159 a ulaşmıştır. Hemşire sayısındaki artış yüzde yüze yakındır. 2002 de 72.393 iken 2013 de 139.544 olmuştur. Rakamlar hekim sayısı ile hemşire sayısının eşitlendiğini göstermektedir. Ayrıca sistemdeki en önemli farklılığın diğer personel ve hizmet alımı olarak (2002 de 83.964 iken 2013 de 224.618’e yükselme) tablolara yansıdığı söylenebilir. Bu fark ileri teknoloji kullanımı sonucu çok sayıda sağlık alanında diğer personelin/ teknisyenin sözleşmeli olarak istihdam edildiğini göstermektedir.

Sağlık personelinin sektörlere göre dağılımı incelendiğinde ise, gerek hekimler gerekse hekim dışı sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğunun SB tarafından istihdam edildiği anlaşılmaktadır. Örneğin toplam 73.000 uzman doktorun 35.081’ i; toplam38.000 pratisyen hekimin 36.000 ‘i SB personelidir. Bekleneceği üzere diş hekimi ve eczacılar arasında serbest çalışanlar en fazladır. Nitekim, kamuda çalışan diş hekimi 7.997 iken özel sektörde 13.151 dür. Aynı şekilde kamuda çalışan eczacı sayısı sadece 2067 iken özel çalışan 24.589 dur.

Hekim başına düşen insan sayısı:

Türkiye’de ortalama her 100 000 kişiye düşen hekim sayısı 2014 itibariyle 174 olup, Dünya ortalaması olan 141’in oldukça üzerindedir. Buna karşılık Avrupa Birliği standartlarına göre ise çok düşüktür. Çünkü AB ‘de bu sayı 325 dir. Türkiye’nin kendi içinde de hekim dağılımı dengeli değildir. En yüksek hekim sayısı Batı Anadolu’da olup, 2002 de 228 iken 2014 de 278 yükselmiştir. Bekleneceği üzere Güneydoğu Anadolu’da en düşük sayılar göreli bir artışa rağmen söz konusudur. Çünkü 2002 de 68 iken 2014 de 124 olmasına rağmen Türkiye ortalaması olan 174’ ün hayli altındadır.

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

Hemşire ve ebe başına düşen insan sayısı :

Türkiye’de ortalama her 100 000 kişiye düşen hemşire ve ebe sayısı 2014 itibariyle 252 olup, Dünya ortalaması olan 292 ‘n in altındadır. Ayrıca Avrupa Birliği standartlarına göre de çok düşüktür. Çünkü AB ‘de bu sayı 836 dır. Türkiye’nin kendi içinde de hemşire ve ebe dağılımı dengeli değildir. En yüksek sayı Doğu Karadeniz’de olup , 2002 de 241 iken 2014 de ‘343 e yükselmiştir. Bekleneceği üzere Güneydoğu Anadolu’da en düşük sayılar göreli bir artışa rağmen söz konusudur. Çünkü 2002 de 108 iken 2014 de 189 olmasına rağmen Türkiye ortalaması olan 252’nin hayli altındadır.

Yatak Devir Hızı

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

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

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

Yaşam ve ölüm istatistikleri

Kaba doğum ve ölüm oranları bir ülkenin sağlık profilinin önemli göstergeleridir. Kaba doğum oranı bilindiği üzere bir yılda doğan canlı bebek sayısını yıl ortası nüfusa bölünmesi ve 1000 ile çarpılmasıyla bulunan orandır. Nüfus kuşkusuz göçler yoluyla da artar. Örneğin ekonomik veya güvenlik gerekçeleriyle ülkemizdeki nüfus hareketleri bir hayli fazladır. Ancak doğumlar ile ölümler arasındaki fark bir ülkenin “doğal nüfus artışını” gösterir. Türkiye’de nüfus artış hızı giderek düşmektedir. 2014 yılı itibariyle ile nüfus artış hızı %13.3 dür. Bu yüzden natalist politikalara dönüş yapılarak çok çocukluluk özendirilmeye başlamıştır. Türkiye’nin toplam nüfusu 2014 de ise 77.695. 192 dir.

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

Organ Nakli

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

Acil Yardım Hizmetleri

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

İlaç tüketimi

Sosyolojik olarak bir ülkenin önemli sağlık göstergelerinden biri de ilaç tüketimidir. Kuşkusuz bunun nasıl tüketildiği de çok önemlidir. Ancak elimizde böylesine ayrıntılı bilgiler bulunmamaktadır. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu istatistiklerine göre Türkiye’de en çok mide rahatsızlıkları ilaçları tüketilmiştir. 2007 den bu yana tutulan istatistiklere göre 2007 de 221 milyon kutu mide ilacı tüketilirken 2013 de bu rakam 280.6 milyon kutuya yükselmiştir. Ayrıca tüketilen ilaçların orijinal veya jenerik olması oranı 2007 den buyana fazla değişmemiştir ve tüketilen ilaçların sadece %44 ü orijinal iken, diğer kısmı jeneriktir. Öte yandan ilaç harcamalarının daha çok orijinal ilaçları kapsadığı (%60.3) belirtilmelidir. Aynı şekilde yerli ilaçların tüketiminin daha fazla olmasına rağmen (%77), harcamalarda ithal ilaçlara ödenen miktarın daha fazla olduğu (%52.4) görülmektedir. Buradan Türkiye’de üretilmedikleri için daha az tüketilmelerine rağmen (%33)ithal ilaçların yerli ilaç kadar maliyet getirdiği anlaşılmaktadır. Sosyolojik açıdan ithal ilaç oranı dışa bağımlılık göstergesi olarak önemlidir.

Sağlık Hizmetlerinden Genel Memnuniyet

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

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

**SONUÇ**

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

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

1. Sağlık hizmet üretim süreci yeniden örgütlenmiştir.
2. Sağlık personelinin istihdam süreci dönüştürülmüştür.
3. Sağlığın finansmanı yeniden yapılandırılmıştır.

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

 1980 sonrası yeni sermeye birikim rejiminin temel özellikleri sanayisizleşme ve özelleştirmedir. Neo-liberal politikalarla Güneydoğu Avrupa Modeli uygulanırken temel ilke özellikle sağlık alanında hizmet sunumu ile bunun finansmanının birbirinden ayrılmasıdır. İkinci temel özellik ize merkez-dışı (adem-i merkeziyetçi) yönetime geçilmesidir. Türkiye’de de 1990 lardan itibaren toplanan I. ve II. Sağlık Kongreleriyle bu yeni sermaye birikim rejiminin ayak sesleri gelmeye başlamıştır. Örneğin SGK, bu bağlamda sosyal boyutu yok edilmiş ekonomik bir sigorta kuruluşu olarak örgütlenmiştir. Hastaneler de artık kar amaçlı işletmelere dönüşmüştür. Tek hedefleri çok sayıda işlem yaparak bunu sigortadan tahsil etmek olmuştur. Kuşkusuz bunlar bazı ilkelere SUT (Sağlık Uygulama Tebliği) ve BUT (Bütçe Uygulama Talimatı) bağlanmıştır. Ancak hizmetin finansmandan ayrılması hizmet kalitesini olumsuz etkilemiştir. Çünkü harcamalarda kısıntı yapılması ve işletme mantığı ile maliyetin düşürülmesi beklenmektedir. Ancak hastanelerin bazı gerekliler yerine daha fazla karlı olan işlemlerde yoğunlaşmaları söz konusudur. Ayrıca teşhis ve tedavi sürecindeki denetleyici kısıtlamalar da hekimlik mesleğinin icrası kadar kalitesini de olumsuz etkileyebilmektedir. Hekimlerin gerekli gördüğü tetkikler fiyatlandırma yönetmeliği uyarınca kısıtlandığında ortaya çıkan sonuç hekimin mesleki özerkliğinin kısıtlanmasından başka bir şey değildir (Ulutürk,2011).

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

Sosyolojik açıdan önemli diğer bir gösterge ise nüfusun yaşlanması ile ilgili olarak “65 Yaşında Beklenen Yaşam Süresi” dir. Çünkü aktif çalışma yaşamı üzerinde sosyal sigortaya bağımlı bu nüfus gelişmiş ülkelerde giderek artarak onların yeni sosyal politikalar geliştirmelerine yol açmaktadır. Türkiye’de 65 yaş üzeri yaşam süresi kadın ve erklerde farkı olduğu gibi, OECD ortalamalarından oldukça düşüktür. Bu ülkelerle aradaki fark giderek de açılmaktadır. Türkiye’de halen nüfusun %8’i yani 6.192.000 kişi 65 yaş üzerindedir ve bunlar arasında kadın oranı (%56) erkeklerden daha fazladır. Türkiye’de bu oranın Cumhuriyetin 100. yılında yani 2023 de %10.2 ye yükselmesi öngörülmektedir. Dünya ortalaması da aslında %8 dir. Ancak bu nüfusu Afrika ve Asya gibi çok yoksul ülkelerin de dahil olduğu göz ardı edilmemelidir.

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

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

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

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

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

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

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

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

Türkiye’de sağlıkta dönüşüm temelleri 1990’ larda atılan ve 2002 den bu yana da fiilen uygulamaya konulan serbest piyasa veya pazar mantığı ile gerçekleştirilmektedir (Bkz.Şekil 2).Bu mantığı anlamak ise ancak politik ekonomi ile mümkündür. Çünkü harcamalar insanı en yakından ilgilendiren sağlık alanında yapılmaktadır. Sağlık Türkiye’de de kapitalist sistem ile uyumlu hale getirilmek üzere dönüştürülmektedir (Ataay,2005). Artık sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri yerini serbest piyasa ekonomisi koşullarına terk etmiştir. Özerkleştirerek özelleştirme hedefleyen bir yapıya dönüşürken merkezileşme Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) şemsiyesi altında SSK, Emekli sandığı ve BAĞKUR hizmetlerinin birleştirilmesi ile oluşmuştur. Ancak bu birleşme neo-liberal politikalar gereği yapıldığından eleştiriye açıktır. Amaç daha kaliteli hizmet yerine maliyeti düşürmek, karı arttırmak ve devleti sağlık yatırımları dışına çekmek olduğundan halkın sağlığı riske atılmaya başlanmıştır.

Şekil 3. Neo-liberal politikalarla sağlıkta dönüşümün sosyolojik yorumu

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

Kaynakça

Acar, T. (2010)”Dönüşen Sağlıkta Çalışmanın Halleri”. İç. Sınıftan Sınıfa Fabrika Dışında Çalışma Manzaraları (der. A. Buğra). İstanbuL.İletişim,ss.249-280.

Akdağ,R. (2003) Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı:Aralık 2003.Ankara:Sağlık Bakanlığı

Akdağ, R (2007)Nereden Nereye: Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı: Kasım 2002-Haziran 2007. Ankara : Sağlık Bakanlığı.

Akdur,R. (1998)”Türkiye’de Sağlık Politikaları”. Ankara: ANTIP.

Akdur,R. (1999)” Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Ülkeleri ile Kıyaslanması”. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD.

Akdur,R. (2011) “Sağlık Hizmetlerinde Finansman ve Ulusal Ekonomi” Yeni Türkiye\_sağlık,40: 1571-1585.

Akdur,R. (2006) “Sağlık Sektöründe Temel Kavramlar: Türkiye ve AB’de Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu”. Ankara: Ankara Üniversitesi.

Ataay, F.(2007)Kamu Hastane Birlikleri Yasası Üzerine Değerlendirme. Ankara:TTB.

Aydın, E. (2002) Türkiye’de Sağlık Teşkilatlanma Tarihi. Ankara: Naturel.

Aydın, S. (2007) “Aile Hekimliği: Sağlık Sisteminde Merkezi Role Talip Olmak”. Aile Hekimliği Dergisi, 3:

Bardakçı, M. (2013) İlk Tıp fakültemizde Kadavra İçin İmama Rüşvet Teklif edildi. www.haberturk.

Belek, İ. (2003) Antalya’da Hekimler: Statü ve Sınıf Konumu Açısından Değerlendirme. Ankara: TTB.

Belek,İ. (2009) Sağlığın Politik Ekonomisi. İstanbul: Yazılama.

Berman, B., Tatar, M. (2004) Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları:199-2000.Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Dinçer, Ç. (2005) Kamu Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Sağlık Sektöründe Uygulanması. Sakarya Üniversitesi SBE Kamu Yönetimi ABD yayınlanmamış doktora tezi.

Dirican, M.R. (1970) Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinin Kısa Tatihçesi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Bülteni, 7: 1-15.

Durkheim, E. ( 1928) The Rules of Sociological Method. New York: Free Press.

Eracar, R. (2013) AB Uyum Sürecinde Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Değerlendirilmesi:Ankara İli Özel İki Hastane Uygulması. Ankara:Atılım Ünivesritesi (yayınlanmamış YL tezi).

Etiler, N., Urhan, B. (2008) Kocaeli İlinde Kamu Sektöründe İstihdam Edilen Hekimlerin Çalışma Koşulları. I. Çalışma İlişkileri Kongresi Bildiri Kitabı. İstanbul: Sakarya Üniversitesi.

Fişek,N. (1983) Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştilmesine İlişkin yazılar. (Kitaplaşmamış yazılar1 :Sağlık Yönetimi)

Fişek, N.(1985) Halk Sağlığına Giriş. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.

Fişek, N. (1997)Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Üzerine Çalışmalar. Sağlık Dergisi,3: 1-15.

Fişek, G. (2004) SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığına Devri :Ver-Kurtul”. Çalışma Ortamı Dergisi,77:2-6.

Hamzaoğlu, O., Yavuz, C. (2006) “Sağlıkta AKP’ li Dönemin Bilançosu Üzerine”. Mülkiye Dergisi, 252:275-296.

Joumard, I., André, C., Nicq, C., Chatal, O. (2008). “Health Status Determinants: Lifestyle, Environment, Health Care  Resources and Efficiency”. OECD Economic Department Working Paper.OECD Publishing ([http://dx.doi.org/10:1787/](http://dx.doi.org/10%3A1787/).

Kasapoglu,A. (1999) Sağlık Sosyolojisinde Yeni Gelişmeler. İç. Sağlık Sosyolojisi (der.M.Ecevit).Ankara:Ümit.

Kasapoğlu,A. (2001) “Sosyal Sorunlar ve Sağlık”, *Toplumbilim*, 13 : 23-38.

 Kasapoğlu, A. (2015) “Impacts of Health Reforms in Turkey : The Case Violence Towards Physicians.” *Journal of Family Medicine and Community Health* (yayında).

Metintaş, M.Y. ve Ö. Elçioğlu, (2007), “Cumhuriyetin İlk Onbeş Yılında Sağlık Hizmetleri (1923-1938)”, Osmangazi Tıp Dergisi, Cilt 29, No. 3.

Moore,W.E. (1945) Review of Elton Mayo:The Human Problem of an Industrial Civilization. Cambridge: Massacusetts.

Navaro,V. (1976) Medicine Under Capitalism. New Yor: Prodist.

Ritzer,G. (1993) McDonaldization of Society: An Investigation into Cahanging Character of Contemporary Social Life. Thousands Oaks,CA: Pine Forge.

Rosen,G. (1944) The Specialization of Medicine With Particular Reference to Ophtalmology. New York: Froben.

Sağlık Bakanlığı (2014) Sağlık İstatistikleri. Ankara.

Sertlek,T. (2008)”Sağlık Hizmetleri ve Taşeronlaşma”. Toplum ve Hekim, 4: 309-315.

Soyer,A. (2000)”1980 Sonrası Sağlıkta Neler Oldu?” Toplum ve Hekim,4: 259-264.

Soyer,A. (2003)” 1980’den Günümüze Sağlık Politikaları”. Praksis,9:301-319.

Soyer,A.(2009) “Profesyonelden Proletere Hekimler: Değişen Ne?” Toplum ve Hekim,2:130-150.

Taylor,F. (1947) Scientific Management. New York: Harper & Row.

Tengilimoğlu,D., Atilla,E.A.,Yılık,P.,Öztürk,G. (2010) “Hasta Hakları Birimine Yapılan Şikayetlerin Değerlendirilmesi”.II.Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildirler Kitabı,Ankara:Sağlık Bakanlığı,ss.165-180.

TTB (2009) Performansa Dayalı Ödeme : Etik Kurul Raporu. Ankara: TTB

Ulutaş, Ç.Ü. (2011) Proleterleşme ve Profesyonelleşme Tartışmaları Işığında Türkiye’de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü. Ankara: Notabene.

Yenimahalleli-Yaşar,G. (2008)” Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politiklarında Gözlenen Neo-Liberal Dönüşüm ve Sonuçları Üzerine Değerlendirmeler”.Mülkiye, 260:157-192.

Zencir ,M. (2009) “Sağlık Hizmetlerinde Metalaşma ve Sağlık Emekçilerinin Sömürüsü: Kapitalizm ve Sağlık Hizmetleri”. Toplum ve Hekim,3: 177-187.

Weber, M. (1947) The Theory of Socail Economic Organization (çev. T.Parsons.)Glencoe : The Folcons.