

AKP ile 21 Yıl

Türk Tabipleri Birliği yayını Toplum ve Hekim Dergisi'nin Mart-Nisan ve Mayıs-Haziran 2023 sayılarındaki "AKP'li 20 Yılın Bilançosu" dosyasının editör ve yazarlarına teşekkürlerimizle...

Günümüzde her alanda olduğu gibi, sağlık alanında da değerler alt üst olmuş, sağlık hakkı kavramı ve meslek ahlakı ekonomik değere tahvil edilmiştir. Bu sürecin tarihsel seyrine bakıldığında; kapitalizmin doğasındaki akla ve insana karşıt üretim biçimi ardı ardına yaşadığı krizler nedeniyle son yarım yüzyılda adına "küreselleşme" dedikleri bir politik manevradan medet umar hale gelmiştir. Merkez kapitalist ülkelerin egemenliğindeki finans kurumları krizi aşmak adına çevre kapitalist devletlerin kamusal nitelikteki düzenlemelerini ortadan kaldırarak emekçilerin zorlu mücadelelerle elde ettiği sosyal haklarını ellerinden almış, sömürü katmerlenmiştir. Neoliberal kapitalist politikalar, ABD'nin hegemonyasında, sermayenin uluslararası kurumları Dünya Bankası (DB) ve Uluslararası Para Fonu (IMF) tarafından çevre kapitalist ülkelere kredi koşulu olarak "yapısal uyum programı" adıyla dayatılmıştır (Hamzaoglu, 2004). "Neoliberal" diye adlandırdıkları, kapitalizmin vahşi yüzünü örtbas etme telaşındaki bu politikalar 70'li yıllardan itibaren Türkiye gibi bazı ülkelerde askeri darbelerden de güç devşirerek uygulanmış, bugün sağlık alanında da yaşanan tahribatın ilk adımları atılmıştır.

Emekçilerin mücadelelerinden elde edilen kazanımlarla devletler sağlık, eğitim, enerji, ulaşım gibi temel gereksinimleri karşılama ödevini bir süreliğine üstlense de, neoliberal kimliği ile birlikte yük olarak gördüğü bu ödevlerden sıyrılıp, 'verimlilik', 'kârlılık', 'rekabet', 'performans', 'kalite' gibi "sermayenin bekçisi" işlevlerine uygun özelleştirme politikaları ile "sosyal" sıfatını yitirmiştir. Devlete ödev yükleyen ikinci kuşak / pozitif insan hakları önemli ölçüde yerle bir olmuş, devlet tahakkümünün kötüye kullanımından korumayı amaçlayan birinci kuşak / negatif insan hakları ise pervasızca ihlal edilmiştir (Civaner, 2023).

Bu politikaların sağlık alanına yansıması ise, kamu harcamalarının sağlık hizmetleri için de kısılması, devletin hizmet sunumundan çekilip, hizmeti denetleme iddiasında olan bir kimlik edinmesi olarak görülmüştür. Türkiye'de darbe sonrası 1982 Anayasasında "*Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir*" ifadesiyle bu fırsat yakalanmıştır.

Sonrasında çeşitli girişimlerle uygulanmaya çalışılsa da sistemin tümüyle dönüştürülmesi ancak 3 Kasım 2002'de iktidar olan ve bu iktidarını 20 yıldır sürdüren Adalet ve Kalkınma Partisine (AKP) nasip oldu. Kapitalizmin 2001 krizinin Türkiye'deki siyasi ve iktisadi etkileri, mevcut siyasi aktörlerin bu sisteme entegre olsalar da kapitalizmin yükünü taşımadaki başarısızlıkları, en kapsamlı İslamcı hareketin temsilcisi olan Milli Görüş'ün parçalanması, özellikle Müstakil Sanayici ve İşadamları Derneği (MÜSİAD) çevresindeki İslamcı burjuvazinin de küresel sermayeyle bütünleşme talepleri, uluslararası ve ulusal sermayenin gereksinimlerini karşılayacak ölçüde kapitalizmin neoliberal ekonomi politikalarının yaşama geçirilmemesi, Ortadoğu'da yükselen siyasi İslam ve Büyük Ortadoğu projesinde Türkiye'nin konumu gibi faktörler, AKP'nin iktidara gelmesinin zeminini oluşturdu. Nitekim, 3 Kasım 2002 genel seçimlerinde henüz 15 aylık bir parti olan AKP, %34,63 oy alarak (Meclis'teki 550

sandalyenin 363'ü) sağ kesimin, liberallerin, burjuvazinin ve onu temsil eden Türk Sanayicileri ve İş İnsanları Derneği'nin (TÜSİAD) de büyük desteğiyle iktidara geldi ve 58. Hükümeti kurdu. Türkiye'de çok partili siyasal döneme geçildiğinden bu yana, 20 yıl ile iktidarda en uzun süre kalan parti oldu (Özkan,2023).

2017 yılında Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemiyle 'tek adam ya da saray rejimi' tesis edilerek, R.T. Erdoğan baskıcı ve otoriter devlet yapısını, daha genel ve kapsayıcı bir ifadeyle, faşist ve İslamcı muhafazakâr bir toplumsal dönüşüm modelini tamamlamış oldu. İktidarı süresince AKP, uluslararası/ulusal düzeydeki sermaye sınıfına koşulsuz biat etti, kamunun ve devletin tüm olanaklarını sermaye birikimi için genelde sermaye sınıfına, özelde tarikatların, cemaatlerin ve diğer yandaşlarının hizmetine sundu. Seçim propagandalarında IMF ve Dünya Bankası (DB) karşıtı olduklarını iddia etse de tümüyle onların şartlarına tabi oldu. AKP'nin 20 yılından kalan miras, emekçi sınıflar ve halklar için yaşamın her alanındaki eşitsizliklerin, adaletsizliklerin, işsizliğin, kayıt dışılığın, yoksulluğun, ayrımcılığın, yolsuzlukların, LGBTİ(+) ve kadın karşıtlığının, kutuplaşmanın, insan hakları ihlallerinin şiddet diliyle beslenerek artması ve derinleşmesi, devlet mülkiyetindeki büyük kârlı işletmelerin, kamu arazilerinin yok pahasına satılması, küresel sisteme bağımlılık, hukuksuzluk, bilim dışılık, gericilik, sermaye gruplarına verilen TOKİ ihaleleri, rant odaklı kentsel projeler vb. için yaşam alanları, çevre ve doğanın talanıydı. Bunlar 21 yıllık süre içinde iktisadi ve siyasi krizlerle de daha büyük ivme kazandı. Nitekim, insanı ve onun yaşamını değil, kârı öncelemelerinin tercihlerinin sonucu, sayısız maden kazalarının, en son şubat ayındaki depremlerin felâketlerle sonuçlanması ve halen bunları görmezden gelmeleri hatta inkâr etmeleri yine 21 yıllık iktidarlarının özetidir. Bu 21 yıllık sürede, AKP'nin öncelikli politikalarından, propagandalarından ve ikna araçlarından birisi de sağlık alanıydı (Özkan,2023).

AKP tarafından daha seçimden on üç gün sonra, 16 Kasım 2002'de kamuoyuna açıklanan "Acil Eylem Planı"nda bir yıl içinde devlet, sigorta ve kurum hastanelerinin birleştirilmesi ve idari ve mali yönden özerkliklerinin sağlanması çalışmalarının başlatılacağı, Genel Sağlık Sigortası (GSS) kurulacağı, aile hekimliğine geçileceği, sevk zinciri oluşturulacağı, koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılacağı ve özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirileceği vaatleri yer almıştı. AKP tarafından "Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)" olarak adlandırılan ve "Sağlık Reformu" olarak tanımlanan program ise 2003 yılı Haziran ayında açıklanmış ve SDP'nin ana bileşenleri "Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı", "Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası", "Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri", "İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri" olarak sıralanmıştı. İlki AKP Parti Programı, AKP 2002 Genel Seçimler Beyannamesi olmak üzere, 58. Hükümet Programı ve onun Acil Eylem Planı'nda mevcut sağlık politikalarının ilkeleri ve amaçları, iktidara geldikten 13 ay sonra, Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ismiyle ek olarak reformun nasıl uygulanacağı beyan edilmiştir (AKP, 2002a-c; SB, 2003). 2007 seçim beyannamesinde ise SDP'nin 2013 yılında tümüyle yaşama geçirileceği taahhüt edilirken, dört yıl sonrasındaki seçim beyannamesinde SDP sayesinde çoğu hedefe ulaşıldığını, adeta bir sağlık devrimi ya da büyük bir tarihi dönüşüm gerçekleştirdikleri ifade edilmiştir (AKP, 2007a; AKP, 2011a). O zamandan bugüne, tüm hükümet programlarında (AKP, 2003b; AKP, 2007b; AKP, 2011b; AKP, 2014; AKP, 2015a; AKP, 2016), bu programların eylem planlarında (AKP, 2008; AKP, 2015b), üç kalkınma planında (DPT, 2006; DPT, 2013; DPT, 2019), AKP 2023 siyasi vizyonunda (AKP, 2012) ve sağlıkta insan kaynakları 2023 vizyonunda (SB, 2011), en son rapor olan 2023 Yılı Cumhurbaşkanlığı Yıllık Programı'na kadar sağlık sisteminin tüm bileşenlerinin SDP ile adım adım nasıl metalaştırılacağı, piyasalaştırılacağı ve ticarileştirileceği ele alınmıştır (TCC, 2018a-b; TCC, 2019-2022). Bu yapılırken, 2007 yılından itibaren tüm belgelerde SDP'nin dünya çapında özgün ve devasa bir model olduğu, sağlıkta büyük ilerlemeler sağladığı, çoğu sağlık sorununu çözdüğü, vatandaşta memnuniyet

oluşturduğu saptaması yapılmıştır. Bir belgede, bu programla uluslararası kamuoyunda da büyük takdir toplandığı, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve OECD gibi uluslararası kuruluşların, Türkiye'deki sağlık reformlarının diğer ülkeler için “ders kitabı” vasfı taşıdığı belirtilmiştir (AKP, 2012). Hatta, 2011 yılında BMJ’de (Barış ve ark. 2011), 2013 yılında Lancet’de (Atun ve ark. 2013) ve 2015 yılında NEJM’de (Atun, 2015) benzer yaklaşımlarla SDP’nin aktörleri tarafından nasıl başarılı olduğu yazılmıştır. Oysa AKP’nin SDP ile vücut bulan sağlık politikalarının ve sonuçlarının iddia edildiği gibi, emekçiler ve halklar lehine olmadığı 21 yıldır bilindiği gibi, doğrudan yaşanmaktadır. SDP dâhil AKP’nin tüm sağlık programı ve uygulamaları, 1980’li yıllardan itibaren tüm kapitalist ve kapitalistleşme aşamasında olan ülkelerin kapitalizmin neoliberal ekonomi politikalarına entegre eden sağlık reformlarının tümüyle kopyasıdır. Bir başka ifadeyle, DSÖ’nün teknik danışmanlığını yaptığı, DB’nin projelerle borçlanma karşılığı finanse ettiği, kapitalizmin krizinin aşılmasında sağlık alanının sermaye sınıfı için hukuk ya da hukuk dışı yollarla bir birikim alanına dönüştürülme projesidir. Bir başka ifadeyle, sağlık alanında ne varsa tümünün alımın ve satımın konusu haline getirilmesi, kamu eliyle özel sağlık sektörünün teşvik edilmesi ve beslenmesi, kısırtılmış sağlık hizmeti talebinin oluşturulması hem ulusal hem de uluslararası düzeyde ticarete dönüştürülmesidir (Waitzkin, 2005; Hamzaoglu ve Işık, 2006). Böyle olunca, geline nokta, sağlık alanındaki yolsuzluklar küresel düzeye ulaşmış olup, uygun ve doğru olmayan mali ilişkiler, hırsızlık, kaynakların başka yöne çevrilmesi, hileli faturalamalar, gayri resmi ödemeler ve sahte terapötikler ve tıbbi malzemeler en sık karşılaşılan yolsuzluk biçimleri olmuştur. Belli bir kişinin ya da grubun özel ve kişisel çıkarı için sağlık alanının kötüye kullanımıyla, ortaya çıkan yolsuzluklarla da beraber (Glyn, 2022), genelde mevcut sağlık reformları, özelde SDP’nin emekçilere ve halklara en temel etkileri, paraları kadar sağlık hizmeti almaları, bu nedenle sağlık hizmetlerine erişememeleri, gereksindikleri sağlık hizmetlerini alamamaları, önlenebilir ve korunabilir hastalıklara maruz kalmaları gibi sayısız olumsuz sonuçlarla beraber, “sağlıklı yaşama hakları”nın elinden alınması olmuştur (Özkan,2023).

Dünya Bankası’nın birinci basamak sağlık hizmetlerine ilişkin Türkiye’de sağlık reformu ile ilgili önerisi de “Temel sağlık hizmetleri sunumunu güçlendirme” başlığı altında ele alınmıştır (Dünya Bankası, 2002). Bu başlık altındaki temel öneri, birinci basamakta performans bazlı bir aile hekimliği modeline geçilmesi idi (Çiçeklioğlu,Şevik,2023).

SDP’nin hazırlığı 2003 yılı Temmuz ayında Dünya Bankası’nın (DB) desteğiyle Japonya ile hibe anlaşması yapılarak maddi destek sağlanması ile başlamıştır (Eke ve Ünal, 2019). Türkiye Modeli olarak sunulan aile hekimliği sistemi aslında son 30 yıldır DB tarafından şekillendirilen, ortak reçetesi hizmet satın alan ve sunanların birbirinden ayrıldığı, pazar mekanizmalarına dayalı sözleşmelerin oluşturulduğu, tüketici seçimine dayalı, müşteri odaklı hizmete dayalı, sağlık emek gücü açısından ise kuralsızlaşma ve güvencesizleşmenin hakim olduğu bir sistemdir (Öcek, 2017).

Sağlık Bakanlığı bu direktifi hemen uygulamaya koymuş ve 2004 yılında 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun’u çıkarmıştır. Yasa’da “Pilot” denmesine karşılık, yeni bir yasal düzenleme yapılmadan bütün Türkiye 2009 yılında bu kanun ile sağlık ocakları kapatılarak “aile hekimliği modeli”ne geçirilmiştir. Ancak, 2007 yılında TÜİK tarafından gerçekleştirilen yaşam memnuniyeti araştırmasında en yüksek oranda memnuniyetin saptandığı sağlık kuruluşu olmasına karşın, sağlık ocaklarının kapatılmasına neden karar verildiği sorusu, Hükümet tarafından yanıtız bırakılmıştır. Bilindiği gibi, başta Sağlık Bakanları olmak üzere AKP Hükümetleri SDP’nin başarılı olduğu iddialarını, halkın sağlık hizmetlerinden memnuniyetindeki artışı göstererek kanıtlamaya uğraşmışlardır. Sorunun yanıtız bırakılması, Hükümetin reform uygulamasını başlatma hedefinin, aslında doğrudan memnuniyetle bir ilgisinin olmadığını açık olarak göstermektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programının yürürlüğe girmesiyle birlikte, 224 sayılı Yasa ile kurulan sağlık

ocakları, 2007 yılından itibaren kapatılmaya başlandı, 2010 yılında hepsi kapatıldı ve yerine «Aile Sağlığı Merkezleri» kuruldu. Sağlık ocağı, belirli bir nüfusun yaşadığı coğrafi bölgedeki sağlık hizmetlerinin, halk sağlığı bilim ve sanatının ışığı altında yürütüldüğü tıbbi ve sosyal bir kurumdur. Sağlık ocakları, koruyucu ve birinci basamak iyileştirici hizmetlerin bütünsel bir biçimde bir arada sunulduğu hizmet birimleriydi. Sıtma, frengi, lepra, trahom ve verem gibi farklı hastalıklarla mücadele ya da ana sağlığı, çocuk sağlığı gibi farklı nüfus gruplarına götürülmekte olan her türlü sağlık hizmeti de dar bölgede çok yönlü hizmet sunumu anlayışı ile sağlık ocaklarında verilirdi. Sağlık ocağı iyi bir yatay örgütlenme modeliydi (Pala, 2021). AKP Hükümeti sağlık ocaklarını kapatarak yerine 'liste' temelli ve "aile hekimliği" olarak adlandırılan bir modeli getirdi. Ancak bu modelin klasik aile hekimliği modelleriyle de bağlantısı zayıftır. Türkiye'de uygulanan modelde, aynı aile içerisindeki bireylerin bile farklı aile hekimlerinin listesinde yer alabilmesi yüzünden, sağlık sisteminin bir salgın durumunda aynı sokakta/mahallede hatta aynı apartmanda yaşayan hastalardan bile habersiz kalabileceği göz ardı edilerek, SDP ile getirilen model topluma 'hekim seçme özgürlüğü' adı altında sunuldu (Türk Tabipleri Birliği, 2020). Öyle ki yurttaşlar oturduğu veya çalıştığı yerden çok uzaktaki (hatta başka bir ildeki) bir aile sağlığı merkezinde görev yapan bir aile hekiminin listesinde yer alabilirdi (Çiçeklioğlu,Şevik,2023).

SDP'nin aile hekimliği modeli, yurttaşların aile sağlığı merkezlerine başvurmasını bekleyen ve aile hekimlerine özgü bir coğrafi sınırlama söz konusu olmadığı için ev/okul/işyeri ziyaretlerini göz ardı eden bir izdüşümle hazırlandı. Böylece, 224 sayılı Yasa ile getirilen, kendisi başvurmasa da kişilerin etkili izlemine olanaklı kılan, ayağına kadar sağlık hizmeti götürmeyi benimseyen çağdaş sağlık hizmeti sunumu anlayışı terk edilerek, tedavi edici hizmetlere odaklanmış ve rekabete dayalı geleneksel hekimlik anlayışı modeline geri dönmüş oluyordu. SDP, Sağlık Bakanlığı'nın birinci basamakta 'sağlık ocağı' ile simgeleşmiş 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine İlişkin Yasa ile getirilen, sağlık hizmetlerinin çağdaş sunumu için önemli bir ilke olarak kabul edilen, coğrafi bölge ve nüfus temelli örgütlenme yapısını ortadan kaldırmıştır. Kişiyi ve çevreye yönelik koruyucu ve birinci basamak iyileştirici hizmetlerin bütünsel bir biçimde bir arada sunulduğu ve sağlık hizmetine bütüncül bakan bir anlayışın hizmet birimi olan 'sağlık ocağı' kapatılarak, bunun yerine 'aile sağlığı merkezi' ve 'toplum sağlığı merkezi' adıyla iki kurum ortaya çıkartılmış; kişiyi ve topluma yönelik sağlık hizmetleri ile çevreye yönelik sağlık hizmetleri birbirinden ayrılmıştır. SDP ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel özellikleri olan erişilebilirlik, kapsayıcılık, eşgüdüm ve süreklilik zayıflamış, coğrafi bilgi sistemi ise maalesef yok edilmiştir (Pala, 2021).

BBSH, 1978 yılında Alma-Ata'da belirtildiği gibi, sağlık hizmetlerinin toplumlar arasında eşit şekilde dağıtılmasını mümkün kılan, sosyal bir sağlık modelinden türetilmiş bir halk sağlığı stratejisidir (Rechel, 2011). Her ne kadar kavramın başlangıcı ya da uluslararası ölçekte kabulü Alma-Ata deklarasyonuna dayansa da kökenini Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği'nde hem coğrafi hem nüfus tabanlı, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin entegre olduğu, kişiyi ve topluma yönelik koruyucu hizmetlerine bütüncül yaklaşan, geniş bir sağlık ekibi ile sürekliliği olan bir birinci basamak sağlık hizmetleri modeli olarak Semeshko tarafından 20. yy başlarında yaşama geçirilmiştir (Zencir, 2019). Alma-Ata'da tanımlanan BBSH felsefesi, sağlık hizmeti alanının ötesine geçerek sağlık ile sosyal politikalar arasında sektörler arası bağlantının kurulmasını gerektirir. Ancak, 1980'lerde başlayan neoliberal sağlık reformu rüzgarlarının etkisiyle, BBSH piyasa açısından gereksiz bir unsur olarak tanımlanan toplumsal sağlık hizmetlerinden arındırılarak pazar haline getirilmiştir (Rechel, 2011). Ülkemizde bugün uygulanmakta olan Aile Hekimliği Modelinde yaşandığı gibi pek çok ülkede de BBSH'nin organizasyonu ve sağlık ekibi birey olarak hastaya odaklanmış, insanların içinde yaşadığı toplumla birlikte değerlendirmeyi engelleyecek şekilde yapılandırılmıştır. Bu şekilde sınırlandırılmış BBSH yaklaşımı sağlık eşitsizliklerini

artırmakta ya da en iyi olasılıkla sürdürmektedir (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2021). Starfield, ilk başvuru yeri olan, kapsayıcı sağlık hizmetini sürekli sunan ve başka kurumlar tarafından sağlanan hizmetlerle entegrasyonunu sağlayan birinci basamağı, sağlık sistemin en önemli parçası olarak tanımlamış, bu özelliklerin yerine getirilmesinin temel koşulunun ise toplum yönelimli olması ile sağlanabileceğini vurgulamıştır (Starfield, 1998). BBSH'nin sağlıktaki eşitsizlikleri önleme konusundaki başarısı büyük oranda birinci basamak ekibinin hizmet sunduğu toplumun özelliklerini tanıması ve topluma yönelik koruyucu hizmetlere ağırlık vermesi ile ilişkilidir (Starfield, 1998). Toplum Yönelimli BBSH, bir toplumda hem BBSH hem de toplum sağlığı programları yoluyla sağlık sorunlarının belirlenmesi ve ele alınmasına yönelik sistematik çabalar şeklinde ilk defa 1984 yılında Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Tıp Enstitüsü tarafından tanımlanmıştır (IOM, 1984). Bu tanımdan 10 yıl sonra aynı enstitü BBSH'yi, "kişisel sağlık ihtiyaçlarının büyük bir çoğunluğunu karşılayan, hastalarla aile ve toplum bağlamında çalışan klinisyenler tarafından sunulan, entegre, erişilebilir sağlık hizmetleridir" (IOM, 1994) şeklinde tanımlayarak bireysel ihtiyaçlara ağırlık vermiş, hizmet sunumunu da "klinisyenler" düzeyine çekerek toplum bağlamında tanımını kullansa da tedavi edici hizmet odaklı bir tanımlamaya geri dönmüştür. Tanımlardaki bu dönüşüm aslında uluslararası sağlık politikalarındaki dönüşümle paraleldir ve özellikle BBSH'deki neoliberal dönüşümün tanımlara yansımasıdır. DSÖ, 2008 tarihli "Temel Sağlık Hizmetleri; şimdi her zamankinden daha fazla" raporunda TSH'nin önemini vurgulayarak topluma yönelik kavramını kullanmadan halk sağlığı uygulamalarının BBSH ile bütünleştirilmesini önermiştir (WHO, 2008). ABD Tıp Enstitüsü 2012'de yayımladığı raporda birinci basamak ve halk sağlığının entegrasyonu, toplum sağlığını iyileştirmenin bir yolu olarak büyük umut vaat etmektedir diyerek 1974'te tanımladığı toplum yönelimli birinci basamak kavramını kullanmadan, 1994'te vurguladığı birey ve klinisyen odaklı birinci basamak tanımından vazgeçerek halk sağlığı ve birinci basamak entegrasyonunun gerçekleşebilmesinin koşullarını tanımlamıştır (IOM, 2012). "Alma-Ata'dan Astanaya: Temel Sağlık Hizmetleri" başlıklı raporda da bireysel ve halk sağlığı müdahalelerinin koordinasyonunu, yenilikçi birinci basamak sağlık hizmeti modellerinin bir özelliği olarak tanımlanmıştır (WHO, 2018a). DSÖ, 2018'de yayımladığı başka bir raporda da "entegrasyon yoluyla halk sağlığı ve birinci basamak arasındaki boşluğu kapatma" çağrısında bulunmuştur (WHO, 2018b). Bu raporların giriş bölümlerinde şimdiye kadar yürütülen ve desteklenen BBSH'nin, toplumdaki Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar (BOH) yükü ve sağlık eşitsizlikleri ile baş etmedeki başarısızlıkları açıkça itiraf edilmektedir. Halk sağlığı ile entegre edilecek birinci basamağın sağlığın belirleyicilerine dayalı eşitsizliklere müdahale ederek, BOH ve bulaşıcı hastalıkların kontrolü ile anne-çocuk sağlığının iyileştirilmesinde oldukça önemli etki sağlayacağı sıklıkla vurgulanmıştır (WHO, 2008; IOM, 2012; WHO, 2018a; WHO, 2018b).

Pandemi sürecinde BBSH'nin klinik ve halk sağlığına yönelik işlevleri çok açık bir şekilde iç içe geçmiştir. Buna rağmen, özellikle 1980'li yıllardan bu yana oluşan ayrışma, COVID-19 pandemi süreçlerinde daha da görünür hale gelmiştir. Birinci basamağın birçok ülkede salgınla mücadelede sınırlı kaldığı, hastalık sürveyansı, testler ve temaslı takibi gibi birinci basamağın halk sağlığına yönelik olan işlevlerinde de yetersizliği DSÖ, DB ve ABD Ulusal Sağlık Enstitüsü raporlarında sıkça vurgulanarak, yeni tanımlar ve stratejiler önerilmiştir. ABD Ulusal Tıp Enstitüsü'nün de içinde olduğu bir grup tarafından hazırlanan "Yüksek kaliteli birinci basamak sağlık hizmetlerinin uygulanması: Sağlık hizmetlerinin temelini yeniden inşa etmek" isimli raporda; yüksek kaliteli BBSH, bütüncül, entegre ve erişilebilir sağlık hizmetlerinin, bireyin ihtiyaç duyduğu sağlık ve esenlik ihtiyaçlarını, hastalar, aileler ve toplumla sürdürülebilir ilişkiler yoluyla multiprofesyonel ekipler aracılığıyla eşitlikçi bir şekilde sunulması olarak tanımlamıştır (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2021). OECD ise "Temel Sağlık Hizmetlerinin Potansiyelini Gerçekleştirmek" isimli raporunda BBSH'lerde çoğunlukla akut sorunların çözümüne dayalı tek hekim

sorumluluğundaki modelden, bakımın entegrasyonuna dayalı, farklı disiplinlerden ekipler tarafından sunulan, hastaların risk faktörleri ve hastalıklarını yönetme süreçlerine daha fazla katıldıkları dijital teknoloji ile desteklenen bir modele doğru değişmesi gerektiğini belirtmektedir (OECD, 2020). DB de 2022’de yayımladığı “Konuşarak Yürümek: COVID-19 Sonrası Temel Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Hayal Edilmesi” raporunda, 2018 Astana Bildirgesi ile uyumlu olarak evrensel sağlık kapsamının ve sağlıkla ilgili Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinin temel direği olarak tanımladığı BBSH’ye ilişkin politika önerilerinde bulunmuştur. Önerilen dört temel yapısal değişim; işlevsiz kapı tutuculuktan herkes için nitelikli ve kapsamlı hizmete, parçalı yapıdan insan merkezli entegrasyona, eşitsizliklerden adalet ve hesap verebilirliğe, kırılganlıktan dayanıklılığa olarak tanımlanmıştır (Barış ve ark, 2022). Tanımlar önemlidir çünkü, neye öncelik ve değer verildiğine işaret ederler, hizmetlerin nasıl organize edilmesi gerektiğine ilişkin normları şekillendirirler (Hanson, 2022). Ancak tanımların BBSH sunumunun yeniden düzenlenmesi açısından nereye doğru evrileceğini anlamak için bu tanımları kavramsallaştıranların kim(ler) olduğu, ait olduğu bütünün tarihsel, toplumsal bağlamı ve onları belirleyen egemen üretim tarzı ilişkisi eleştirel olarak analiz edilmelidir (Özkan, 2019). Bu çerçevede neoliberal sağlık reformlarının sağlık alanındaki sermaye birikimi için uygun koşulları yarattığı ve bu politikaların kavramsal çerçevesi ile uygulama süreçlerinde DB’nin öncülük ettiği, DSÖ’nün de sürece aktif destek verdiği akıldan çıkarılmamalıdır (Hamzaoglu, 2013). Neoliberal yaklaşımda sağlık hizmet üretimi açısından BBSH’nin de tıp endüstrisi içinde diğer basamaklarda hizmet üreten sağlık kurumları, laboratuvarlar, dijital teknolojiler ve tıbbi destek sağlayan sektörlerle birlikte, bir yapı içinde olduğu unutulmamalıdır. DSÖ’nün birinci basamağa yönelik son dönem metinlerini değerlendiren Zencir, bu metinlerde birinci basamağın, sağlık hizmeti üretiminin sürekliliğini (devridaimini), yani tanı-tedavi ve bakım sürecinin devamlılığını sağlama işlevi gördüğünü belirterek, fabrikaya dönüşen sağlık hizmet üretimi içinde sağlıklı olma-hasta olma ayrımı olmadan yürütülen hizmetlerle (sağlık pazarı için hasta bulma, hizmet talebi yaratma vb.) yaşamsal fonksiyon üstlendiğinin altını çizmektedir (Zencir, 2020). Tanımlar çoğunlukla BBSH için önerilen hedefler ve örgütlenme yapıları hakkında bilgi vermektedir. Bununla birlikte, unutmamalıdır ki sağlık sistemlerinin istenilen hedeflere ulaşması ancak, doğru finansman düzenlemelerinin oluşturulması ile mümkündür (Hanson, 2022). Yukarıda adı geçen politika belgelerinden özellikle DB kaynaklı olan metinde, dönüştürülecek BBSH için finansman kaynağının DSÖ metinlerinde de geçen evrensel sağlık kapsamı çerçevesi olduğu açıkça ifade edilmiştir. Evrensel sağlık kapsamı, sağlık hizmetlerinin sigorta yoluyla finanse edildiği bir modeldir. Astana Bildirgesi’ni Alma-Ata Bildirgesi ile karşılaştırdığı yazısında Pala, bu modelin kamucu bir sağlık sisteminden oldukça uzakta bir finansman modeli olduğunu ayrıntılarıyla açıklamıştır (Pala, 2020). Benzer şekilde Lancet’in Küresel Sağlık Komisyonu raporunda da kamu finansmanının kullanılmasının birinci basamağın güçlendirilmesi için birinci öncelikte olduğu belirtilse de özel sektörün katılımının artırılması ve prime dayalı ödeme sistemleri de öneriler arasında sıralanmıştır (Hanson, 2022). BBSH’nin toplum temelli bir yaklaşımla, halk sağlığı hizmetleriyle entegre bir şekilde ve çok disiplinli bir yaklaşımla sunulması için örgütlenme ve hizmet sunumu yapısının değişmesi kadar finansman sisteminin kamucu bir anlayışa evrilmesi gereklidir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı da sadece teknik bir konu değildir, doğası gereği siyasi seçimleri içerir (Hanson, 2022).

Koruyucu sağlık hizmetleri açısından önemli bir alan olan BOH’un toplam hastalık yükü içindeki payı 2002 yılında %69 iken 2017 yılında %82,4’e çıkmıştır. Hastalık yükü içerisinde önemli paya sahip olan diyabet, inme ve kronik obstrüktif kalp hastalığına bağlı engelliliğe ayarlanmış yaşam yılı (DALY) kaybı, 2002 yılından 2017 yılına kadar sırasıyla %43, %49, %57,35 ve %41,82 oranında artış göstermiştir (Sağlık Bakanlığı, 2018). BOH’a bağlı morbidite ve mortalitenin önlenmesi için risk gruplarının belirlenmesi, erken tanı ve tedavilerin yapılması, hastaların izlenmesi BBSH’nin en önemli görevleri arasındadır. Bu

hizmetler açısından BBSH'yi sağlık sisteminin diğer basamaklarından farklı kılan en önemli özellikleri kapsayıcılık ve sürekli hizmettir. Bireye yönelik tüm koruyucu hizmetleri verme ve hastaları sürekli izleme iddiasında olan aile hekimliği sisteminde iş yükü nedeniyle hasta eğitimi ve düzenli izlem için zaman kalmadığı, kronik hastalara verilen hizmetin çoğunlukla ilaç reçetesi yazmakla sınırlı kaldığı görülmektedir (Öcek ve ark., 2013). OECD'nin Türkiye sağlık sisteminin kalitesini değerlendirdiği 2014 yılındaki raporunda da SDP'nin birinci basamakta BOH'a yönelik güçlendirilmeye gereksinimi olduğu vurgusu yapılarak, bu hedefe ulaşmak için sevk sisteminin oluşturulması, bilgi sistemlerinin kapsamının genişletilmesi ve performans ölçümlerinin geliştirilmesi önerileri sıralanmıştır (OECD, 2014). Aile Hekimliği Modelinde zorunlu sevk sistemi kısa bir süreliğine Denizli, Isparta, Gümüşhane ve Bayburt'ta uygulamaya başlamış, ancak yaşanan sorunlar nedeniyle süresiz olarak ertelenmiştir. Espinosa-González ve Normand'ın Türkiye'de aile hekimleriyle gerçekleştirdiği kalitatif çalışmada, sevk zorunluluğunun kaldırılmasında hastanede çalışan sağlık emekçileri ve halkın hoşnutsuzluğu nedeniyle siyasi otoritenin oy kaybetme korkusunun temel etken olduğu saptanmıştır (Espinosa-González ve Normand, 2019). Sevk zincirinin işletilmemesi birinci basamakta izlemi yapılarak müdahale edilebilecek pek çok kronik hastanın ikinci basamak hastanelere başvurusuna neden olmaktadır. Ülkemizde, sisteme kayıtlı yurtaşlar arasında aile hekimine gitmeyen nüfusun oranı %22,4 iken kişi başı başvuru 3,3 olarak gerçekleşmiştir, tüm sağlık kurumu başvurularının ancak %34'ü aile hekimlerine yapılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2019). BBSH özellikle kronik hastalıklar açısından sadece hastane başvurularını değil hastaneye yatma ihtiyacını önleyebildiği gibi, erken müdahalenin komplikasyon riskini azaltabildiği veya daha ciddi bir hastalığın gelişmesini önleyebildiği saptanmıştır. Diyabet, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, astım, hipertansiyon ve konjestif kalp yetmezliğine yönelik tedavilerin çoğunun birinci basamakta veya toplum bakımı düzeyinde ayakta tedavi ile sağlanabileceğine dair pek çok kanıt bulunmaktadır. Bu hastalıklar, "ayakta bakıma duyarlı hastalıklar" olarak adlandırılırken, bu nedenlere bağlı hastaneye yatışlar ise "önlenebilir hastaneye yatışlar" olarak tanımlanmaktadır. Beş kronik hastalık (diyabet, hipertansif hastalıklar, kalp yetmezliği, KOAH ve astım) için önlenebilir hastane yatış gün sayısının, toplam hastane yatış günleri içindeki payı 30 OECD ülkesinde ortalama %5,8 iken, ülkemizde %11,8'dir ve Türkiye tüm ülkeler içinde maalesef ilk sırada yer almaktadır (OECD, 2020). Aile Hekimliği Modelinin BOH konusundaki eksiklikleri, Sağlık Bakanlığı tarafından da kabul edilerek 2019- 2023 stratejik planında BBSH'yi güçlendirerek sağlık sistemi içerisindeki etkinliğini artırmak hedefi kapsamında; BOH yükündeki artış nedeniyle kişi başı birinci basamak kullanım oranlarının artırılması, önümüzdeki dönemin stratejik öncelikleri olarak belirlenmiştir. Yine aynı hedefe yönelik olarak kronik hastalıklarla ilgili tarama, teşhis, eğitim ve yönetim süreçlerinde aile hekimlerinin merkezi bir rol oynadığı; bu çerçevede aile hekimlerine uzun dönemli performans hedefleri tanımlanması, ödemelerin bununla uyumlu şekilde gerçekleşmesi ve kronik hastalıklara yönelik bütünsel sağlık hizmet sunumunda diyetisyen, psikolog gibi uzmanların bulunduğu çok disiplinli takımların sayısının artırılması gerekliliği vurgulanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022). Stratejik planda tanımlanan bütünsel sağlık hizmet sunumu ile kastedilen çok disiplinli takımlar Sağlıklı Hayat Merkezleridir (SHM). Kullanımına çok da alışık olmadığımız "bütünsel hizmet" tanımı stratejik plan dışında Japonya hibe programı desteğiyle, DB tarafından, 2019 yılında yayımlanan "Bütünsel Sağlık Modeli Yoluyla Türkiye'de İyileştirilmiş Bir Birinci Basamak Sağlık Sistemi'nin Kurulması" isimli raporda da geçmektedir (Çiçeklioğlu, Şevik, 2023).

Bu raporda aile hekimleri ile SHM arasındaki entegrasyona yönelik ülke analizi ve uygulama önerileri yer almaktadır (Safir S. ve ark., 2019). BBSH açısından yeni bir uygulama olan SHM; sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak, sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek, birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve bu hizmetlere ulaşımı kolaylaştırmak amacıyla kurulan çok amaçlı yapılardır (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı

Genel Müdürlüğü Web sayfası). SHM'lerin aktif hale gelmesi 2017 yılı sonlarında başlamıştır. Stratejik plan hedefi kapsamında 2018 itibarıyla 192 olan SHM sayısının 2023'te 275'e çıkarılması hedeflenmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022). Aile hekimleri ile SHM'ler tarafından bütünleşik hizmet olarak tanımlanan BOH izlenmesine yönelik hizmetler için (beslenme danışmanlığı, kronik hastalıklar ve fiziksel aktivite danışmanlığı, ruh sağlığı danışmanlığı, tütün ve madde kullanımı danışmanlığı vb.) ayrıntılı algoritmalar oluşturulmuştur. Ancak, bu algoritmalarda, kişiler ya doğrudan SHM'ye başvuracak ya da aile hekimleri tarafından sözlü olarak yönlendirilecektir. Başka bir ifadeyle, aynen kanser taramalarında olduğu gibi, toplumdan uzak, sorumluluğu bireye devreden ve başvuruya dayalı bir hizmet planlaması anlayışı devam etmektedir. Sağlık Bakanlığı, 2015 yılında toplum temelli kanser tarama programlarını başlatarak aile hekimlerini de sisteme dahil etmiş ve o tarihten itibaren kanser taraması yapılan kişi sayısı artmıştır. Ancak bu uygulama da fırsatçı tarama olduğu için hedef grubun takibi yapılmamakta ve taranmayanlara ait bilgi bulunmamaktadır (TTB, 2019). TTB Aile Hekimliği Kolu tarafından yapılan anket çalışmasında, haftada 300'ün üzerinde hasta bakan 466 aile hekiminin %58'i bir hafta boyunca 10'un altında hastaya kanser taraması önerdiğini belirtmiştir. Bu da fırsatçı tarama için bile aile hekimlerinin gerek iş yükü gerekse uygulamayla ilgili sorunlar nedeniyle çok da etkin olmadıklarını göstermektedir (TTB, 2019). Mersin'de SHM'lerde yürütülen hizmetlerin değerlendirildiği kalitatif bir araştırmada aile hekimlerinden resmi bir sevk mekanizmasının olmadığı, sağlık istatistiklerinin tutulmadığı, sağlık kayıtlarının girilebileceği merkezi bir sistemin olmadığı, her birimde SB tarafından ilgili mevzuatta tanımlanmış tüm birimlerin olmadığı, fiziki altyapı ve kapasiteye ilişkin problemler, coğrafi ulaşılabilirlik ve bilinirlikle ilgili erişim sorunları olduğu belirlenmiştir (Öztürk ve Söyler, 2021). DB'nin ülkemiz için hazırladığı BBSH'nin bütünleşik sağlık modeli yoluyla iyileştirilmesi raporunda tüm BOH'un tanı, tedavi ve izlem süreçlerinde yaşanan sorunlar için çözüm önerileri sunulmuştur. Aile hekimlerinin sayısal olarak artırılması, performansa dayalı ödeme ile teşvik edilmesi, aile hekimleri ve SHM'ler arasında resmi uygulama anlaşmalarının yapılması, bilişim alt yapılarının yeniden düzenlenerek farklı bilişim sistemlerinin ortaklaştırılması ve sanal bakım hizmetlerinin yasal alt yapısının oluşturulması temel öneriler olarak sıralanmıştır (Safir S. ve ark., 2019). Aile hekimleri ile SHM'ler arasındaki entegrasyon iddiasında olan raporda BOH'un izlenmesi açısından, görev, yetki ve sorumlulukları belirlemek için önerilen iki kurum arasında mali olmayan hizmet anlaşmasının yapılmasıdır. Ekip hizmeti, entegrasyon, nüfusa hizmet gibi iddiaların dile getirilmiş olduğu raporda, bu amaçlara ulaşmanın yolu olarak sevk sistemi, bölge yönetimi, toplumdaki risklerin ortak hedefler doğrultusunda değerlendirildiği ortak yapılar değil de hizmet anlaşmasıyla çözüleceğini savunması aslında niyetin ne olduğunu sorgulamamıza neden olmaktadır. Raporda mali olmayan diye özellikle vurgulansa da hizmet alımı anlaşmalarının nereye evrildiği ülkemiz sağlık ortamında, özellikle hastane hizmetleri açısından örneklerini ve tarihi seyirlerini izlediğimiz modellerdir. İşbirliği ya da koordinasyon anlaşmaları, Amerika Birleşik Devletleri kaynaklı yayınlarda da BBSH'de hekimlerle hemşire ya da eczacılar arasında yapılan ve hizmet alımı için yaygın olarak kullanılan bir modeldir (Ritter ve ark., 2020; Brendan ve Maryann, 2019). SHM'den hizmet alımıyla başlayan bu süreç, kolaylıkla özel sektörden de hizmetin alındığı bir modele evrilebilir. DB'nin COVID- 19 sonrası "Temel Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Hayal Edilmesi" raporunda da stratejik satın alma politikalarından yararlanılarak, TSH sunumu için özel sektörle iş birliği yapılabileceğinin altının çizilmesi bu görüşü destekler niteliktedir (Barış ve ark., 2019). Türkiye için hazırlanan DB raporunun önerileri arasında yer alan, sanal bakım hizmeti BOH izlenmesinde hastanın bakım yükünü paylaşabilecek ve böylece hekimle yüz yüze bakım ihtiyacını azaltacak, çok disiplinli ekip tarafından yürütülecek bir hizmet olarak tanımlanmaktadır. Tanımlanan ekiplerden, hastaların bakım hizmeti talep etmesini beklemeden sanal ortamda danışmanlık hizmeti vermeleri, bu sayede hastanın kendi

hastalığı sürecinde sorumluluk alması beklenmektedir. İlk bakışta bu uygulama koruyucu hizmetler açısından, ekip yaklaşımına dayalı hastaya danışmanlık hizmetinin verildiği ve böylece tedavi edici hizmetlerle entegrasyonun sağlandığı bir yaklaşım olarak değerlendirilebilir. Ancak, sanal sağlık hizmetinin, bireyselleştirilmiş sağlık anlayışına dayandığı, sağlık sürecine pasif katılımcılar değil, kişiselleştirilmiş ürün ve hizmetler talep eden tüketici davranışı gösteren kişilerin artışına neden olarak pazarı büyütme dayalı neoliberal bir yaklaşım olduğu da gözden kaçırılmamalıdır (Zencir, 2021). Ayrıca, dijital sağlık hizmetlerinin uzmanlaşmış emek gücüne gereksinimi azaltarak maliyet etkinlik stratejisi olarak kullanıldığı, emek gücünün inisiyatifini azaltarak mesleki otonomi kaybına neden olacağı ve erişimin güç olduğu gruplara hizmet sunmayı arttıracığı iddia edilse de kentli üst ve orta sınıflara yönelik bir hizmet sunumu olduğu unutulmamalıdır (Özkan, 2017). Görüldüğü gibi Aile Hekimliği Modeli, BOH'un önlenmesi, izlenmesi açısından bir iyileşme sağlayamadığı gibi, gündeme gelen yeni öneriler de koruma ve tedaviyi entegre etme iddiasında olsa da toplumun ihtiyacına cevap vermekten uzak, sağlıkta eşitsizlikleri azaltma hedefinden ziyade sağlıklı olma durumunun da piyasa dinamikleri açısından tanımlandığı bir yaklaşımı içermektedir (Çiçeklioğlu, Şevik, 2023).

Üreme sağlığı hizmetleri BBSH'nin köklü ve temel bir bileşenidir (Beaman ve Schillinger, 2019). Birinci basamakta sunulan nitelikli üreme sağlığı hizmetleri koruyucu ve tedavi edici bakıma erişimi iyileştirme ve sağlık eşitsizliklerini azaltma gücüne sahiptir (Cappiello ve ark., 2016). Nitekim, DSÖ de üreme sağlığı hizmetlerinin, yaşam boyu sağlık ve iyilik hali için kritik bir önem taşıdığını kabul ederek, birinci basamak sağlık hizmetleri içinde ve evrensel erişim prensibiyle sunulması gerektiğini belirtir; ancak açıklama şu sloganla devam eder: "Cinsel sağlık ve üreme sağlığı olmadan evrensel sağlık kapsamı olamaz" (DSÖ web sayfası, 2022). Bu sloganla uyumlu bir şekilde yayımlanmış olduğu "Birinci basamak sağlık hizmetleri yaklaşımı ile evrensel sağlık kapsamı bağlamında cinsel sağlık ve üreme sağlığına evrensel erişimin sağlanmasına yönelik kritik husus ve eylemler" isimli rehberde, üreme sağlığı hizmetlerinin kapsamlı bir şekilde sağlık sigorta paketine dahil edilmesi hakkında politikalara yönelik önerilerde bulunur (WHO, 2022). Doğum öncesi bakım, sağlık çalışanı yardımıyla doğumlar ve sezaryen doğumlar gibi hizmetler, DSÖ tarafından her ne kadar ücretsiz sağlık bakımı kapsamında verilen hizmetlere örnek olarak sunulmuşsa da DSÖ'ye ait "Ücretsiz Sağlık Bakımı Politikaları: Evrensel Sağlık Kapsamı İçin Fırsatlar ve Riskler" isimli politika metninde ücretsiz sağlık bakımı politikalarının evrensel sağlık kapsamı hedeflenen yolda bir ara basamak olduğu açıkça belirtilmekle beraber, çeşitli hizmetlerin ücretsiz sağlık bakımı kapsamında olmasının daha geniş kapsamlı sigorta paketlerini tercih etmeye yönelik caydırıcı bir etkiye sahip olma ihtimali evrensel sağlık kapsamı için bir risk olarak değerlendirilmektedir (Mathauer ve ark., 2017). Kadınların %26,3'ünün istihdam edildiği, %37,1'inin kayıt dışı çalıştığı, çalışmayan evli kadınların da sağlık sigortası açısından büyük ölçü de eşlerine bağımlı olduğu ülkemizde, DSÖ'nün teşvik ettiği sigorta odaklı ve birinci basamakta sunulan üreme sağlığı hizmetlerinin daha derin eşitsizliklerle sonuçlanma ihtimali ortadadır (TÜİK, 2022; Yalçın, 2021). SDP, evrensel sağlık kapsamına benzer şekilde, finansmanı sigortaya dayanan bir sağlık sistemi odaklıdır ve esasen büyük ölçüde birinci basamak örgütlenmesini dönüştürmüştür. Sağlıkta dönüşüm politikalarıyla beraber birinci basamakta sunulan üreme sağlığı hizmetlerine küresel neoliberal sağlık politikalarının izleri özellikle, niteliğin önüne geçen nicelik olarak yansımıştır. SDP ile koruyucu ana çocuk sağlığı hizmetlerinin iyileştirildiği sıklıkla yinelenmiştir; ancak bu iyileşmenin niteliği ve yıllar içindeki değişimi daha yakından değerlendirilmelidir (Kaya ve ark., 2019). Üreme sağlığı hizmet sunumunda, SDP ile etkisini hissettiren küresel neoliberal politikalardan ziyade, öncelik hak temelli yaklaşım olmalıdır. Halbuki "hizmetten yararlanan birey hizmetin merkezine yerleştirilmeli ve ilke olarak hizmetler bu bireylerin ihtiyaç, talep ve beklentilerine dayandırılmalı" (Akdağ, 2012) söylemi, bireyselliği ve talebi ön plana çıkararak hak temelli söylemin karşısında yer almakta, devletlerin üreme sağlığı ve cinsel haklar adına

yükümlülüklerini yok saymaktadır. Üreme sağlığı ve cinsel haklar kapsamında sıralanan haklardan en temeli, yaşam hakkıdır. Önlenebilir nedenli anne ölümlerini önlemek, yaşam hakkı adına bir üreme sağlığı yükümlülüğüdür. Ülkemizdeki anne ölümleri, 2005-2019 yılları arasında %54 azalmış olmakla beraber, 2010 yılından sonra yakalanmış olan ivme sürdürülememiş, ciddi bir düşüş yaşanmamış ve 2019 yılı anne ölüm oranı yüz bin canlı doğumda 13,1 olarak hesaplanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021). Sağlık İstatistikleri Yıllığı'nda 2020 yılı için anne ölüm oranı yüz bin canlı doğumda 13,1 olarak hesaplanmış; ancak COVID-19 kaynaklı anne ölümleri hesaplamaya dahil edildiğinde ise bu oranın yüz bin canlı doğumda 19,9 olduğu bir not olarak ilştirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2022). Anne ölümleri açısından bölgeler arası eşitsizlik sürmektedir; yıllar içinde anne ölümlerinin en fazla olduğu bölgenin Kuzeydoğu Anadolu, en düşük olduğu bölgenin ise Batı Anadolu olduğu gerçeği değişmemiştir. Ülke genelindeki veri anne ölümlerinde bir azalışa işaret ediyor olsa da anne ölümlerinin yıllar içindeki dağılımı incelendiğinde Orta Anadolu Bölgesi'ndeki anne ölümlerinin 14 yılda, 2,05 katına çıkması, 2015-2019 yılları arasında ise Orta Anadolu, Doğu Karadeniz, Kuzeydoğu Anadolu, Ortadoğu Anadolu bölgelerindeki artışlar dikkat çekmektedir. Anne ölümlerinin nedenleri, önlenebilir ve önlenemez nedenler olarak gruplandırılıp bölgesel dağılımları incelendiğinde de eşitsizliklerin sürdüğü görülecektir. Önlenebilir nedenlere bağlı anne ölüm oranının en yüksek olduğu bölgeler, Ortadoğu Anadolu, İstanbul ve Güneydoğu Anadolu'dur (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021). İstanbul, anne ölüm oranının en düşük olduğu bölgeler arasında yer almasına rağmen, anne ölümlerinin yarısından fazlasını önlenebilir sebeplere bağlı ölümlerin oluşturması İstanbul'da sağlık hizmeti sunumunda yaşanan eksikliklere işaret etmektedir. Anne ölümlülüğünde azalma ivmesinin sürdürülememesi, bölgelerarası eşitsizliklerin devam etmesi, anne ölümlerinde önlenebilir sebeplerin hala yüksek oranda yer tutması, anne sağlığına ilişkin nicelik odaklı göstergeler iyileşse de sunulan bakımın niteliğinin yeterli olmadığına işaret etmekte, anne sağlığı ve koruyucu hizmetlerde öne sürülen iyileşmeye şüpheyle yaklaşmayı gerektirmektedir. Türkiye'de önlenebilir herhangi bir risk kategorisinde bulunan doğumların oranı %35,2'dir ve hiçbir risk kategorisinde bulunmayan doğumların oranından yüksektir (HÜNEE, 2019). Birinci basamakta gerçekleştirilen 15-49 yaş kadın izlemleri, anne ölümlerinin sık karşılaşılan risk faktörlerinden 35 yaş üstü gebelikler, iki yıldan az gebelik aralığı ve grandmultipariteye karşı uygulanabilecek yüksek riskli gebelik davranışını azaltıcı koruyucu müdahaleler açısından bir fırsat alanıdır (Özvarış, 2023).

Ne yazık ki bu izlemler, başvuruya dayalı yürütülmekte ve izlenenlerin nüfusa oranı azalmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2022). Performans göstergeleri ve artan iş yükü, sunulan hizmetler arasında bir seçime sebep olarak bakımın niteliğinin azalması veya 15-49 yaş kadın izlemleri gibi performans dışı hizmetlerin göz ardı edilmesiyle sonuçlanmaktadır (Dayı, 2019). Birinci basamakta aile planlaması danışmanlığı hizmeti verilmesinin kadınların yöntem kullanma ihtimalini arttırdığı bilinmektedir ve 15-49 yaş kadın izlemleri nitelikli gerçekleştirildiği takdirde aile planlaması danışmanlığı hizmetinin daha yaygın ve erişilebilir hale gelmesi için de uygun ortamı sağlayacaktır (Lee ve ark., 2011). TNSA 2018 verilerine göre, herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanan kadınların oranı 2013'e göre %3,5 azalarak %69,8'e düşmüştür. Bu düşüş aslen geleneksel yöntem kullanımındaki düşüşe bağlı olarak gerçekleşmiş, modern yöntem kullanımında artış gerçekleşse de geleneksel yöntem kullanımındaki düşüşü karşılayacak bir artış yaşanmamıştır. Bu nedenle geleneksel yöntem kullanımındaki düşüşün kadınların yöntem kullanmayı bırakması kaynaklı olduğu düşünülmektedir (Bilgili ve Özyurt, 2020). Kadınların yöntem kullanmayı bırakmaları, "Ailenin ve Dinamik Nüfus Yapısının Korunması Programı Eylem Planı 2014-2018" aracılığıyla da açıkça belirtilen pronatalist politikalar nedeniyle aile planlaması hizmetine erişimin çeşitli basamaklarında karşılaşılan engellere bağlıdır (Kalkınma Bakanlığı, 2015). Birinci basamakta uygun, çeşitli ve yeterli aile planlaması

yöntemi sunumunun gerçekleştirilemediği pek çok farklı çalışmada dile getirilmiştir (Dayı, 2019; Topgül ve ark., 2017; Yücel ve ark, 2020; Akın ve Özvarış, 2020). TNSA 2018 verilerine göre, karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının 2013-2018 yılları arasında %6'dan %12'ye yükselerek 2 katına çıkması, yöntem kullananlar arasında yöntemi kamudan temin edenlerin oranının bu yıllar arasında %4 azalarak, %52'ye gerilemesi ve kamu sektöründe yöntemin en sık temin edildiği yerin birinci basamak değil de devlet hastaneleri olması birinci basamakta sunulan aile planlaması hizmetlerinin yetersiz olduğunu destekler niteliktedir. Kamuda en sık yöntem temin edilen yerin devlet hastaneleri olması, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020'de belirtilen ÇEKÜS birimi sayısındaki azalmayla birlikte değerlendirilmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2022).

Birinci basamakta aile planlaması yöntemine erişimin çeşitli şekillerde kısıtlanması, sağlık eşitsizliklerini arttırmakta, bireyin vücudu üzerinde karar verme özgürlüğünü sınırlandırarak bir insan hakkı ihlaline sebep olmaktadır. Birinci basamak, hizmetin sürekliliğinin sağlanması, eşitsizlikleri azaltıcı yapısı, hekimler ve ebeler arasında ekip çalışması gibi özellikleriyle, toplum tabanlı doğum öncesi bakım hizmetinin verilmesi için en uygun yerdir. Gelgelelim ülkemizde doğum öncesi bakıma daha çok hastaneler aracılığıyla ulaşıldığını düşündüren pek çok çalışma vardır (Yücel ve ark., 2015; Durusoy ve ark., 2011; Demir ve Özdemir, 2021). Türkiye'de uzman ya da nitelikli bir kişiden doğum öncesi bakım alma oranı TNSA 2013'e kadar sürekli artış göstermesine rağmen TNSA 2018'de %1'lik bir azalışla %0,6'ya gerilemiştir. Gebeliğin ilk üç ayında doğum öncesi bakım alma oranı ve dört veya fazla sayıda doğum öncesi bakım alma oranı da 2003-2013 yılları arasında belirgin yükselmiş olsa da 2013-2018 yılları arasında aynı ivmeyi sürdürememiştir. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020'de paylaşılan gebe tam izleme oranlarına ilişkin veriler ise 2019-2020 yılları arasında %2,1'lik bir düşüşe işaret etmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2022). Bu düşüşün en azından bir bölümü pandeminin etkisiyle gerçekleşmiştir; fakat pandeminin doğum öncesi bakıma erişim üzerindeki etkisi ancak 2020 sonrası verilerinin sunumuyla daha açık bir şekilde ortaya konulabilir (Özvarış, 2023).

Ülkemizde doğum öncesi bakım alma yüzdeleri yüksek seyretmesine rağmen TNSA verileri alınan bakımın niteliğine yönelik soru işaretleri yaratmaktadır. TNSA 2013'te doğum öncesi bakımın bileşenleri; demir hapı/şurubu takviyesi, gebelik sırasında gelişebilecek komplikasyonlara ilişkin bilgi alma, tansiyon ölçümü, idrar tahlili, kan tahlili, kilo ölçümü, ultrason çekimi, karnın dışarıdan elle muayenesinin yapılması ile tetanos aşısı olarak belirlenmiştir. Doğum öncesi bakım bileşenlerinden en düşük oranda gerçekleştirilenler doğum öncesi gebelik komplikasyonlarıyla ilgili bilgi alma (%67,6) ve karnın dışardan elle muayenesinin yapılması (%72,8) iken en yüksek oranda gerçekleştirilen doğum öncesi bakım bileşeni ise ultrason çekimidir (%98,4) (HÜNEE, 2014). TNSA 2018'de doğum öncesinde gebelik sırasında gelişebilecek komplikasyonlar hakkında bilgi alma, karnın dışardan elle muayenesinin yapılması ve kilo ölçümü doğum öncesi bakımın bileşenleri olarak değerlendirilmemiş, bu bileşenlere ilişkin veri sunulmamıştır. Doğum öncesi bakımın bileşenlerinin değerlendirilmesi için seçilen ölçütlerde iki TNSA arasındaki bu değişim, hekimin hastayla birebir iletişim ve temasta olduğu ve niteliğe ilişkin durumların ölçüt olarak geri planda kalmasının ve sağlık hizmetinin neoliberal politikalara uygun olarak esasen tetkik ve cihaz kullanımı üzerinden niceliksel olarak değerlendirilmesinin güzel bir örneğidir. TNSA 2018'de TNSA 2013'e göre tetkiklerde artış izlenirken demir hapı veya şurubu kullanımının %4,8 gerileyerek %81,2'ye düştüğü görülmekte ve hem sosyoekonomik hem de bölgelerarası eşitsizlikler devam etmektedir (HÜNEE, 2018). 2015-2019 yılları arasında anne ölümlerinin zamana göre dağılımı incelendiğinde ölümlerin %69,2'sinin lohusalık döneminde gerçekleştiği görülmektedir. Bu ölümlerin %14,2'si doğumdan sonraki 48 saat – 1 hafta arasında gerçekleşirken, %32'si doğum sonrasındaki 1 hafta – 42 gün arasında gerçekleşmektedir. Lohusalık döneminde (1 hafta – 42 gün arasında) en çok görülen ölüm

nedeni kardiyovasküler hastalıklar ve hipertansiyondur. 2015-2019 yılları arasında ölüm nedenlerinin dağılımı, kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon ve emboli nedenli ölümlerin artışına işaret etmekte, bu nedenle hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar ve emboliye yönelik muayenelerin lohusalık izleminde atlanmaması gerekmektedir (T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021). Halbuki, Burdur’da 1 Ekim-31 Aralık 2019 tarihleri arasında doğum yapmış 567 kadınla gerçekleştirilen bir çalışmanın sonuçları, Aile Hekimliği Birimlerinde gerçekleşen lohusalık izlemi sırasında sırt, göğüs, baş ağrısı %59,1, çarpıntı/nefes darlığı ise %67,8 oranında sorgulanmamış; lohusalık bakımı alan kadınların %18,3’ünün fizik muayene sırasında tansiyonu ölçülmemiş, %28,7’sinin ise nabızı sayılmamıştır (Sütlü, 2021). Ülkemizde 2015-2019 yılları arasındaki anne ölümlerinin %8,2’si evde gerçekleşmiştir; ancak ölen annelerin sadece %1,2’si evde doğum yapmıştır (T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021). Bu veriler arasındaki fark, hastane taburculuğu sonrası takiplerde ve lohusalık izlemlerinde görünür bir soruna işaret etmektedir. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü’nün raporunda, bu durum, “ölen annelerin; hekimin ısrarına rağmen sağlık kuruluşlarından erken taburcu olması, evlerindeki lohusalık bakım ve izlemlerinin sağlık kuruluşlarındaki kadar etkin olmaması, lohusalık tehlike işaretleri konusunda yeterince bilgilendirilmemesi, toplumdaki statüsünün düşüklüğü gibi sosyoekonomik nedenler” ile ilişkilendirilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2015-2019 Türkiye Anne Ölümleri Raporu, 2021). Bu ifadeler genellikle ölen annenin ölümündeki bireysel sorumluluğuna vurgu yapmakla beraber, ifadelerde yer alan “evlerindeki lohusalık bakım ve izlemlerinin sağlık kuruluşlarındaki kadar etkin olmaması” birinci basamağın nitelikli bir lohusa izlemi yapma sorumluluğunu yok saymakta, “gebenin lohusalık tehlike işaretleri hakkında yeterince bilgilendirilmemesi” ise birinci basamakta sunulan gebelik ve lohusalık izlemlerinin niteliği hakkında soru işaretleri yaratmaktadır. Sütlü’nün çalışmasının sonuçlarına göre, lohusalara %2,6’sı aile hekimlerinden doğum sonrası bakım hizmeti almamıştır; %41,7’si ise lohusalık döneminde karşılaşılabilecekleri acil durumlar hakkında bilgilendirilmemiştir (Sütlü, 2021). Üreme sağlığına yönelik koruyucu hizmetlerde de SDP ile BBSH’de değişen paradigmanın etkileri izlenmekte, pek çok alanda niceliğin öncelendiği görülmektedir. SDP ile koruyucu ve ana çocuk sağlığına yönelik hizmetlerin iyileştiği iktidar tarafından sıklıkla dile getirilse de verilerin ışığında görülen odur ki niceliğe dayalı göstergelerdeki iyileşme ivmesi azalmakta, BBSH’de bölgeler arası eşitsizlikler sürmekte, niceliksel iyileşme bakımın niteliğinde iyileşme anlamına gelmemektedir. Birinci basamak erişilebilirlik ve süreklilik açısından üreme sağlığı hizmet sunumu için en uygun yer olmasına rağmen yoğun iş yükü altında performans dışı hizmetlerin göz ardı edilmesi, aile planlaması yöntemlerinde olduğu gibi tedarikle ilgili sorunlar, niceliğe dayalı göstergeler sebebiyle niteliğin geri planda kalması ile ikinci ve üçüncü basamağa kayan talep gibi sebeplerle bu köklü ve temel fonksiyonunu tam anlamıyla yerine getirememektedir. Sonuç Tüm dünyada BBSH’de değişimin önerildiği dönemde, ülkemiz sağlık ve siyaset ortamı da birinci basamak sağlık sistemi için yeni dönüşüm fırsat ya da tehditlerinin olacağı bir sürece doğru ilerlemektedir. Bu süreçte, özellikle uluslararası literatürde önerilen bireye ve topluma sunulan koruyucu hizmetlerin entegrasyonu uygulamalarını takip etmek oldukça değerlidir. Ancak, ülkemiz için uluslararası topluluğun reçete olarak sunduğu tek tipleştirilmiş, toplumdan uzak ve bireysel olarak sağlığın tüketimine dayalı politikaların yarattığı sonuçlar ortadadır. Bu deneyimden yola çıkarak, tarihsel deneyimlerimizin ışığında, kamusal olarak finanse edilen ve kamu kurumlarında sunulan, sağlık emek gücünün ve toplumun karar mekanizmalarında yer aldığı bir BBSH talebinden vazgeçmememiz gereklidir (Özvarış, 2023).

Sağlık Bakanlığı’nın Dünya Bankası’nın direktifleri ile BBSH alanında yarattığı tahribat kadar bu politikanın bir parçası olarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden fiilen çekilmesi, 2011 yılında Resmi Gazete’de yayınlanan 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile kurulan

“Kamu Hastane Birlikleri” ile hayata geçirilmeye çalışılması da sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunların derinleşmesinde etkili olmuştur. Aslında, Sağlık Bakanlığı, kamu hastane birliklerini 2007 yılında “Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı” ile kurmaya çalışmış; ancak daha sonra bu tasarıdan vaz geçerek (aslında erteleyerek) uygulamayı 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile başlatmıştır. 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı sağlık hizmeti sunmaktan alıkonularak, düzenleyici ve denetleyici bir bakanlık haline getirilmiş; “Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu” adıyla Bakanlığa bağlı bir kuruluş oluşturularak devlet hastanelerinin illerde kurulacak hastane birliklerine devredilmesinin yolu açılmıştır. Bu tutumun SDP’nin 2003 yılında duyurulan birinci bileşeni ile tutarlı olduğu açıktır. Asıl niyeti gösteren belge 663 sayılı KHK değil, 2007 yılında TBMM’ye sevk edilen “Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı”dır. Kanun tasarısı hem TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu hem de TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu tarafından kabul edilmiştir. Tasarı genel olarak devlet hastanelerinin yönetiminin bir müteveli heyete devredilmesi, tüm personel ile hekimlerin de sözleşmeli olarak iş güvencesinden yoksun çalıştırılması, kamu hastanelerinin sınıflandırılması ve hastanelerin kendi gelirleriyle yaşamaya zorlanması yaklaşımını benimsemektedir (Pala, 2009). Hastaneleri yönetmek üzere oluşturulan müteveli heyetlerde İl Genel Meclisi tarafından belirlenen iki üye (hukukçu ve mali müşavir/muhasebeci), Vali tarafından belirlenen bir üye (işletme/iktisat/maliye), Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen bir üye (hekim), Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen bir üye (dört yıllık yüksek öğrenim mezunu), Ticaret Odası tarafından belirlenen bir üye ve İl Sağlık Müdürü/yardımcısı yer alacaktır. Müteveli heyette yer alan yedi üyeden yalnızca birinin hekim olma zorunluluğu bulunmaktaydı (TBMM, 2007). Üyelerinin niteliğine bakıldığında; bu yapının kamu hastanelerinde özerkliği sağlamasının mümkün olmadığı açıktır. Üstelik, Ticaret Odası temsilcisinin de içerisinde yer aldığı bu yapı kamu hastanelerinin ticari bir işletmeye dönüştürülmek istendiğinin de açık kanıtıdır. Yasa tasarısında en dikkat çeken maddelerden birisi de müteveli heyetlerine hastane arsasının ve binalarının kiralama ve satma yetkisinin verilmesiydi. Bu yapının 663 sayılı KHK ile gündeme getirilmemiş olması bir “vazgeçme” olarak değil, yalnızca bir “erteleme” olarak algılanmalıdır. Çünkü AKP Hükümetlerinin amacı tasarıda gün yüzüne çıktığı biçimiyle çok açıktı. Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı, AKP’nin sağlık alanının özelleştirilmesi girişiminin bir parçasıdır. Hükümet, 2008 yılının son gününde Resmi Gazete’de yayımladığı Avrupa Birliği Müktesebatının Üstlenilmesine İlişkin Türkiye Ulusal Programı’nda, bu durumu “özelleştirme vizyonu çerçevesinde önümüzdeki dönemde devletin sağlık alanındaki payının azaltılması” hedefi biçiminde açık olarak ortaya koymuştur (Resmi Gazete, 2008). 663 sayılı KHK ile Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Genel Müdürlüğü, Sıtma Savaşı Daire Başkanlığı, Verem Savaş Daire Başkanlığı ve Kansere Savaş Daire Başkanlığı gibi birimler Sağlık Bakanlığı’nın merkezi örgüt yapısında yer almamış, daha önce üç olan müsteşar yardımcısı sayısı beşe çıkartılmış ve “Bakanlığın sağlık sistemi yönetimi ve politika belirleme ile ilgili temel görevlerini yerine getirmek üzere” Sağlık Politikaları Kurulu adıyla bir kurul oluşturulmuştur. 663 sayılı KHK ile taşra örgütlenmesinde de değişikliğe gidilmiş ve ilçe sağlık müdürlüklerinin kurulması, kurulmadığı yerlerde ise sağlık grup başkanlıklarının oluşturulması sağlanmıştır. Bağlı kuruluşların da kendi taşra örgütleriyle hizmet sunması (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu’nun halk sağlığı müdürlükleri tarafından, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’nun kamu hastane birlikleri tarafından) karar altına alınmıştır. Ancak, bu karar ile taşra örgütünde üç başlı bir yönetim (il sağlık müdürlüğü, il halk sağlığı müdürlüğü ve il kamu hastane birliği) yapısı ortaya çıkmıştır. Bakanlık örgüt yapısı içerisinde yer alamayan müdürlük ve daire başkanlıkları ise genel olarak Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (örneğin sıtma ile ilgili hizmetler, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Dairesi Başkanlığı içerisinde yer almaktadır) çatısı altında toplanmıştır. Bu dönemde, Dünya Bankası’nın önerisiyle, artan sağlık hizmetleri maliyetleriyle mücadele

ederken kamu hastanelerinin inşasında ve yönetiminde maliyetleri kontrol etmek ve hizmeti iyileştirmek için yenilikçi bir yol (World Bank, 2003) ve küresel sermayeye yeni ve büyük bir kaynak aktarmanın aracı olarak, daha sonra şehir hastanesi adını alacak kamu-özel ortaklığı modeli de gündemde giderek artan biçimde yer almaya başlamıştır. Dünya Bankası, artan bütçe baskısı altındaki hükümetlere daha yüksek kaliteli sağlık hizmetlerine erişimi genişletmenin bir yolu olarak, sermayeden, yönetsel kapasiteden ve özel sektörün bilgi birikiminden yararlanmak için kamu-özel sektör ortaklıklarına yönelmelerini öneriyordu. Bankanın önerileri arasında ‘hastanelere özel sektörün katılımı için seçenekler’ başlığında yer alan “yeni devlet hastanesinin özel finansmanı, inşaatı ve işletilmesi” seçeneği benimsenerek yasal düzenlemelerden başlanarak uygulamaya konulmuştur. Kamuya ait sağlık tesislerinin “kiralama” karşılığı yaptırılabilmesine ilişkin ülkemizdeki ilk düzenleme 1987 yılında çıkarılan 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na 2005 yılında AKP’nin bir madde (Ek Madde 7) eklemesiyle yapılmış, ardından bir yönetmelik (2006) ve yeni bir yasa (2013) çıkartılarak kiralamanın kapsam ve içeriği ayrıntılı olarak belirlenmiştir. Bu düzenlemeler ülkemizde ilk önce “Entegre Sağlık Kampüsü”, sonra “Sağlık Kampüsü”, ardından “Kamu-Özel Ortaklığı”, daha sonra “Kamu-Özel İş birliği” adıyla anıldıktan sonra, en son olarak “Şehir Hastanesi” adıyla toplumun karşısına çıkartıldı (Pala,2023).

AKP’li yıllarda Sağlık Bakanlığı’nın işlevi tartışılırken ele alınması gereken konulardan birisi de emek gücünün istihdamı sırasında taşeronlaştırmanın yaygınlaştırılmasıdır. Sağlık Bakanlığı’na bağlı kurumlarda istihdam edilen taşeron işçi sayısı 2002’de 11 bin iken (Sağlık Bakanlığı bünyesinde istihdam edilenlerin %4,3’ü) bu sayı 2017’de 167 binin üzerine çıkarılmış; Sağlık Bakanlığı’nda çalışanların dörtte birinden fazlası taşeron firmalar aracılığıyla istihdam edilmiştir (Demircan, 2017). Bu oranın bazı tıp fakültesi hastanelerinde çok daha yüksek olduğu da bilinmektedir. Sağlık Bakanlığı bünyesinde hizmet alım sözleşmesi kapsamında çalıştırılmakta olan taşeron işçilerden 148 bininin 24 Aralık 2017 tarih ve 696 sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile 2018 yılında sürekli işçi kadrosuna geçişleri sağlanmışsa da (Anadolu Ajansı, 2018), 2021 yılında 12 binin üzerinde emekçinin halen taşeron şirketlerde istihdam edilmekte olduğu açıklanmıştır (BirGün, 2021). Taşeronlaştırma bir yanıyla taşeron firmalarda çalışmak zorunda kalan emekçilerin güvencesiz, zor koşullarda ve uzun süre çalışması; diğer yanıyla da görevin gerektirdiği nitelikleri taşımayan kişilerin çalıştırılması nedeniyle sağlık hizmeti alanların da sıkıntı yaşaması anlamına gelmektedir. Taşeronlaştırma sonucunda, taşeron şirketlerde çalışanlar Kırım Kongo Kanamalı Ateşi ve domuz gribi vb. hastalıklar yüzünden sağlık emekçileri içerisinde en fazla zarar gören/ölen kesimi oluştururken; toplum da gerek yoğun bakımlardaki bebek ölümlerinde gerek hastane yangınlarında gerekse de sosyal hizmetlere bağlı esenlendirme kuruluşlarında ortaya çıkan sorunlarda taşeronlaştırma gerçeği ile karşı karşıya kalmıştı (Pala, 2009).

Dünya Bankası projesine uyum içinde neoliberal sağlık reformlarını gerçekleştirebilmek amacıyla Sağlık Bakanlığı’nın yapılanmasında birbiri peşi sıra önemli değişiklikler gerçekleştirilmiştir. Örneğin, Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi’nin işlevi değiştirilmiş, Bakanlık bünyesinde Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı kurulmuştur. SDP sonrasında Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi “Rekabetçi uygulamalar aracılığıyla sağlığın iyileştirilmesi ve hastalığın kontrolüne yönelik yerel inisiyatifleri ve yaklaşımları desteklemek üzere” kurulan “Toplum Sağlığı Fonu”nun uygulayıcı birimi olarak görevlendirilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004). Hıfzıssıhha Mektebi ayrıca “Flagship Programı” gibi etkinliklerle bir yandan üst düzey politikacılara yönelik politika seminerleri gerçekleştirmiş, diğer yandan da toplumu sağlık reformları ile ilgili olarak ikna etmek amacıyla “Sağlık Reformunun Doğru Yapılması” benzeri yayınlarla propaganda faaliyeti yürütmüştür. 5.Flagship Kursları Dünya Bankası, neoliberal sağlık reformlarının hayata geçirilmesini kolaylaştırmak amacıyla “Politika diyalogunu ve teknik kapasiteyi geliştirmek için bilgi paylaşımı” yaklaşımıyla

Flagship kursları düzenlemektedir. Kurs, sağlık sektörleri ile ilgili üst düzey bilgileri güncellemek ve paylaşmak için yapılandırılmış bir sağlık sistemleri okuryazarlığı dersi olarak tanıtılmaktadır (World Bank, 2022). Kursun ilki 1997 yılında düzenlenmiş ve günümüzde bu kurslar Dünya Bankası tarafından Dünya Sağlık Örgütü ve iki üniversitenin (Harvard ve Oxford) katılımı ve neoliberal reformların uygulamaya konulacağı ülkelerin sağlık bakanlıklarının iş birliğiyle sürdürülmektedir. Kursların düzenlenmesinde görev alan dört kişi (Marc J. Roberts, William Hsiao, Peter Berman ve Michale R.Reich) kursun arka plan dökümanlarını bir kitap haline dönüştürdüler ve kitap “Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity” orijinal adıyla, 2002 yılında, Oxford Üniversitesi tarafından yayımlandı. Yazarlar kitabı “Dünya çapında sağlık sektöründeki karar vericilere uzun yıllardır verilen kurslar ve seminerler ile farklı hükümetlerle kurdukları danışmanlık ve öneri sunma ilişkilerini temel alarak” hazırladıklarını açıkladılar (Roberts et al., 2003). Yazarlardan, örneğin Peter Berman, Türkiye’de reformun danışmanlığını yapan kişilerden birisidir ve SDP’nin hazırlanmasında etkin bir rol üstlenmiştir. Yazarlar, ön sözde kitabı yazma amaçlarını “kendilerini sağlık sektörü reformuna kapılmış hissedenlere yardımcı olmak” biçiminde belirtiyorlar. Çünkü “reform çabalarının çoğunluğu ümit kırıcı sonuçlar vermekte” ve reform sonrasında “hastalar halen yetersiz hizmetten, doktorlar düşük maaşlardan ve bütçe yapıcılar ise sağlık sektörünün maliyetlerinden” şikayet etmektedir. Kitap, Sağlık Bakanlığı tarafından, 2004 yılındaki baskısından Türkçeye çevrilerek 2009 yılında yayımlanmıştır. Kitabın Türkçe çevirisi “Sağlık Reformunun Doğru Yapılması” adıyla basılmıştır (Roberts et al., 2009). Çeviri kitabın ilginç bir özelliği, sanki özgün bir Türkçe yayınmış gibi, içeriğinde “Baş Editör”, “Editörler”, “Yayına Hazırlayanlar” ve “Redaktörler” adlarının yer almasıdır. Kitabın “Baş Editörü” zamanın Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ’dır. Gerek baş editörün, gerekse de editörlerin kitabın hazırlanmasında nasıl bir işlevleri olduğu merak konusudur. Kitap neoliberal sağlık reformlarının gerçekleştirilmesi amacına yönelik olarak reform savunucularına pek çok öneride bulunmaktadır. Kitapta “sağlam bir siyasi analist” tarafından muhaliflere karşı yapılabilecekler içerisinde sıralanan “insanları onlar için çalışmaması ve onlara katkı sağlamaması yönünde teşvik ederek muhaliflerin kaynaklarını azaltmak; bunu yaparken grubun meşruiyetine, dürüstlüğüne veya motive edici kaynaklarına saldırmak” önerisi oldukça çarpıcıdır. Bu öneri neoliberal sağlık reformlarının her ne pahasına olursa olsun gerçekleştirilmesi gerektiğini açıkça ortaya koymaktadır. Üstelik söz konusu yazarlar “bu güç stratejiler, tüm durumlarda etkili veya etik olmayabilir” diyerek, önermelerinin etik dışı olduğunu dolaylı da olsa baştan benimsediklerini de açıklamakta herhangi bir sakınca görmüyorlar. 6.Geri Dönüş? SDP’nin aşama aşama uygulanması sırasında, 2011 yılında, 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı değiştirildi ve sermayeye kaynak transferine yönelik kamu özel ortaklığı, sağlık serbest bölgeleri gibi düzenlemelerin yanı sıra, sermayenin Bakanlıkta ve Bağlı Kuruluşlarda doğrudan temsiline yönelik kurullar ve yönetim biçimleri de oluşturuldu (Özçelik ve ark, 2012). Ancak altı yıl sonra bu değişiklikler büyük ölçüde geriye alınmak zorunda kaldı (Pala,2023).

2017 yılında, 694 sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile 663 sayılı KHK ile değiştirilen Sağlık Bakanlığı’nın örgüt yapısı büyük ölçüde eski haline geri döndürüldü. 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı’na “Bağlı Kuruluş” olarak örgüt yapısı içerisinde yer alan iki önemli kurum (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu) Bakanlığa bağlı birer genel müdürlük biçimine dönüştürüldü. Bu yapı ile Bakanlığın taşra örgütü temel olarak il ve ilçe sağlık müdürlükleri üzerinden yeniden örgütlendi. Hastanelerdeki finansman ağırlıklı “hastane yöneticisi” kavramından vazgeçildi ve geçmişte olduğu gibi, hastanelerin başhekim tarafından yönetilmesi yeniden benimsendi. 694 sayılı KHK’de yöneticilerin çok yüksek ücretlerle sözleşmeli olarak görevlendirilmesi uygulamasından ise vazgeçilmedi; il/ilçe sağlık müdürleri ve başhekimler de içinde olmak üzere halen görevde bulunan bütün sözleşmeli

kadrolarda çalışan kişilerin görevleri sona erdirilirken, on bine yakın yeni sözleşmeli personel kadrosu ilan edildi (Pala, 2021). 694 sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile yapılan değişiklik, kamu hastanelerinin “özerkleştirilmesi” yaklaşımından bir ölçüde geri dönüldüğü biçiminde yorumlanabilir. Çünkü, bağlı kuruluşların yeniden genel müdürlüğe dönüştürülmesi, Dünya Bankası’nın Türkiye için sağlık reformlarında istediği ve AKP hükümetlerinin 2003 yılından bu yana savunduğu “yönetimsel ve mali özerklik” yaklaşımının askıya alınması anlamına gelmektedir. Ancak 694 sayılı KHK ile AKP’nin neoliberal sağlık politikalarından geri dönmeye çalıştığı ile ilgili herhangi bir nesnel bulgu söz konusu değildir. Örneğin, “hizmet başı ödeme” anlayışına göre kurgulanmış bir performans sistemi sürdürülmektedir. Yoksul ve dar gelirlileri sağlık hizmetine erişmekten alıkoyan sorunlar ve karşılanamayan tıbbi gereksinimin azaltılması için herhangi bir önlemin alınmadığı da ortadadır. KHK’nin sağlık çalışanlarının yaşadığı temel sorunlar konusunda da (can güvencesi, iş güvencesi, gelir güvencesi ve mesleki bağımsızlık vb.) getirmiş olduğu herhangi bir çözüm bulunmamaktadır. Üstelik sağlıkta bir özelleştirme yöntemi olan, kamu özel ortaklığı ile yapılan altyapı yatırımlarının normal ihale yöntemlerine göre daha pahalı olduğu pek çok çalışmada ortaya çıkartılmış bulunan ve yurt dışındaki örnekleri hastaların ve kamunun yararına değil, finansörlerin yararına hizmet ettiğini açık olarak ortaya koyan şehir hastaneleri modelinden de vazgeçilmemiştir (Pala,2023).

Kamu-özel ortaklığı yöntemiyle kurulan ve işletilen hastanelerin sağlık hizmetleri sistemini eriten, özel ve kâr amaçlı hizmetler sunduğu ve bu hastanelerde sunulan sağlık hizmetinin odak noktasını insanın sağlığı değil, elde edilecek kârın oluşturduğu da bilinmektedir. Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi’ne geçilmesinin ardından, Sağlık Bakanlığı’nın görev, yetki ve sorumlulukları ile örgüt yapısı da bazı değişikliklere uğramıştır. İlk olarak, 2018’de yayımlanan 703 sayılı Anayasada Yapılan Değişikliklere Uyum Sağlanması Amacıyla Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile 663 sayılı KHK’nin adı “Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” olarak değiştirilmiştir. Sağlık Bakanlığı’nın örgüt yapısı ise Cumhurbaşkanlığı’nın ilk kararnamesi ile 2018’de yeniden düzenlenmiştir. Yapılan düzenlemelerle, Sağlık Bakanı halen Bakanlık örgütünün en üst yöneticisi olmakla birlikte, Bakanlığın hizmet sunumundan ve uygulamalarından artık Cumhurbaşkanı’na karşı sorumludur. Bakanlığa bağlı müsteşar ve müsteşar yardımcılığı kadroları kaldırılmış, bunun yerine bakan yardımcılığı kadroları getirilmiştir. Bilindiği gibi, müsteşar, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’na göre hiyerarşik kademelerden kariyer ve liyakat ilkeleri çerçevesinde yükselerek gelen en yüksek devlet memuruydu. Müsteşarlık görevine ancak bir kişi atanabilirken, bakan yardımcısının ise birden fazla atanabilmesi söz konusudur. Bakan yardımcılığı hakkında 657 sayılı Kanun’daki kariyer ve liyakat ilkeleri ile statü hukuku uygulanmamakta, ancak Kanun’un istisnai memurluğa ilişkin hükümleri uygulanmaktadır. Bakan yardımcılığı aynı zamanda, Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ile üst düzey kamu yöneticisi olarak belirlenmiştir. Bakan yardımcılığı arasında hangisinin hiyerarşik olarak daha üstte olduğuyla ilgili bir düzenlemeye ise yer verilmemiştir. Bakan yardımcılığı, kamu görevlileri arasından atanabileceği gibi kamu görevlileri dışından da atanabilmektedir. Bakan yardımcısının istisnai memur olarak düzenlenmesi nedeniyle bu kadroya atanma koşulları daha kolay olduğundan, bakan yardımcılığı uygulamasının bürokrasiden daha çok siyasi yönü ağır basan bir tarafı olduğu da tartışılmaktadır (Bölükbaşı, 2021). Üstelik bu düzenleme, kamu sağlık hizmetleri alanına, bu alana yabancı kişilerin tek kişinin kararıyla bakan yardımcısı olarak atanabilme olasılığını da ortaya çıkarmaktadır (Pala,2023).

Müsteşar ile bakan yardımcısının atanma usulü de tamamen farklıdır. Müsteşar müşterek kararname (ilgili bakanın, Başbakanın ve Cumhurbaşkanının imzalarının bulunduğu kararname) ile atanabilirken, bakan yardımcısı yürütmenin yegâne sahibi olan

Cumhurbaşkanı kararı ile atanmaktadır. Müsteşar atamasına ilişkin kararnamede, yürütmeyi oluşturan unsurların en önemli öğelerinin irade ve imzası bulunurken, bakan yardımcısı ataması bireysel işlem niteliğindeki Cumhurbaşkanı kararı ile yapılmaktadır. Yeni sistemde bakan yardımcısının atanmasında bakanın yetki ve iradesi bulunmamaktadır. Yeni sistemde bakana, bakanlıkta birlikte çalışacağı bakan yardımcısını belirleme konusunda herhangi bir yetki verilmemiştir (Bölükbaşı, 2021). Göze çarpan en önemli değişiklik, sağlık politikalarında karar vericiliğin Sağlık Bakanlığı'ndan alınıp, Cumhurbaşkanlığına aktarılmasıdır. Bu bağlamda, Cumhurbaşkanlığı Politika Kurulları bünyesinde "Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu" adıyla bir kurul da oluşturulmuş, "sağlık sisteminin geliştirilmesi amacıyla politika önerileri geliştirmek" bu kurulun görevleri arasında sayılmıştır. Sağlık Bakanı'nın politika belirleme ve kamuoyuna duyurma konusundaki yetkisizliği zaman zaman medyaya da yansımış, örneğin bir defasında Sağlık Bakanı hekimlerle ilgili bir düzenleme nedeniyle bilgi soran gazetecilere Cumhurbaşkanı'nın izni olmadan bilgi veremeyeceğini açık olarak söylemek zorunda kalmıştır (Gazete Duvar, 2021). Sonuç Yerine Türkiye'de 24 Ocak 1980 kararlarıyla başlayan ve 12 Eylül 1980 asker darbesinden sonra ete kemiğe büründürülen, sağlık alanının da bir sermaye birikimi ve kâr maksimizasyonu alanı olarak hedefe konması, Dünya Bankası direktifleriyle AKP tarafından 2003 yılında açıklanan SDP ile uygulanmaya başlanmış ve bu amaçla Sağlık Bakanlığı'nın örgüt yapısında ve işlevlerinde sermaye yararına önemli değişiklikler gerçekleştirilmiştir. İlk olarak, kamunun sağlık hizmeti sunumundaki etkililiğini azaltmak için girişimler başlatılmış, ardından özel sektöre daha fazla alan açmak amacıyla yasal düzenlemeler ve finansal destek paketleri yürürlüğe konmuştur. Sağlık hakkının, temel insan haklarından biri olarak sağlanabilmesi için kamunun etkili bir biçimde her basamakta sağlık hizmeti sunması ve gücü yetmemek, hizmete erişememek gibi hiçbir engele takılmaksızın yurttaşların tümünün sağlık gereksinimlerini karşılaması dışında bir seçenek yoktur. Bu bağlamda, Sağlık Bakanlığı kilit bir rol üstlenmek zorundadır. Sağlık Bakanlığı'nın örgüt yapısı ve işlevleri kamucu, herkese, her zaman ve her yerde nitelikli sağlık hizmeti sunulmasını sağlayacak biçimde değiştirilmedikçe sağlık hakkı sağlanamayacaktır (Pala, 2023).

Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Performans Sistemi Performansa dayalı döner sermaye katkı payı ödemesi, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 2004 yılından itibaren uygulanmaya başlanmıştır. Sistemin yasal dayanağını 209 sayılı Kanun oluşturmaktadır (Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun, 1961). Sağlık Bakanlığı hastanelerinde performans dayalı ek ödeme sistemine geçilmesiyle başlayan bu süreçte, 2 Kasım 2011 tarihinde yayımlanan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile Sağlık Bakanlığının yeniden yapılandırıldığı bir döneme geçilmiştir (KHK/663, 2011). Merkezinde Kamu Hastane Birliklerinin yer aldığı bu yeni modelde, Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetinin üretilmesinden değil, genel sağlık politikalarının belirlenmesi, eşgüdümü ve sağlık piyasasının denetlenmesi ve düzenlenmesinden sorumlu bir konuma getirilmiştir. Bakanlık sadece acil durum ve afet hallerinde sağlık hizmetlerini planlamak ve yürütmekle yükümlü kılınmış iken, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu "bağlı kuruluş" olarak tanımlanan Türkiye Halk Sağlığı Kurumuna, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin Sağlıkta Dönüşüm Programı içinde hayata geçirilen, performansa dayalı ek ödeme sisteminin de içinde yer aldığı döner sermayeli sağlık işletmeleri modelinde, eğitim ve araştırma hastaneleri bir hizmet hastanesi gibi çalışmaya başlamıştır. Bu süreç, eğitim ve araştırma hastanelerinde eğitim ve araştırma faaliyetlerine yeterli zaman ayrılamaması nedeniyle en çok da uzmanlık eğitimini olumsuz etkilemiştir. Eğitim ve araştırma hastanelerinin büyük bir çoğunluğunu birlikte kullanım protokolleri ile bünyesine alan Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yükseköğretim Kanunu'na göre faaliyet gösteren devlet üniversitelerinden farklı bir kurumsal yapılanmaya sahiptir. Bir devlet üniversitesi olarak tanımlanmış olmasına karşın, Sağlık Bakan Yardımcısının içinde yer aldığı bir mütevelli heyeti tarafından yönetilmekte, üniversiteye tahsis edilen akademik

kadrolara kimin atanacağı da dahil olmak üzere akademik örgütlenme konusundaki kararları mütevellî heyeti vermektedir. Üniversite kavramının değersizleştirildiği ve içinin boşaltıldığı bu yeni yapılanma, üniversitelerin özerk olması gerekliliğine aykırı ve kabul edilemez bir durumdur. Tüm eğitim ve araştırma hastanelerinin üniversite hastanesine dönüştürüldüğü bu model, ne akademik olarak özerk, bilimsel olarak özgür bir üniversite yapılanması ne de çağdaş, bilimsel bir tıp ve uzmanlık eğitimi örgütlenmesiyle örtüşmektedir. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, siyasi iktidarın gölgesinden çıkartılıp üniversite olmanın gereklerine uygun olarak yeniden yapılandırılmalıdır. Ayrıca, eğitim ve araştırma hastanelerinde performansa dayalı ek ödeme sisteminin terk edilmesi ve eğitim, araştırma ve nitelikli sağlık hizmeti sunumuna öncelik verilmesi ivedilikle gerçekleştirilmesi gereken hedefler olarak ön plana çıkmaktadır (Tükel, R. 2023).

Sağlıkta Dönüşüm Programı adı altında yaşama geçirilen bu anlayış, kaynakların daha verimli kullanılacağı, rekabetin niteliği artıracığı ve böylelikle sağlık hizmetlerinin herkes için erişilebilir kılınacağı iddiasına dayandırılıyordu. Bu çerçevede maliyet-etkililik politikaları ile “geri dönüşü” olmayan (=kârlı olmayan) hizmetlerin devletçe karşılanmasına son verildi. Hastaların Genel Sağlık Sigortası (GSS) ve Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ile karşılanan temel bir paketin dışında kalan tıbbi işlemleri -ödeyebilirlerse- cepten ödemeleri, sağlık çalışanlarının da tıbbi işlemlerin sayısına göre gelir elde etmeleri öngörüldü. Diğer yandan, hizmetler ve hatta kurumlar özelleştirildi, kaynaklar teşviklerle, hizmet alımlarıyla, geri ödeme sistemine dahil edilmeleriyle doğrudan ve dolaylı olarak Anayasa’da da açıkça yer verilen özel sektöre akıtıldı. Bir Dünya Bankası projesi olan Sağlıkta Dönüşüm sağlık çalışanlarını bir yandan hizmet satışının aracısına dönüştürürken öte yandan hizmet kaynaklı zararları otomatik olarak çalışanların üzerine yıkan bir anlayışla zorunlu malpraktis sigortasını yürürlüğe koydu. Hizmeti alanlar ise birer tüketici olarak konumlandırıldı ve hasta hakları birer tüketici hakkına dönüştürüldü. İnsanların alacağı hizmeti gereksinimleri değil ödeme güçleri belirledi, piyasa anlayışıyla ödeme gücü olanlara seçme hakkı tanındı, hizmetin niteliği tıbbi ölçütlerden çok “müşteri” memnuniyetiyle ölçülmeye başlandı. Kuramsal olarak insanların kendi yaşam ve sağlıkları hakkındaki kararlara katılım haklarını yaşama geçirmeyi hedefleyen aydınlatılmış onam bu sistemde bir tür satış sözleşmesine dönüştü. Böylesi bir alım-satım ilişkisinin doğasına uygun olarak, satın aldığı hizmetten zarar gördüğünü düşünen ya da daha genel ifadeyle memnun kalmayan tüketicinin şikayetini ileteceği yer ise Yargıtay’ın 2014/30305 sayılı kararıyla “Tüketici Mahkemesi” olarak tanımlandı. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılmasının yaklaşık 20 yıllık süreci ana hatlarıyla bu biçimde özetlenebilir.

Sağlık hizmetlerini ticaretin nesnesi haline getiren politikaların hizmeti alanlar, sunanlar ve meslek üzerinde çeşitli boyut ve derinlikte etkileri oldu. Toplum / hizmet alanlar açısından söz konusu etkileri kavramak için öncelikle günümüz insanının; a. “Modernizmin/aydınlanma düşüncesinin çöktüğü” söyleminin doğa yasası gibi kabul ettirildiği, b. Yerine büyük bir anlatı koymayıp bireylerin atomize edildiği “hakikat-ötesi” çağda, c. İrrasyonallite ve gericilik yükselirken, hatta bir tür ‘Tersine-Rönesans’ yaşanırken, d. Liberalizmin egemenliğiyle artık nimetlerde ve külfetlerde ortak olunmayan, e. Bireyselleşmenin övüldüğü, keyfiyetin toplumsal alana taşıdığı, f. Özgecilik, dayanışma gibi değerlerin liberal normlarla ikame edildiği, g. Toplumun tüketicilerin toplamından oluştuğu varsayılan, h. Başka türlü bir dünyanın mümkün olduğu hülyasından ve tarihinden uzaklaşmış, ı. Tüketim kültürüne alıştırılmış bireylerin satın alabildikleri ölçüde diğerlerinden farklı hissettikleri, bireyin toplum içindeki varoluş halinin buradan tarif edildiği ve eşitsizliklerin kaçınılmaz görüldüğü, j. Sahip olmak için bireysel bedel ödemiş olmanın acısı ve hazzı ile toplumsal borçluluk hissiyatının silindiği, bir dünyada yaşamakta olduğunu saptamak gerekir (Civaner, 2022-2023). Böylesi bir dünyada/ toplumda yaşayan insan, sağlık hizmetlerinin ticarileştirilmesi ile gereksinime göre hizmete erişim hakkını

yitirdi, hastane başvurularının artmasına karşın benzer programların uygulandığı ülkelerde de deneyimlendiği üzere uygun nitelikteki hizmete erişim olanağı azaldı. Ödeme gücünün erişim için temel ölçüt olması sınıflar ve bölgeler arası eşitsizlikleri daha da artırdı. Aynı hizmet için vergilerin dışında GSS ile ikinci bir zorunlu prim alınması, GSS ile geri ödenecek hizmetlerin ne olduğunu ve geri ödeme miktarını belirleyen SUT'un maliyet-etkili olduğu düşünülen belli hizmetlerle sınırlı tutulması ve yıllarca güncellenmemesi yeni adaletsizlikler yarattı. Gereksinilen hizmete erişememenin yanı sıra, bu yeni pazarda 'tüketici' biçiminde konumlandırılan bireyin sağlığı, sağlık hizmetlerine ve tıbbi bakışı da değişti. Sağlık hizmetlerine tüketici aklıyla bakan birey;

- Sağlığın bireysel seçimlerle belirlendiği, dolayısıyla 'doğru' kişisel yaşam biçimiyle sağlıklı olabileceği,
- Türlü medyadan edinebildiği yahut kendisine ulaşan bilgi ve reklamlara eleştirel yaklaşabileceği / okuryazarlıkla sağlık okuryazarlığının aynı şey olduğu,
- Satın alabileceği her sağlık hizmetinin kendisine sunulması gerektiği,
- Satın alabileceği en pahalı hizmetin genellikle en iyi hizmet olduğu / kamu sağlık hizmetlerinin niteliğinin özel sektörden genellikle daha kötü olduğu,
- Hastalıktan korunma yöntemlerini, aşıları, ilaçları, tıbbi girişimleri kendi beğenisine uymadığı gerekçesiyle reddedebileceği, bu durumda televizyon alırken başka satıcılardan başka teklif ve fiyat alması gibi başka sağlık hizmetine yönelebileceği...

Özetle;

- I. Sağlık sorununun ne olduğuna karar verebileceği,
- II. Gereksinimi olan hizmetin ne olduğu,
- III. Bu hizmetin kimin tarafından, nerede ve nasıl sunulacağının türlü medya ve deneyimli tanıdıklarından alacağı bilgilerle seçim yapabileceği bir alan olduğu sanısına sahip oldu.

Bu noktada, bireyin sağlık hizmetleri alanında sıradan tüketici aklına teslim edilmesi ile sağlık çalışanlarına yönelen şiddetteki artış, alternatif tıp uygulamalarına yöneliş, aşı kararsızlığı ve reddi, komplo teorilerine yatkınlığın artışı gibi olgular arasında bağlantı olabileceği kuvvetli bir olasılık olarak akla gelmektedir. Elbette bu sorunların gelişiminde tıp kurumunda özelleştirme ile artan yozlaşmanın yarattığı güven kaybının da etkili olduğu vurgulanmalıdır). Hizmet alanlar açısından önemli bir dönüşüm de kişilik hakkının sağlık hizmetleri alanına temel yansımalarında yaşandı. Hastanın tanısı ile önerilen tıbbi girişimin niteliğini diğer seçeneklerle birlikte anlaması, kendi dünyasında değerlendirmesi ve hekimiyle birlikte karar vermesi süreci anlamındaki "aydınlatma", performans sisteminin de etkisiyle temel olarak matbu bir formun imzalatılmasından ibaret kaldı.

Kişiyi ait sağlık verileri ise kamu ve özel sağlık hizmeti sunan kurumların mülküne ve pazarın nesnesine dönüştü, kişinin bütünüyle ve sadece kendisine ait bilgiler üzerindeki denetimi ortadan kaldırıldı. Sağlık hizmetlerini piyasanın nesnesi haline getiren politikalar hizmeti sunanları ve mesleği de önemli derecede etkiledi, doğasını değiştirdi.

İşletmeleştirilen kamu kurumlarının yöneticileri özel şirketlerle rekabet etmek durumunda kaldılar; dolayısıyla da işletmenin ayakta kalabilmesi için kârlılık hasta yararının önüne geçti. Kârlılığı sağlayacak olan tedavi edici hizmetler olduğundan koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri önemsizleşti, kelimenin anlamıyla değersizleşti. Hekimlik uğraş alanı hastayı tedavi etmek olan tekil bir pratiğe, hekim de hastalanınca başvuru alan meslek erbabına dönüştü. Aşırı-uzmanlaşma ve tüm teknolojik gelişmelerin de etkisiyle hekim kendi uzmanlık alanının sınırları içinde kalan organ ve hastalıklarla sınırlandı. Bu süreç, hastaya bütüncül yaklaşımı savunan Hippokrates'in Kos Okulu karşısında hastalıklar ve semptomlara

odaklanan Knidos Okulu'nun tarihsel geri dönüşü biçiminde adlandırılabilir. Maliyet-etkililik, rekabet, performans, verimlilik, kârlılık gibi iş dünyası kavramlarının tıbbı yerleştirilmesiyle birlikte hekimler, bir işletmenin sözleşmeli çalışanı gibi çalışmaya zorlandılar. Kendilerinden öncelikle kârlılığı gözetmeleri beklendi, yaptıkları işin niteliği gereksinime karşılık gelip gelmediği ile değil kârlılık ve müşteri memnuniyeti ile değerlendirilmeye başlandı. Performansa dayalı ödeme sistemi ile kazançları sundukları hizmetin sayısına bağlandı. Sağlıkla ilgili hakları ve mesleki değerleri korumak ekonomik değerlerin öncelenmesiyle güçleşti, mesleği hakkıyla yapabilmek kimi zaman uğruna bedel ödemeyi de içeren özel bir tavır gerektirir oldu. Öyle ki, hastasına gerektiği kadar zaman ayırmak, daha genel ifadeyle 'iyi hekimlik' yapmak isteyen hekimin performans sistemi nedeniyle üç dakikada bir randevu verilmesine karşı çıkması, bunu yaparken de gelir kaybından öte idari soruşturmaya uğrama, şiddet görme ve dava edilme risklerini göze alması gerekti. 'Yeni' sistemde sağlık çalışanı hizmet kaynaklı zararlardan doğrudan sorumlu tutuldu ve "zorunlu mali sorumluluk sigortası" yaptırma koşulu getirildi. *"En gelişmiş, en zengin, en mükemmel olan, insan kaynakları sayıca ve nitelik olarak en ileri ülkelerinde bile sağlık hizmeti verilirken eksikler yanlışlar ve hatalar olabiliyor. Bunun da bir prosedürü var. Tazminatı var. Cezai durumlar oluşabiliyor. Türkiye'de de böyle olacaktır. Yanlış yapan, eksik yapan varsa bedelini ödeyecektir. Elbette sıfır tolerans ya da sıfır hatayla çalışmaya gayret edeceksiniz. Sistemi böyle çözeceksiniz. Türkiye bu konuda çok büyük mesafeler aldı. Ama yanlış yapan, eksik yapan varsa bedelini ödeyecektir. Burada önemli olan sağlık çalışanlarının sigortalanmasıdır. Mesleki sigortalanma önemli. Bunu da tam gün yasasının içine koymaya çalışacağız."* (Cumhuriyet, 2009). Dönemin Sağlık Bakanı Recep Akdağ tarafından yukarıdaki ifadelerle dile getirilen ve bireye-odaklı yaklaşımın neredeyse kitabi tanımı olan bu anlayış hataları ve zararları azaltmadığı gibi, tazminat kaygısı ile hekimlerin pozitif ve negatif çekinik tıbbı yönelmelerine, bunun sonucunda da hastaların daha fazla zarar görmesine ve harcamaların gereksiz artışına yol açtı. Çekinik tıbbın gereksiz tetkik isteme ve riskli görülen hastayı üstlenmemenin yanı sıra, uygulamada bir başka etkisi de dava edilme riskinin yüksek görüldüğü Beyin Cerrahisi, Kadın Hastalıkları Doğum, Ortopedi gibi dallarda uzmanlık eğitimi almak isteyenlerin önemli derecede azalması oldu. Kamuoyu nezdinde yaşatılan bilinçli itibarsızlaştırma ile birleşince hekimlerin mesleğe ve hastalara dair tutumları da dönüşüme uğradı. Eğitildikleri ve alışkın oldukları koşullardan farklı bir durumda, daha güvencesiz ve hatta giderek artan şiddet karşısında tehdit altında hisseden hekimler birikimlerini, işlerini, saygınlıklarını, en başta da can güvenliklerini koruma refleksi geliştirdiler. Uğradıkları adaletsizliğin yarattığı savunmacı tepkiyi yanlış adrese / hastalara yansıtarak «Madem hasta hakları var, o zaman bizim de hekim haklarımız var!» diyerek «Biz de hasta seçebilmeliyiz!», «Onlar da bize nazik, güleryüzlü, saygılı yaklaşmalı!», «Biz de onları şikayet edebilmeliyiz!» gibi mesleki değerlerle örtüşmeyen ancak anlaşılabilir taleplerde bulunmaya başladılar. Bu tepkiler ticarileşme politikalarının hizmet sunanlarla hizmet alanların birbiriyle çatışmalarına neden olmasının çarpıcı bir örneğidir (Civaner, 2023). Söz konusu savunmacı tepki, hekimlerin ve özellikle de hekim adaylarının yurtdışına gitme isteklerindeki büyük artış biçiminde de kendisini gösterdi. Türkiye'deki tıp fakültelerinden 2022 yılında mezun olan hekim sayısı 12.839 iken; Türk Tabipleri Birliği'nden 2022 yılında yurt dışına gitmek için "İyi Hal Belgesi" alanların sayısının 2.685 olduğunu, bu sayı bir yıl öncesine göre iki kat, 10 yıl öncesine göre ise 40 kat daha fazla oldu. (TTB, 2022).

DEĞİŞİM İÇİN...

KARANLIĞA KARŞI; ÖNLÜĞÜMÜZÜN BEYAZINA, ÖZLÜK HAKLARIMIZA, HALKIN SAĞLIK HAKKINA SAHİP ÇIKIYORUZ

1. Toplum sağlığına yönelik politikaların başarısı sağlık emekçilerinin sağlığı, özlük ve ekonomik haklarının sağlanmasıyla gerçekleşebilir.
2. Güvenli ve sağlıklı çalışma ortamları sağlanmalıdır.
3. Hekimler/sağlık emekçileri güvencesiz çalışmaya mahkûm edilmemeli, güvenceli çalışma esas alınmalıdır.
4. İş güvencesi ile birlikte gelir güvencesi olmalı, her ay ne olacağı belirsiz performans/teşvik ödemelerinin gelirin önemli bir kısmını oluşturması değil, emekliliğe yansıyan tek ücret esas alınmalıdır.
5. Mesleki bağımsızlığı koruyacak, liyakata dayalı görevlendirmeler olmalıdır.
6. Mesleki bağımsızlığı koruyacak, nicelik baskısı yaşanmayan ve niteliği esas alan kamusal sağlık sistemi bir zorunluluktur.
7. Kamusal bir sağlık hizmeti için sağlığa ayrılan bütün kaynakların kamu sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılması gerekmektedir.
8. Özel hastane patronlarına her ne ad altında olursa olsun kaynak aktarılmasına son verilmesi ve kamusal sağlık sisteminin bütün toplumun ihtiyaçlarına cevap verebilecek düzeye yükseltilmesi hedeflenmelidir.
9. Birinci basamağı parçalayan düzenlemelerden vazgeçilmeli, topluma dayalı ve bölge/nüfus tabanlı, kamuya ait binalarda kamu çalışanlarından oluşan eksiksiz bir ekiple koruyucu sağlık hizmetlerinin yürütülmesini sağlayacak birinci basamak sağlık örgütlenmesi oluşturulmalıdır.
10. Hekimler için 7,200 ek gösterge, tüm sağlık çalışanları için en az 3,600 ek gösterge ve pandemi süresince çalışılan her yıl için 120 gün yıpranma payı, fiili hizmet süresi zammı verilmelidir.
11. Haftalık çalışma süreleri yeniden düzenlenmeli ve azaltılmalıdır.
12. Kışkırtılmış sağlık talebini yaratan, hastayı tüketici/müşteri sayan politikalara son verilmelidir.
13. Hastalara yeterli süre ayıracak düzenlemelerle, niteliği önceleyen çalışma koşulları sağlanmalıdır.
14. 5 dakikada bir muayene dayatmalarından vazgeçilmeli, mesleki özerkliğe müdahalelere son verilmelidir.
15. Sağlıkta şiddetin önlenmesi için etkili adımlar atılmalı, Türk Tabipleri Birliği tarafından hazırlanan yasa tasarısı değiştirilmeden kabul edilmelidir.
16. COVID-19 başta olmak üzere meslek kaynaklı hastalıklara karşı bütüncül bir meslek hastalıkları yasası kabul edilmelidir
17. Özel sektörde ciro baskısına, şirket kurdurma zorlamasına son verilmeli güvenceli, sendikali çalışma koşulları oluşturulmalıdır.

18. İşyeri hekimlerinin eğitimleri, çalışma saatleri, atama ve ücretlendirmeleri konusunda tabip odaları yetkili olmalıdır.
19. Asistan hekimler nitelikli eğitim almalı, sağlık hizmetinin verilmesinde asli unsurlar olarak görülüp, eğitim dışı angarya işlerde çalıştırılmamalıdır.
20. OHAL KHK'leri ile hukuksuzca ihraç edilen tüm hekimlerin/kamu emekçileri derhal göreve başlatılmalıdır.
21. Tüm emekli hekimlerin mesleki saygınlığına uygun, yaşamlarını ekonomik ve sosyal açıdan rahatlıkla sürdürebileceği şartlar oluşturulmalıdır.

**HALK SAĞLIĞINI ÖNCELEYEN SAĞLIK SİSTEMİNDE EMEĞİMİZ
SÖMÜRÜLMEDEN VE GELECEK KAYGISI OLMADAN BİLİMSEL VE ETİK
İLKELER İÇİNDE HEKİMLİK YAPMAK İSTİYORUZ!**

Kaynaklar

Civaner, M.M. (2023) Sağlıkta Toplum Sözleşmesi Temellerini Kaybediyor, Toplum ve Hekim MAYIS - HAZİRAN 2023 CİLT: 38 SAYI: 3 235-240

Özkan, Ö. (2023) Sağlık Emekçilerinin Akp İle Geçen 20 Yılı, Toplum ve Hekim Mayıs-Haziran 2023 Cilt: 38 Sayı: 3 233

AKP. (2002a). AKP Programı. Erişim adresi: http://m.akparti.org.tr/site/akparti/parti-programi#bolum_

AKP. (2002b). 2002 Genel Seçimleri Seçim Beyannamesi. Her Şey Türkiye İçin. Erişim adresi: <http://www.akparti.org.tr/upload/documents/2002-beyanname.pdf>

AKP. (2002c). 58. Hükümet Programı. 24 Kasım 2002. Erişim adresi: <https://www.akparti.org.tr/upload/documents/58inci-hukumetprogrami.pdf>

AKP. (2003a). T.C. 58. Hükümet Acil Eylem Planı. 3 Ocak 2003. Erişim adresi: <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/EylemVeDigerPlanlar/Attachments/13/58.HukümetAcilEylemPlanı.pdf>

AKP. (2003b). 59. Hükümet Programı. 18 Mart 2003. Erişim adresi: <https://www.akparti.org.tr/upload/documents/59uncu-hukumetprogrami.pdf>

AKP. (2007a). 2007 Genel Seçimleri Seçim Beyannamesi. Güven ve İstikrar İçinde Durmak Yok Yola Devam. Haziran 2007. Erişim adresi: <http://www.akparti.org.tr/upload/documents/2007-beyanname.pdf>

AKP. (2007b). 60. Hükümet Programı. 31 Ağustos 2007. Erişim adresi: <https://www.akparti.org.tr/upload/documents/60inci-hukumetprogrami.pdf>

AKP. (2008). 60. Hükümet Programı Eylem Planı. 10 Ocak 2008. Erişim adresi: <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/EylemVeDigerPlanlar/> AKP. (2011a). 2011 Genel Seçimleri Seçim Beyannamesi. Türkiye Hazır Hedef 2023. 12 Haziran 2011. Erişim adresi: <http://www.akparti.org.tr/upload/documents/2011-beyanname.pdf>

AKP. (2011b). 61. Hükümet Programı. 9 Temmuz 2011. Erişim adresi: <https://www.akparti.org.tr/upload/documents/61inci-hukumetprogrami.pdf>

AKP. (2012). 2023 Siyasi Vizyonu. Siyaset, Toplum, Dünya. 30 Eylül 2012. Erişim adresi: <http://www.akparti.org.tr/upload/documents/akparti2023siyasivizyonuturkce.pdf>

AKP. (2014). 62. Hükümet Programı. 1 Eylül 2014. Erişim adresi: <http://www.akparti.org.tr/upload/documents/62nciHukumetProgrami.pdf>

AKP. (2015a). 64. Hükümet Programı. 25 Kasım 2015. Erişim adresi: http://www.akparti.org.tr/upload/documents/64.hukumet_programi.pdf

AKP. (2015b). 64. Hükümet 2016 Yılı Eylem Planı. İcraatlar ve Reformlar. 10 Aralık 2015. Erişim adresi: <http://www.akparti.org.tr/upload/documents/64.hukumet-eylem-planı-kitap.pdf> AKP. (2015c). 2015 Genel Seçimleri Seçim Beyannamesi. Yeni Türkiye Yolunda Daima Adalet Daima Kalkınma. 7 Haziran 2015. Erişim adresi: <http://www.akparti.org.tr/upload/documents/2015-secimbeyannamesi-20nisan.pdf>

AKP. (2016). 65. Hükümet Programı. 26 Mayıs 2016. Erişim adresi: <http://www.akparti.org.tr/upload/documents/akparti2023siyasivizyonuturkce.pdf>

- Atun R. (2015). Transforming Turkey's health system-lessons for universal coverage. N. Engl. J. Med, Oct;373(14):1285-9. doi: 10.1056/ NEJMp1410433. PMID: 26422719.
- Baris E, Mollahaliloglu S, Aydin S. (2011). Healthcare in Turkey: From laggard to leader. BMJ, Jan 21;342:c7456. doi: 10.1136/bmj.c7456. PMID: 21257656.
- Bayrak E, Oğan H, Turan M. (2021). Özel sağlık sektöründe hekimlerin çalışma koşulları, ekonomik ve sosyal durumları ile mesleki memnuniyetlerinin değerlendirilmesi. Toplum ve Hekim, 36(2):126-134.
- Bedirhanoğlu P. (2009). AKP: Türkiye'de Neoliberal Otoriter Devletin AKP'li yüzü. İçinde: AKP Kitabı Bir Dönüşümün Bilançosu. Ed. Özçelik B. 2. Baskı. Phonix. S:40-65.
- Değirmenci E, Karaçimen E, Köse A. (2017). AKP'li yıllarda Türkiye'de coşku, durgunluk ve tasfiye eğilimleriyle salınım. Toplum ve Hekim, 23(5):328-340. Devlet Planlama Teşkilatı-
- DPT. (2006). Dokuzuncu Kalkınma Planı. Rekabet Hukuku ve Politikaları İhtisas Komisyonu. Ankara. Yayın No: DPT:2723. Erişim adres: <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/1/plan9.pdf>
- DPT. (2013). Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018). 10 Haziran 2013. Ankara. Yayın No: DPT:2723. Erişim adres:[http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/12/Onuncu%20 Kalkınma%20Planı.pdf](http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/12/Onuncu%20Kalkınma%20Planı.pdf)
- DPT. (2019). On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023) 18 Ekim 2022. Ankara. Erişim adres: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/On_Birinci_Kalkinma_Planı-2019-2023.pdf
- Dussault G, Dubois CA. (2003). Human resources for health policies: A critical component in health policies. Hum Resour Health, Apr 14;1(1):1. Er H. (2014).
- Toplam kalite yönetimi ve insan kaynakları ilişkisi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Erbaş Ö. (2017). Rızayla ve zorla: Şehir hastaneleri. Toplum ve Hekim, 32(6):427-431.
- Glyn EH. (2022). Corruption in the health sector: A problem in need of a systems-thinking approach. Frontiers in Public Health. 24 August 2022. DOI 10.3389/fpubh.2022.910073
- Hamzaoglu O, Yavuz C.I. (2006). Sağlıkta AKP'li dönemin bilançosu üzerine. Mülkiye, Cilt: XXX, Sayı 252: 275-296.
- Rigoli F, Dussault G. (2003). The interface between health sector reform and human resources in health. Hum Resour Health, Nov. 3;1(1):9. Sağlık Bakanlığı-SB. (2003). Sağlıkta Dönüşüm Programı. Sağlık Bakanlığı, Aralık, Ankara. SB. (2011).
- Civaner, M.M. (2011) Yürür. K., Pala, K. Sağlık Alanında "Hizmet Kaynaklı Zarar": Hekimler Ne Diyor? Ankara: TTB
- Civaner, M.M. (2023) Aşı Kararsızlığı ve Aşı Reddi Olgusu Karşısında Zorunlu Bağışıklama Nasıl Savunulmalı? Etik Açısından Bir Değerlendirme, Mikrobiyoloji Bülteni, 57(1):156-170
- Cumhuriyet gazetesi (2009) Yanlış yapan varsa bedelini ödeyecek. 27 Şubat 2009. Erişim tarihi: 30/4/2023 <https://www.cumhuriyet.com.tr/haber/yanlis-yapan-varsa-bedelini-odeyecek-44882>
- Türk Tabipleri Birliği (2022) Prof. Dr. Nusret Fişek, "Sağlık Emek Göçü Sorunu" Etkinliği ile Anıldı. Erişim tarihi: 26/4/2023 https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=be-c59938-5c27-11ed-8ad5-coe3314cebb4

Çiçeklioğlu M, Şevik İ. (2023) Toplum ve Hekim Mart-Nisan 2023 Cilt: 38 Sayı: 2. 133 Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın 20. Yılında Birinci Basamakta Koruyucu Sağlık Hizmetleri

R. (2012) Turkey Health Transformation Program Evaluation Report (2003–2011). Ankara: Ministry of Health publications, 43-439. Erişim Tarihi: 31 Ocak 2023 <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/453>

Özvarış, Ş.B. (2023) Toplum ve Hekim Mart-Nisan 2023 Cilt: 38 Sayı: 2. 145 Türkiye'de Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Durumu: Son 20 Yılda Neler Değişti?

Akın, A., Özvarış, Ş.B. (2020) Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nın (Icpd) 25. Yılında Nairobi Zirvesi: Dünyada ve Türkiye'de Neler Değişti?

S.Üner, P.Okyay (Ed.), Türkiye Sağlık Raporu 2020 içinde (137-150 ss.), Ankara: Hipokrat Yayınevi. Barış Enis, Rachel Silverman, Huihui Wang, Feng Zhao, and Muhammad Ali Pate. (2022). Walking the Talk: Reimagining Primary Health Care after COVID-19. doi:10.1596/978-1-4648-1768-7. License: Creative Commons Attribution CC BY 3.0 IGO.

Beaman, J., Schillinger, D. (2019) Responding to Evolving Abortion Regulations — The Critical Role of Primary Care, N. Eng. J. Med., 30(1):380 Erişim Tarihi: 31 Ocak 2023 <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1903572>.

Brendan M., Maryann A. (2019) The Economic Burden and Practice Restrictions Associated With Collaborative Practice Agreements: A National Survey of Advanced Practice Registered Nurses Journal of Nursing Regulation, 9(4):22-30.

Bilgili A., N., Özyurt, B.(2020) Aile Planlaması, S.Üner, P.Okyay (Ed.), Türkiye Sağlık Raporu 2020 içinde (183-192 ss.), Ankara: ;Hipokrat Yayınevi. ISBN: 978-605-7874-83-2

Cappiello, J., Levi, A., Nothnagle, M. (2016) Core competencies in sexual and reproductive health for the interprofessional primary care team, Contraception, 93(5): 438-445 <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2015.12.013>.

Dayi A.(2019) Neoliberal Health Restructuring, Neoconservatism and the Limits of Law: Erosion of Reproductive Rights in Turkey, Health Hum Rights, 21(2):57-68. PMID: 31885436; PMCID: PMC6927387.

Demir, Ç., Özdemir, R. (2021) Doğum Öncesi İzlemlerin Niceliksel ve Niteliksel Yeterliliği: Erzincan İlinden Hastane Tabanlı Araştırma, STED / Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi [Preprint]<https://doi.org/10.17942/sted.963989> Erişim tarihi 31 Ocak 2023.

DSÖ Web sayfası (2022) Universal access to sexual and Reproductive Health:World Health Organization Erişim Tarihi: 31 Ocak 2023 <https://www.who.int/news/item/19-07-2022-universal-access-to-sexual-and-reproductive-health>.

Durusoy, R., Davas, A., Ergin, I., Hassoy, H., Tanık F.A. (2011) İzmir'de İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşlarına Basyuran Gebelerin Aile Hekimi Tarafından İzlenme Sıklıkları ve Etkileyen Etmenler. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, 9(1): 1-15.

Eke, E.,Ünal, B.(2019). Politika Transferi Süreci Açısından Türk Sağlık Sisteminde Aile Hekimliği Modelinin Değerlendirilmesi . Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 9(25):22-50 <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gumus/issue/42294/430461> Erişim Tarihi : Aralık 2022.

Eskiocak M. (2015) Türkiye'de Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolünde Güncel Durum: Sağlıkta Dönüşüm Programının Etkilerine Yönelik Bir Değerlendirme, Toplum ve Hekim Cilt:30(2)96-109)

Goodyear-Smith F, Kinder K, Eden AR, Strydom S, Bazemore A, Phillips R, Taylor M, George J, Mannie C. (2021) Primary Care Perspectives on Pandemic Politics. *Glob Public Health*. 16(8-9):1304- 1319.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) (2014), Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013, HÜNE, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2019) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018, HÜNEE, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

Hanson K, Briki N, Erlangga D, Alebachew A. De Allegri M, Balabanova D. ve ark. (2022), The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre, *Lancet Glob Health*, 10; e715-72.

Hamzaoglu, O. (2013) Dünyada Sağlık Reformu Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm: Gerçekler ve Belgeleri. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 28 (3): 172-180.

Institute of Medicine (IOM) (1994), Defining Primary Care: An Interim Report. M. Donaldson, editor; , K. Yordy, editor; , and N. Vanselow, editor. , eds. Washington, D.C.: National Academy Press, 1994.

Institute of Medicine (2012). Primary Care and Public Health: Exploring Integration to Improve Population Health. Washington, DC: The National Academies Press

Kalkınma Bakanlığı (2015) Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018): Ailenin ve Dinamik Nüfus Yapısının Korunması Programı Eylem Planı, Erişim Tarihi: 31 Ocak 2023, https://www.sbb.gov.tr/wpcontent/uploads/2022/08/Onuncu_Kalkinma_Plani-2014-2018.pdf.

Kaya, Ç., Akman, M., Ünalın, P., Çifçili, S., Uzuner, A., Akdeniz, E. (2019) Comparison of preventive health service provision before and after reorganization of primary care in Turkey: A communitybased study, *Primary Health Care Research & Development*, 20, E119. doi:10.1017/S1463423619000069

Lee J.K., Parisi S.M., Akers A.Y., Borrero S., Schwarz E.B. (2011) The impact of contraceptive counseling in primary care on contraceptive use, *J Gen Intern Med*, 26: 731-736

Mathauer, I., Mathivet, B., Kutzin, J. (2017) ‘Free health care’ policies: Opportunities and risks for moving towards UHC. *Health Financing Policy Brief No 2*. WHO/HIS/HGF/PolicyBrief/17.2.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2021. Implementing high-quality primary care: Rebuilding the foundation of health care. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25983>.)

OECD (2014) Reviews of Health Care Quality: Turkey 2014: Raising Standards, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264202054-en>.)

OECD (2020) Realising the Potential of Primary Health Care. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>.

Öcek, Z., Çiçeklioğlu M, Yücel U., Özdemir R., Türk M., Taner Ş. (2013) Aile Hekimliği Birinci Basamak Ortamını Nasıl Dönüştürdü, *Türk Tabipleri Birliği Yayını*, Ankara

Özkan Ö. (2017) Sağlık Emek Gücünün Akp İle Geçen 15 Yılı, *Toplum ve Hekim*, 32 (5):381-400.

Özkan, Ö. (2019) Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Sağlıkta Eşitsizliklerin Temel Nedeni Olabilir mi? *Toplum ve Hekim Dergisi*, 34 (5): 374-395

Öztürk Y.E., Söyler S. (2021) Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Yeni Bir Uygulama: Sağlıklı Hayat Merkezlerinde Hizmet Sunumu, Yaşanan Sorunlar ve Çözüm Öneriler, Ekonomi İşletme Siyaset ve Uluslararası İlişkiler Dergisi (JEBPIR), 7(2):403-418.

Pala K. (2021) Alma–Ata Bildirgesi ile Astana Bildirgesi'nin Benzerlikleri Ve Farklılıkları, Toplum ve Hekim, 36 (2): 92-96.

Patel M S, Phillips C B, Pearce C, Kljakovic M, Dugdale P, Glasgow N. (2008) General Practice and Pandemic Influenza: A Framework for Planning and Comparison of Plans in Five Countries, Plos One. Volume 3;5, e2269

Rawaf S.Allen L. Florian L. Stigler F L.,Kringos D.Yamamoto H Q, Chris C.(2020) ,Lessons on the COVID-19 pandemic, for and by primary care professionals worldwide Eur J Gen Pract.26(1): 129–133.

Ritter, A.Z.; Bowles, K.H.; O'Sullivan, A.L.; Gilman, D.J; Fairman, J. (2020),A.Nurse Practitioner State-Required Collaborative Practice Agreements: A Cross-Sectional Case Study in Florida Nursing Economics; 38(4): 185-193.

Rechel, B., Blackburn, C.M., Spencer, N. J., Rechel, B. (2011) Regulatory Barriers to Equity in a Health System in Transition: A Qualitative Study in Bulgaria, BMC Health Services Research, 11: 219

Resmi Gazete (2018), sayı 30431, tarih 25 Mayıs 2018, [https:// www.resmigazete.gov.tr](https://www.resmigazete.gov.tr)

Safir S, Shear J, Yener A. L. (2019). Bütünleşik Sağlık Modeli Yoluyla Türkiye’de İyileştirilmiş Bir Birinci Basamak Sağlık Sistemi’nin Kurulması.

World Bank Sağlık Bakanlığı (2022) Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara, Türkiye.

Sağlık Bakanlığı (2018) Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Ankara, Türkiye

Sağlık Bakanlığı (2019) Sağlık İstatistik Yıllığı 2018, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Ankara, Türkiye

Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. Oxford University Press, Oxford, 1998

Sütlü, S. (2022) Burdur’da Aile Hekimlerinin Sunduğu Doğum Sonu Bakım Hizmetleri ve Etki Eden Faktörler,STED / Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi [Preprint]. <https://doi.org/10.17942/sted.1037970>.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (2006) Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, ICON-İNSTITUT, Public Sector GmbH ve BNB Danışmanlık, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2022) Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Birim Faaliyet Raporu, 2021.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2021) Türkiye Anne Ölümleri Raporu (2015-2019), 1208, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Web sayfası. Erişim tarihi:Aralık 2023 <http://shm.saglik.gov.tr/shm-nedir.html>

T.C. Sağlık Bakanlığı (2022) Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Stratejik Planı (Güncellenmiş Versiyon-2022) ISBN : 978-975-590-837-3 Yayın No : 1223

Topgöl C., Adalı T., Çavlin A., Dayan C. (2017) Sisteme değil isteğe bağlı hizmet: Sağlık Çalışanları Gözünden İstanbul'da Kürtaj ve Aile Planlaması Hizmetlerinin Durumu. Nüfusbilim Derneği, Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı, UNFPA Türkiye Ofisi. Ankara.

TTB (2019) Birinci Basamakta Toplum Tabanlı Kanser Taramaları Sempozyumu Nisan 2019, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.

TTB (2020a) Covid 19 Pandemisi Altıncı Ay Değerlendirme Raporu, TTB yayını https://www.ttb.org.tr/yayin_goster.php?Guid=0ocdf548-96a3-11ea-baf3-777c09b98775

TTB (2020b) Covid 19 Pandemisi İkinci Ay Değerlendirme Raporu, TTB yayını ISBN 978-605-9665-58-2 https://www.ttb.org.tr/yayin_goster.php?Guid=42ee49a2-fb2d11ea-abf2-539a0e741e38

TTB (2021) Covid 19 Pandemisi 18. Ay Değerlendirme raporu, TTB Yayını https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=abcb9dc6-30c9-11ec-a1a7-c5959a4589e2

TÜİK (2022)

WHO (2008) The World Health Report 2008 - Primary Health Care (Now More Than Ever)

WHO (2018a). From Alma-Ata to Astana: Primary health care – reflecting on the past, transforming for the future. Interim Report from the WHO European Region. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe

WHO (2018b). Primary Health Care: Closing the gap between public health and primary care through integration. Technical Series on Primary Health Care.

Geneva, WHO (2022) Critical considerations and actions for achieving universal access to sexual and reproductive health in the context of universal health coverage through a primary health care approach. Geneva, Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Yalçın, M. (2021) Covid-19 Pandemisinde Kadınlarda Kayıt Dışı İstihdam Durumu, Asya Studies-Academic Social Studies / Akademik Sosyal Araştırmalar, 5(18): 359-372.

Yucel, U. Ciceklioglu, M., Ocek, Z., Taner, S. (2015) Prenatal care utilization level of pregnant women living in three different neighborhoods of Izmir's Bornova District, TAF Preventive Medicine Bulletin, 14(5): 370. <https://doi.org/10.5455/pmb.1-1428673248>.

Yücel, U., Çiçeklioğlu M., Öcek, Z.A., Varol, Z.S. (2020) Access to primary health care family planning services and contraceptive use in disadvantaged women: a qualitative study, The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care.25(5):327-333.

Zencir M, (2019) Birinci Basamak ve Temel Kavramlar, 2. Aile Hekimleri Buluşması Kitabı, Ed: Ulutaş Y., Bozcalı F., Ünal F. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.

Zencir M.(2021) Yeni Değerlenme Alanı Olarak Sağlık Hizmetlerinin Sermayeleşmesi,

Anadolu Ajansı (2018) 'Bakan Sarıeroğlu kadroya geçen işçi sayısını açıkladı', 3 April. Available at: <https://www.aa.com.tr/tr/gunun-basliklari/bakan-sarieroglu-taserondan-kadroya-gecen-isci-sayisini-acikladi/1106827>.

BirGün (2021) 'Sağlık Bakanlığı şirket gibi hareket ediyor: 12 bin taşeron', 12 July. Available at: <https://www.birgun.net/haber/saglik-bakanligi-sirket-gibi-hareket-ediyor-12-bin-taseron-351473>.

Bölükbaşı, M. O. (2021) ‘Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemindeki Bakan Yardımcısı ile Önceki Sistemdeki Bakan Yardımcısı ve Müsteşarın Kıyaslanması’, İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 12(1), pp. 287–303.

Demircan, A. (2017) Sağlık Bakanlığı 2018 Yılı Bütçe Sunumu, TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu.

Dünya Bankası (2002) Türkiye: Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar Rapor No: 24358-TU.

Gazete Duvar (2021) Erdoğan, Koca’nın açıklamasına müdahale etti: Sen ne söyledin? Available at: <https://www.gazeteduvar.com.tr/erdogan-kocanin-aciklamasina-mudahale-etti-sen-ne-soyledin-haber-1543909> (Accessed: 5 February 2023).

İstanbul Tabip Odası (2020) Aile Hekimleri Yeterli Ve Uygun Koruma Ekipmanları Olmasada Salgına Karşı Mücadelesini Sürdürüyor. Available at: <https://www.istabip.org.tr/5598-aile-hekimleri-yeterli-ve-uygun-koruma-ekipmanlari-olmasada-salgina-karsi-mucadelesini-surduruyor.html> (Accessed: 20 December 2022).

Özçelik, Z. ve ark. (2012) 663 sayılı KHK’nin Anayasaya Aykırılık Gerekçeleri. Türk Tabipleri Birliği, Ankara.

Pala, K. (2009) ‘Sağlık Reformları ve İşyeri hekimliği: Neler Oluyor?’, Mesleki Sağlık ve Güvenlik, 34, pp. 16–23.

Pala, K. (2021) ‘Dönüşen Sağlıkta Pandemi’, in Elbek, O. and Pala, K. (eds) Pandeminin Düşürdüğü Maskeler COVID-19 Salgınının Muhasebesi. İletişim Yayınları.

Resmi Gazete (2008) ‘Avrupa Birliği Müktesebatının Üstlenilmesine İlişkin Türkiye Ulusal Programı. Sayı: 27097 (5. Mükerrer) 31 Aralık 2008.’

Roberts, M. et al. (2003) Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity. Oxford University Press.

Roberts, M. J. . et al. (2009) Sağlık Reformunun Doğru Yapılması, Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi İçin Bir Kılavuz. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Available at: <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/289>.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2004) Sağlıkta Dönüşüm Programının Birinci Fazına Destek, Sağlıkta Dönüşüm Projesi Proje İşletim Kılavuzu Bölüm II – Proje Bileşenleri AE’nin Uygulanmasına Yönelik İşletim İlkeleri.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2005) Sağlık 2005. Ankara. Available at: <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/163>.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2007) Nereden Nereye Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Kasım 2002- Haziran 2007.

T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 713. Ankara. TBMM (2007) Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı. Available at: <https://www2.tbmm.gov.tr/d23/1/1-0439.pdf> (Accessed: 30 December 2023).

Türk Tabipleri Birliği (2020) “Sağlık sisteminde reform ne için yapılmalı?” sorusuna yanıtınız; “Halkın sağlığını korumak için” ise: ”SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI” SALGINLA MÜCADELEDE BAŞARISIZDIR!” Available at: https://www.ttb.org.tr/kollar/COVID19/haber_goster.php?Guid=56cob80e-7b15-11ea-a12d-7aee3f6e69c5.

World Bank (2003) 'Private Health, Policy and Regulatory Options for Private Participation. Viewpoint.' Available at: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/11295>.

World Bank (2022) The Health Systems Flagship Program & Course. Available at: <https://www.worldbank.org/en/topic/health/brief/flagship-course-on-health-sector-reform-and-sustainable-financing> (Accessed: 30 December 2022).

World Health Organization (2012) Case studies on health system performance assessment. A long-standing development in Europe. Copenhagen.

Tükel,R. Eğitim Ve Araştırma Hastaneleri Ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Mart-Nisan 2023 Cilt: 38 Sayı: 2 154.