DERLEME

TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİNİN PİYASALAŞMASI VE TIP EĞİTİMİ*

*Volkan KAVAS**, İnci Özgür İLHAN****

Sağlıklı yaşama hakkını güvence altına alması gereken sağlık sistemi, Türkiye'de kapitalist pazarda bir sektör, sağlık ise temel bir hak olmaktan çıkıp gittikçe alınır-satılır bir metaya dönüştürülmektedir. "Sağlıkta Dönüşüm Projesi"nin en temel amacı bu hedefe ulaşmaktır. Projenin yaşama geçirilmesi ile her türlü sağlık hizmeti karı maksimize edecek şekilde yeniden yapılandırılmasına hız verilmiştir. Bu uygulamaların sonucunda, sağlık alanında "eşitlik, adalet, kamuculuk" gibi değerler hiçe sayılmakta, bir bütün olarak toplumun sağlık göstergeleri gerilemekte, insanlar önlenebilir hastalıklardan yaşamlarını yitirebilmektedirler.

Tıp eğitiminin serbest piyasa koşullarına göre yeniden düzenlenmesi bu hedefe ulaşılmasının önemli bir ayağıdır. Süreç içinde hizmet sunumu gibi eğitim de giderek tekellere bırakılacak, özelleşecek, eğitimin içeriği ise, eğitim sonrası çalışma koşullarına göre ve bu koşullara uyum sağlaması beklenen yeni bir tip hekim yaratma amacı doğrultusunda belirlenecektir. Halihazırda hekimlik öğrencileri, tıp fakültelerinde bir hekimin edinmesi gereken temel bilgi ve becerilerin yanında, çağın neo-liberal değerlerine uygun bir gizli müfredatla nasıl piyasa şartlarına uyumlu elit bir zümrenin üyeleri haline gelebileceklerinin öğretisini de almaktadırlar. Hekimlik değerlerini kamucu, eşitlikçi, toplumcu değerlerle birleştiren anlayışlar terk edilmekte; eğitim-öğretim, kadrosu ve öğrencisiyle birlikte daha itaatkar, daha az sorgulayıcı, daha rekabetçi ve bireyci, çekingen ve bencil bir sağlık çalışanı yaratma doğrultusunda dönüştürülmektedir.

Bu çalışmada, "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nın ayrıntıları serimleyecek ve buradaki verilerden yola çıkarak yakın geleceğimize ilişkin çıkarımlarda bulunacağız. Tıp eğitiminin aydın bireyler değil, düzenin gereksinimlerine uygun teknisyenler yetiştirmek üzere nasıl yeniden yapılandırılacağını ve bunun olası sonuçlarını tartışacağız.

Anahtar sözcükler: Sağlık politikaları, küreselleşme, piyasalaşma, neo-liberalizm, tıp eğitimi, gizli müfredat, değerler.

Marketization of Healthcare System and Medical Education in Turkey

In Turkey, healthcare system, which is supposed to secure the right to live a healthy life, has been transformed to a sector within capitalist free-market, as well as health has been turned gradually into a Meta from a basic right. The main aim of "Health Transformation Project" is to achieve this goal. By the implementation of the project, the process of restructuring any kind of healthcare services in order to maximize profits has been accelerated. As a result of these practices, values such as "equality, justice,

**Bu metnin özeti, ilk kez, 2-5 Eylül 2010 tarihleri arasında düzenlenen 5. Karaburun Bilim Kongresi'nde "Piyasalaşmış bir sağlık sisteminde tıp eğitimi" başlığıyla sözlü bildiri olarak sunulmuştur.*

***Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Öğretim Görevlisi, Dr.*
****Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Doç. Dr.*

public benefit" have been ignored, indicators of community health have regressed, and people could lose their lives because of preventable diseases.

Reorganization of medical education according to free-market conditions is an important component of this process. By time, like healthcare services provision, education will be left gradually to monopoles and privatized. Besides, the content of the education will be determined according to the working circumstances after school years and for the purpose of creating a new physician type who is supposed to adjust better to these conditions. Currently, apart from basic knowledge and skills considered a must acquisition for a physician, medical students adopt the doctrine of how to become a member of an elite community adapted to market conditions with a hidden curriculum which best fits to the neo-liberal values of our age. While perspectives associating medical profession's values with values such as equality, public benefit, and socialism are being abandoned; education as a whole with its staff and students is being changed with the purpose of creating a more submissive, less questioning, more competitive, more individualistic, more timid, and more selfish healthcare professional.

In this study, we will exhibit "Health Transformation Project" in detail and moving from the data presented we will put forward some arguments regarding our close future. We will discuss how medical education is restructured in order to cultivate technicians suitable to the needs of the current system, but not intellectual and critical individuals.

Key words: Healthcare policy, globalization, marketization, neo-liberalism, medical education, hidden curriculum, values.

GİRİŞ

Sağlıklı bir yaşam sürme hakkı, her insanın parçası olduğu toplumsal örgütlenmeden talep edebileceği en doğal beklentidir. Ne var ki bugün, hemen bütün dünyada bu en temel hak hiçe sayılmakta, devletin varlık nedeni olarak kodlanan eğitim, barınma, ulaşım, güvenlik gibi diğer temel hizmetlerle beraber sağlık hizmeti de hızla piyasalaştırılmaktadır. Türkiye'de AKP hükümetinin iktidarda olduğu son sekiz yıl içinde, otuz yıldır "küreselleşme" adı altında devam eden sosyal devletin tasfiye sürecinin hızlandığı açıkça ortadadır. AKP iktidarı, gerçekte sağlıkta "toplumsal bir yağma ve yıkım" olan değişikliklerin gerçekleştirilme sürecine Dünya Bankası'ndan ödünç aldığı bir isim takmıştır: "Sağlıkta Dönüşüm Programı".

Türkiye'de 1980'lerde başlatılan sağlıkta piyasalaşmanın devamı olan "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nin en temel amacı, sağlık sisteminin kapitalist pazarda bir sektör, sağlığın ise temel bir hak olmaktan çıkıp gittikçe alınır-satılır bir metaya dönüştürülmesidir. Programın yaşama geçirilmesi ile ülkemizde devlet bütçesinden piyasalaşma yönünde atılan adımların desteklenmesi için devasa harcamalar yapılmakta; bu arada, bireylerin bu hizmeti alabilmek için yaptıkları cepten harcamalar da artmaktadır. Sağlık sisteminin piyasa tarafından kontrol edilecek biçimde yeniden düzenlenmesiyle, her türlü sağlık hizmeti karı maksimize edecek şekilde yapılandırılmaya devam etmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerini önceleyen örgütlenme modelinden neredeyse bütünüyle vazgeçilmiş, hastalığa yakalanan tekil kişiyi iyileştirmeye odaklanılmıştır. Sağlık hizmet sunumunun merkezi organizasyonu ortadan kaldırılarak, bu alanda da tam bir kuralsızlık hakim kılınmaya çalışılmış, böylece özel sektörün önü açılmak istenmiştir. Sağlık hizmetinin, tıp eğitiminin ve biliminin her alt bileşeni büyük holdingler ve taşeronlar biçiminde sektörleşmeye yüz tutmuş, başta farmakoloji olmak üzere pek çok alanda faaliyet gösteren ticari şirketler giderek bu alanda belirleyici olmaya başlamışlardır. Kısacası sağlık, bir rant alanı haline gelmiştir. Bütün bu uygulamaların sonucunda, sağlık alanında "eşitlik, adalet, kamuculuk" gibi insana yakışan değerler hiçe sayılmakta, bir bütün olarak toplumun sağlık göstergeleri gerilemekte, insanlar önlenebilir hastalıklardan yaşamlarını yitirebilmektedirler.

Bu planın sorunsuz işlemesi, sağlık hizmeti üreten bütün emekçiler gibi hekimlerin de daha fazla

sömürülmesini gerektirmektedir. Bir yandan, hekim emeği değersizleştirilir ve sağlık emek-gücü piyasası oluşturulmaya çalışılırken; öte yandan, tıp eğitimi serbest piyasa koşullarına göre yeniden düzenlenmektedir. Süreç içinde hizmet sunumu gibi eğitim de giderek tekellere bırakılacak, özelleştirilecek; eğitimin içeriği ise, eğitim sonrası çalışma koşullarına göre ve bu koşullara uyum sağlaması beklenen yeni bir tip hekim yaratma amacı doğrultusunda belirlenecektir. Bunun sonucu, ülke çapında bağımsız bir sağlık politikası uyarınca, önceden saptanan gereksinimlere göre, topluma dayalı ve kamucu bir anlayışla yürütülmesi gereken tıp eğitiminin çeşitli yöntemlerle paralı hale gelmesi, müfredat ve organizasyonunun piyasa koşullarına göre şekillenmesi ve eğitim hedeflerinin toplumsal gereksinimlerden kopuk olmasıdır. Halihazırda öğrenciler, tıp fakültelerinde bir hekimin edinmesi gereken temel bilgi ve becerilerin yanında, çağın neoliberal değerleriyle örülü bir gizli müfredatla nasıl piyasa şartlarına uyumlu, toplumsal gerçekliklere yabancı, elit bir zümrenin üyeleri haline gelebileceklerinin öğretisini de almaktadırlar. Bir bütün olarak bakıldığında, hekimlik değerlerini kamucu, eşitlikçi, toplumcu değerlerle birleştiren anlayışlar terk edilmekte; eğitim-öğretim kadrosu ve öğrencisiyle birlikte daha itaatkar, daha az sorgulayıcı, daha rekabetçi ve bireyci, sindirilmiş, çekingen ve bencil bir sağlık çalışanı yaratma doğrultusunda dönüştürülecektir.

Bu çalışmada, ülkemizde sağlık alanındaki neoliberal dönüşüm, bu sürecin son ve en yıkıcı halkası olan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ağırlıklı olmak üzere ana hatlarıyla serimleyecek ve buradaki verilerden yola çıkarak yakın geleceğe ilişkin kimi çıkarımlarda bulunacağız. Tıp eğitiminin aydın bireyler değil, düzenin gereksinimlerine uygun teknisyenler yetiştirmek üzere nasıl yeniden yapılandırılacağını ve bunun olası sonuçlarını tartışacağız.

PİYASALAŞMA NEDİR?

Piyasalaşma" kavramını, kabaca iki boyutunu ayrıştırarak tanımlayabiliriz. Bunlardan ilki, bir olgunun piyasa dinamiklerine uyumlu hale getirilmesi ve o olgunun piyasa tarafından belirlenmesi anlamında yapısal boyuttur. Buna göre, referans değer kardır. Bir şeyin (bu bir ürün, bir hizmet, bir bilgi, bir kurum ve hatta bir kişi-emek gücü vb.) değeri, onun doğrudan ya da dolaylı yollarla mevcut sermayenin çoğalmasına ne kadar yaradığına göre saptanır. Bu ilişki var olduğu sürece o şey değerli, aksi halde gereksiz, hatta kimi zaman engelleyici/zararlı kabul edilir[1]. Bu anlamda, bir şeyin esas olarak ne kadar para kazandırdığı ve kazandırma eğilimde olduğu ile nitelenir hale getirilmesi onun piyasalaştırılmasıdır, diyebiliriz. Benzer şekilde, bir olgunun karın sürekliliğini koruyacak biçimde düzenlenmesi ve/veya yapı ve işleyişinin piyasa dinamiklerinin etkisi ve kontrolü altına sokulması da piyasalaşmanın yapısal boyutu içinde değerlendirilebilir.

Piyasalaşmanın ikinci boyutu, piyasa dilinin, değerlerinin ve anlayışının belirli bir çevrede ağırlıklı/başat duruma gelmesi, yani ideolojik etkisidir. Buna göre, piyasanın belirtik ya da örtük değerleri, savları ve temellendirme yöntemleri, dili, kavramları yaşanan gerçekliği değerlendirmek, anlamak ve dolayısıyla belirli çıkarımlarda bulunup, buna göre kimi tavırlar almak için başvurulan temel düşünsel zemini oluşturmaya başlar. Egemen ideolojinin, piyasa ideolojisine dönüşmesi de yine "piyasalaşma" olarak anılabilir.

Çoğu zaman piyasalaşmanın bu iki boyutu birlikte işler ve birbirlerini besleyen, güçlendiren bir işlev görür. Sözcüğün yapısından da anlaşılacağı üzere piyasalaşma, bir sürece işaret eder. Bu süreç, emperyalizmin "küreselleşme" atağı ile koşutluk göstermektedir.

Küreselleşme, kapitalist sistemin 1970'lere tarihlenen derin krizini aşmak için geliştirdiği bir yeniden yapılanma modelidir. Buna göre, kapitalizm bir dünya sistemine dönüşecek ve emperyalist uygulamalarını yaşama geçirmek için dünyanın geri kalanını da bu yönde dönüştürecektir. Balcıoğlu'nun (2009), Soydan'dan (2007) aktardığı gibi, küreselleşme kavramı "kapitalist üretim tarzının belli bir gelişmişlik düzeyinde, dünyanın sermaye açısından tek bir faaliyet alanı haline gelmesi, ekonomilerin entegrasyonu, kitle iletişim araçlarının devasa gelişimi gibi olguların genelini tanımlayıcı olarak kullanılabildiği gibi, yeni liberal[2] politikaların ve yapısal uyarlama süreçlerinin dünya çapındaki meşruiyetini ve böylelikle küresel sermayenin çıkarlarını gerçekleştirmeyi hedefleyen bir ideolojik form olarak da kullanılmaktadır." Dünya ekonomilerini tek ve büyük bir pazarın parçası

duruma getirmeye çalışan sermaye sınıfı, ilgili sürece engel olabilecek ulus-devletlerin egemenliklerini sınırlamayı/ortadan kaldırmayı ve emek örgütlerini dağıtmayı amaçlar **(Yeldan, 2004).**

"Küreselleşme" ile "neoliberalizm" kavramlarının sıklıkla birbirinin yerine kullanıldığı göze çarpmaktadır. Ne var ki, küreselleşme, "ulusal ekonomilerin dünya piyasalarına eklemlenmesi ve bütün iktisadi karar süreçlerinin giderek dünya kapitalizminin sermaye birikimine yönelik dinamikleriyle belirlenmesi" iken **(Yeldan, 2004),** neoliberalizm (ya da neoliberal politikalar) bu sürecin en önemli yapısal ve ideolojik araçlarından biridir. Akalın'a göre (2009), neoliberalizm "dünya ölçeğinde yer alan her bir tekil ülkenin globalizasyon [(küreselleşme)] sürecinde gelecekte dahil olabilmek ve söz konusu sürecin çıkarları açısından sorun yaratmamak amacıyla, ülke sınırları içinde ve yaşamın her alanına ilişkin olarak gerçekleştirilecek uygulamalarla hazırlanarak" emperyalist-kapitalist sisteme eklemlendirilme girişimidir. Dolayısıyla neoliberalizm, "ulus devlet yapılanmalarının yok edilerek, söz konusu yapıları uluslararası sermayenin ve dolayısıyla emperyalizmin hizmetine sokma yolunda atılan adımlar olarak karşımıza çıkmaktadır." **(Akalın, 2009)** Bourdieu, neoliberalizmi "pür piyasa mantığını engelleyen kolektif yapıları yok eden bir program" olarak tanımlamaktadır **(Bourdieu, 2009**).

Noeliberalizmde, klasik liberalizmin[3] (Keynes iktisadı öncesi liberalizm) bireysel özgürlüklerinin yerine, ekonomik özgürlükler ön plana çıkmaktadır. Bu anlayışın kuramsal çerçevesi iki temel ilke zemininde netleşmektedir: 1) Çevre kapitalist ülkelerin "geliştirilmesi" için bu ülkelere teknoloji transferi yapılmalıdır. Bunu sağlamanın koşulu merkez ve çevre ülkeler arasında çeşitli anlaşmalarla uluslararası düzeyde sermaye akışını oluşturacak yeni bir takım uygulamalara geçilmesidir. 2) Devletin her türlü sanayi ve ticari etkinlikte rolü kısıtlanmalıdır. Mal ve hizmet sunumunda kamu harcamaları azaltılmalı ve bir süre sonra bütünüyle ortadan kaldırılmalı, eş zamanlı olarak bir emek piyasası oluşturulmalıdır. Böylece devlet küçülecek, devlet müdahalesi sınırlandırılacak ve özgürlükler artırılacaktır. **(Hamzaoğlu, 2010; Akalın, 2009)**

Neoliberal uygulamaların ana bileşenlerini ise şöyle sıralayabiliriz **(Akalın, 2009):**

1) Piyasa hakimiyetinin sağlanması, piyasa mekanizmalarının etkin kılınması ve "serbest rekabet" koşullarının yaratılması.

2) Kamu hizmetlerinin (topluma yönelik hizmetlerin) sağlanmasına yönelik harcamaların azaltılması.

3) Kar oranlarının artışının önünde engel oluşturabilecek çevre ve iş güvenliği, doğum izni, emeklilik hakkı vb. gibi düzenlemelerin ortadan kaldırılması ya da etkisizleştirilmesi.

4) Özelleştirme. Devlete/kamuya ait her türlü işletmenin, arazinin, doğal kaynakların ve taşınmazların (fabrikaların, bankaların, yolların, köprülerin, enerji santrallerinin, okulların, sosyal tesislerin, kıyıların, akarsuların vb.) yerli/yabancı/ulusötesi yatırımcılara satılması.

5) "Toplum" kavramından kurtulma, toplumculuk anlayışının yerini bireyciliğin alması, "sorumluluk, bireysel sorumluluğa indirgenerek" sosyal devlet anlayışın ve örgütsel/kurumsal sorumlulukların geçersizliğinin ilan edilmesi.

6) Sosyalizm düşmanlığı. Keynesyen anlayışın hakim olduğu dönemde güçlenen işçi hareketleri ve gelişen sendikal etikinliklerin engellenmesi.

Burada görüldüğü gibi, neoliberalizmin ana hedefi, bütün dünya ekonomisini piyasa egemenliğinin altına sokmaya, bu yoldaki bütün engelleri bertaraf etmeye ve piyasanın yüceltilmesi ideolojisinin istisnasız herkesçe benimsenmesini sağlamaya çalışmaktır. Kısacası, neoliberalizm bir piyasalaştırma operasyonudur.

Öte yandan, aradan geçen otuz yıllık sürede, neoliberal politikaların dünyada, uygulandığı her coğrafyada yıkıcı sonuçları olmuştur ve halihazırda olmaya devam etmektedir. Hamzaoğlu ve Özkan'a göre (2010), neoliberalizm ile "kamusal yararlar ([ve servetler, birikimler]) özelleştirilmekte, sermaye sınıfının zararları kamulaştırılmaktadır."

"Serbest piyasa ve rekabet"in yüceltilmesi ve dünya ekonomik sistemine hakim duruma getirilmesi, yani neoliberal dönüşüm süreci, 1970'lerin sonunda öncelikle İngiltere ve Amerika Birleşik devletleri'nde (ABD) uygulanmaya başlamıştır. Küreselleşme ile birlikte, bu sürecin aracılığını yapmak üzere devreye sokulan Dünya Bankası (DB), Uluslararası Para Fonu (IMF), Ekonomik İşbirliği ve Gelişme Teşkilatı (OECD) gibi uluslararası finans örgütleri ve bizzat ABD ve Avrupa Birliği (AB)

gibi emperyalist merkezlerce dünyanın geri kalanında da ilgili süreç çeşitli mekanizmalarla yaşama geçirilmiş/geçirilmektedir. Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği'nin (SSCB) çözülmesi sonrasında ekonomik, ideolojik ve askeri açıdan rakipsiz hale gelen emperyalist merkezler, neoliberal politikaları bütün dünyaya dayatmak konusunda cesaret kazanmış ve yeni pazarların kapitalist sisteme entegre edilmesiyle güçlerini artırmışlardır.

Ülkemizde, neoliberal uygulamaların başlangıcını 24 Ocak kararlarının alındığı 1980 yılına tarihleyebiliriz. 12 Eylül darbesiyle bu kararların yaşama geçirilmesinin önündeki toplumsal direnç kırılmış, sonrasında iktidara getirilen Özal hükümetlerine dönüşüm sürecinin yürütücülüğünü yapma görevi verilmiştir. Neoliberal politikalar, Özal sonrası bütün hükümetlerce benimsenmiş ve uygulanmaya devam etmiştir. Ne var ki, 2002 yılında ülkenin yönetimine getirilen Adalet ve Kalkınma Partisi (AKP), iktidarda bulunduğu son sekiz yıl içinde bu konuda en hızlı ve hırslı davranan siyasi özne olmuştur. Bu dönemde, ülkenin hemen her sektöründe, yapısal düzenlemeler adı altında devasa ölçülerde değişikliklere/özelleştirmelere gidilmiştir.

Doğaldır ki, sağlık sektörü bu sürecin dışında tutulmamış, yoğun bir piyasalaştırma operasyonuna uğramıştır.

TÜRKİYE'DE SAĞLIKTA PİYASALAŞMA

Cumhuriyetin kurulmasından bu yana Türkiye'deki sağlık politikalarını tarihsel olarak farklı dönemlere ayırarak incelemek mümkündür. Biz, bu çalışma kapsamında, neoliberal politkaların yaşama geçirildiği 1980 sonrasına eğilecek, ağırlıklı olarak da AKP hükümeti tarafından 2003 yılından bu yana uygulamaya konan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" çerçevesinde ilgili dönüşümün ana hatlarını ortaya koymaya çalışacağız.

Yine de, 1062-1980 arası dönemin, Türkiye'de ağırlıklı olarak "sosyal devlet" anlayışının egemen olduğu bir tarihsel aralık olduğunu hatırlatmadan geçemeyeceğiz. Bilindiği gibi bu dönem, Batı'daki "sosyal refah devleti" uygulamalarının hala geçerli olduğu dönem ile kapitalizmin yapısal krizine çözüm aramaya başlamasından yaklaşık on yıl sonrasına kadar olan süreyi kapsamaktadır. Bu dönemde Türkiye'de sol belirli bir birikim yaratarak gücünü ve örgütlülüğünü artırmış; başta ABD olmak üzere emperyalist merkezler, Sovyetler Birliği'nin ülkemizdeki işçi/emekçi hareketlerine büyük ilham kaynağı olduğu koşullarda ülkenin görece bağımsız ve kamucu niteliklerini sürdürmesine göz yummak durumunda kalmıştır.

1961'de yasalaşan 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi" kanunu da yine bu dönemde uygulanmaya çalışılmıştır. Yasaya göre, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin tüm ülkede yaygın olarak kurulan sağlık ocaklarından başlayarak basamaklı bir biçimde yapılandırılması ve sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumunun Sağlık Bakanlığı tarafından merkezi olarak sağlanması öngürülmüştür. Sağlık hizmetlerinin coğrafya ve nüfus temelli olarak, her yurttaşa eşit, nitelikli ve ücretsiz olarak götürülmesi anlayışı benimsenmiştir. 224 sayılı yasa hiçbir zaman tam olarak uygulanamamıştır. Ne var ki, bu dönemde sağlık politikalarının temelde "sosyal devlet" anlayışı ekseninde şekillendirildiğini ve kısmen de olsa yaşama geçirildiğini söyleyebiliriz. **(TTB, 2001)**

1980-2002[4]

12 Eylül 1980 askeri darbesinden sonra iktidara gelen hükümetlerin tümü öteki kamu hizmet alanlarının yanı sıra, sağlık sektörünün piyasalaşması için çabalamışlardır. Bu bölümde, ilgili süreci 1980-1988 (ticari serbestleşme dönemi) ve 1989-2002 arası (finansal serbestleşme dönemi) olmak üzere iki dönemde ayırarak ana hatlarıyla özetlemeye çalışacağız.

1980-1988 dönemi

1982 Anayasası, devletin sağlık alanındaki sorumluluğunu yeniden tanımlamaktadır. 1961 Anayasası'nın sağlığı temel insan hakkı olarak ele alan "sosyal devlet" anlayışı, devletin "sorumlu değil düzenleyici" olduğu bir anlayışla değiştirilmiştir. Sonraki yıllarda, devlete biçilen yeni formasyona uygun sağlıkla ilgili pek çok yasa yürürlüğe konmuştur.

Bu dönemde, sermaye üzerindeki vergi yükü hafifletilmiş, sağlığın da içinde olduğu sosyal harcamalar kısılmış, kamu sağlık personelinin ücretleri düşürülmüştür. Sağlık yatırımları teşvik kapsamına sokulmuş, sağlıkta özel sektörün devlet eliyle desteklenmesi süreci başlamıştır. 1983 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesindeki kurumlarda döner

sermaye uygulamasının kapsamı genişletilmiştir. Böylece, bütçeden ayrılan payın azaltılması yoluyla giderek çökme aşamasına getirilen sağlık kurumlarına, ayakta kalabilmek için hizmetlerini fiyatlandırmanın yolu gösterilmiştir.

Sol ve muhalif örgütler bu dönemde cunta yönetiminin baskı ve saldırılarına maruz kalmış, Türk Tabipler Birliği (TTB) kapatılmış, 1982 Anayasası'na paralel olarak TTB yasası değiştirilmiş, örgütün yetkileri daraltılmıştır.

1983'te tek başına iktidara gelen ANAP'ın Hükümet Programı, kamu sağlık hizmetlerine yöneltilen neoliberal saldırı söyleminin çarpıcı bir örneği olarak okunabilir. ANAP hükümetinin çıkardığı 1987 tarih ve 3359 sayılı "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu", sağlığın ticarileştirilmesi ve devletin bu alandaki sorumluluğunun ortadan kaldırılması açısından bu yöndeki girişimlere referans olmuştur. Bu yasa ile, "(...) kamu sağlık kuruluşları statü olarak işletme haline getirilmiş, gerek özel gerekse kamu sağlık kuruluşlarının hizmetleri fiyatlandırılmış, sosyal güvenceye sahip olan herkesin kamu ya da özel istediği sağlık kuruluşundan yararlanabilmesi olanaklı kılınmıştır." **(Soyer, 2003)**

Sosyal Sigortalar Kurumu'nun (SSK) hizmet üreten değil, hizmet satın alan bir kuruma dönüştürülmesi fikri, ilk olarak ANAP döneminde kurumun 40. Genel Kurulu'nda dile getirilmiştir. Buna göre SSK, kamu sağlık kurumlarının özel statüsünde işletmelere sahip olmasını, sözleşmeli personel çalıştırmalarını öngörmekte ve bu şekilde yeniden yapılandırılmış kamu sağlık kurumlarını ürettikleri sağlık hizmeti karşılığında finanse etmeyi önermektedir. Bunun yanı sıra, ANAP hükümetleri, sağlık ocakları sistemini gevşetmiş, yozlaştırmıştır. "Aile hekimliği" sistemine geçiş fikri de yine ilk kez bu dönemde ortaya atılmıştır. ANAP hükümetleri, iktidarda olduğu yıllar boyunca durmadan sağlık hizmetleriyle ilgili sorunların kaynağında "kamu"nun bulunduğunu, devlet eliyle sağlık hizmeti verilmeye çalışılmasının "verimsiz" olduğunu, devletin "merkeziyetçi ve hantal" yapısıyla bu işi beceremeyeceğini propaganda etmiş; çözüm olarak özelleştirmeyi öne sürmüştür.

1989-2002 dönemi

1980'lerin sonuna doğru, 12 Eylül'den beri ekonomik ve siyasi baskı altında bulunan emekçilerin tepkisi yükselmeye başlamıştır. "1989 Bahar Eylemleri", 1990'ların başındaki "Büyük Madenci Yürüyüşü" ve sağlık çalışanlarının "Beyaz Eylemleri" emekçiler arasında baş gösteren rahatsızlığın göstergeleri olarak hemen akla gelmektedir. Dönemin hükümetleri, bu tepkileri 1989-1993 yılları arasında temelde sermaye hareketlerine dayanan yapay ekonomik genişlemeye dayalı ücret artışlarına giderek karşılamıştır. 1994 ekonomik krizi ve arkasından gelen 5 Nisan kararlarıyla kamu harcamaları kısılmış ve ücretler yeniden aşağı çekilmiştir.

1991 seçimlerinden sonra iktidara gelen DYP-SHP koalisyon hükümetinin 1992-1993 yılları boyunca gündemde tuttuğu "sağlık reformu" paketi, AKP'nin "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile gerçekleştirmekte olduğu dönüşüm basamaklarının hemen hepsini içermekteydi. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi-aile hekimliği sistemi, genel sağlık sigortasına geçiş, yerelleşme, sözleşmeli sağlık personeli istihdamı bu başlıklar arasında sayılabilir.

Bu dönemde, 1990 yılında ANAP hükümeti döneminde Dünya Bankası ile imzalanan "Sağlık Projesi Kredi Anlaşması" hükümlerinin uygulanması ve denetlenmesi için "Sağlık Reformu Proje Genel Koordinatörlüğü" adlı bir merkez kurulmuştur. Kurum, ilgili anlaşma ile, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesini desteklemek ve bu süreci yönlendirmek amacını taşıyan bir programın hayata geçirilmesini sağlamıştır. Programın üç ana bileşeni ise "kamu sağlık kuruluşlarının özerkleşmesi ve yerelleşmesi", "sağlık hizmetinin fiyatlandırılması ve çalışanlara prim ödeme yükümlülüğü getirilmesi" ve son olarak kapsamlı bir "özelleştirme"dir.

DYP-SHP hükümeti, 5 Nisan 1994 kararları ile kamu sağlık kurumlarının çökertilmesi için son darbeyi vurmuştur. Buna göre, devlet yalnızca personel giderlerini karşılayacak, diğer harcamalara karışmayacaktır. Mali açıdan sıkışan ve en basit giderler için dahi ödenek bulamayan devlet hastaneleri ve sağlık ocakları, verdikleri hizmet karşılığında yurttaşlardan (kimi zaman "bağış "adı altında) ücret talep etmek durumunda kalmıştır. İlerleyen dönemlerde SSK'nin tasfiyesi ve ulusötesi sermayenin Türkiye'de sağlık ve sosyal hizmetler alanında yatırım yapabilmesine ilişkin pek çok girişimde bulunulmuştur.

AKP'li yıllar

2002 seçimlerinde tek başına iktidara gelen AKP, ülkemizde sağlıkta neoliberal dönüşüm sürecini, kendinden önceki hükümetlerden çok daha öteye taşımış, birbiri ardına hızlı ve yıkıcı adımlar atmıştır. Öyle ki, "sağlığın piyasa içinde bir meta olabileceği" anlayışı bu dönemde başat duruma gelmiş, sağlıkta piyasalaşma yönündeki yapısal değişiklikler ise neredeyse tamamlanmıştır.

AKP, gerek şimdiye kadar kurduğu hükümetlerin programlarında, gerekse 3 Kasım 2002 Genel Seçimi'nden sonra kamuoyu ile paylaştığı "Acil Eylem Planı" (AEP) belgesinde sağlıktaki ana hedefini açıkça ifade etmiştir. Buna göre, "Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanının birbirinden ayrılması, özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi, hastanelerin idari ve mali özerkliğe kavuşturulmaları ve bütünleştirilmeleri, genel sağlık sigortası, aile hekimliği" uygulamaları adım adım hayata geçirilecektir **(AEP, 2003).** Bu hedeflerin kapsamı, 2003 yılında, DB direktifleri doğrultusunda hazırlanan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" (SDP) belgesi ve 2004 yılında "Aile Hekimliği" yönergesi ile açıklanmıştır **(Pala, 2003; SB, 2003; SB, 2004).**

AKP iktidarı, SDP ile ülkemizdeki sağlık sisteminin dört temel bileşenine ilişkin önemli değişiklikleri gündeme getirmiş ve uygulamıştır: Hizmet sunumu, finansman, finansman ile hizmetin buluşturulması ve ödeme yöntemleri. Kısaca belirtmek gerekirse; 1) birinci basamak sağlık hizmetlerinin (temel sağlık hizmetleri) özelleştirilmesi anlamına gelen "aile hekimliği" sistemine geçilmesi ve gerek kamu sağlık kurumlarının çeşitli yöntemlerle hızla piyasalaştırılarak, gerekse yeni sağlık tekellerinin kurulması özendirilerek sağlığın metalaştırılması "hizmet sunumu" ile; 2) Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemine geçiş "finansman" ile; 3) SSK'nin sağlık hizmeti üreten ve aynı zamandan finanse eden bir kurumken, yalnızca kamu veya özel sağlık kuruluşlarından hizmet satın alan bir kuruma dönüştürülmesi ve Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmetlerinin organizasyonundan birinci derecede sorumlu ve merkezi olarak yapılanmış sağlık yönetiminin en yetkili kurumuyken yalnızca "politikalar geliştiren, standartlar koyan ve denetleyen" bir yapıya büründürülmesi "finansman ile hizmetin buluşturulması" ile; ve son olarak, 4) GSS Kurumu'nun (Sosyal Güvenlik Kurumu - SGK) çeşitli sözleşmeler ve ücretlendirmeler ile kamu/özel kuruluşlarından hizmet satın alması, sözleşmeli istihdam ve performansa dayalı döner sermaye uygulaması "ödeme yöntemleri" ile ilgili değişikliklerin ana başlıklarıdır **(Hamzaoğlu, 2009).**

Fikir vermesi açısından, AKP'nin "Sağlıkta Dönüşüm Programı" adı altında yürüttüğü operasyonun bazı basamaklarına burada kısaca değinmek istiyoruz. Bu basamaklar, birbirleriyle ilişkili ve aslında aynı büyük planın parçaları olmasına karşın, AKP'nin iktidarda olduğu yıllar boyunca bir anda değil, farklı zamanlarda ve farklı söylemlerle kamuoyu gündemine getirilmiş ve uygulamaya konmuştur.

Özelleştirmeler ve yerelleştirmeler

Daha önce ortaya konduğu gibi, 1980 sonrası istisnasız bütün hükümetlerin bu yolda yoğun çalışmaları olmuştur. AKP, bu hükümetler arasında en çok yol kat edenidir, denilebilir. Bu dönemde, kamu sağlık kuruluşları doğrudan özelleştirilmese bile, yoğun bir piyasalaşmaya maruz bırakılmıştır. Zira, "yerinden yönetim ilkeleri ile güçlendirilmiş, desantralizasyon ile karar mekanizmaları geliştirilmiş, 'idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerine' dönüştürülmüş ve kendi gelirleri ile ayakta kalmaya çalışan 'kamu sağlık kurumları', sistem içerisinde özel sağlık kurumları ve birbirleri ile rekabet ederek hizmet sunacak bir yapıya kavuşturulmaktadır." **(Hamzaoğlu, 2009)** Bu adımların, halihazırda TBMM Genel Kurulu'na sunulmak üzere bekleyen Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı (KHBYT) kapsamında öngörülen nihai özelleştirme aşamasına hazırlık niteliği taşıdığı açıkça ortadadır.

Sözleşmeli çalıştırma ve performansa dayalı döner sermaye uygulaması

2003 yılında 4924 sayılı yasa ile Türkiye'de sağlık alanında sözleşmeli çalışma dönemi başlamıştır. Yasa, "eleman temininde güçlük çekilen yerlerde" sözleşme akdi ile "işçi sayılmayan sağlık personelinin" çalıştırılabileceği hükmünü getirmiştir **(Hamzaoğlu, 2009).** Yasa, öncelikle "mecburi hizmet" uygulamasının alternatifi olarak bölgesel ölçekli sınırlı bir çerçeveyle öne sürülmüş, daha sonra kapsamı genişletilmiştir.

AKP, hemen hemen aynı dönemde "performansa dayalı döner sermaye" uygulamasını da yaşama geçirmiştir. Buna göre, yapılan her tıbbi girişim ve işlem puanlandırılarak sağlık çalışanlarının ücretlendirmesi buna göre ek ödeme biçiminde yapılmaya başlanmıştır. Başlangıçta maaşın bir kaç katı düzeylerine varan ve mevcut döner sermaye havuzundan yapılan bu ödemeler, bir yandan özellikle hekimler arasında hükümetin uygulamalarına karşı yükselen tepkiyi dindirmek için bir araç olarak kullanılırken; diğer yandan sağlık çalışanlarını birbirleriyle yarışmaya itmiştir. Böylece ekip çalışmasının ön koşulu olan iş barışı zedelenmiş, sağlık çalışanları "işletme mantığı"yla tanışmış ek olarak, gereksiz tetkik ve tedavi oranları ve ilaç tüketimi yükselmiş, endikasyon dışı ameliyatlar gibi etik olmayan uygulamalar artmıştır**(Bilaloğlu, 2004**; **Hekim Postası, 2009).** Bunun yanı sıra, performans sisteminin, kısa vadede sağlık çalışanlarının gelirlerini artırdığı söylenebilirse de, prime yansımayan bu ödeme biçiminin uzun vadede reel ücretlerde bir düşüşle sonuçlanacağı söylenebilir **(Bilaloğlu, 2004).**

"Genel Sağlık Sigortası" (GSS)

Özal hükümetlerinden beri bütün iktidarlarca dillendirilen "Genel Sağlık Sigortası", (IMF, Dünya Sağlık Örgütü - DSÖ, DB direktif ve kredileriyle gerçekleştirilen) altyapı hazırlıklarının ardından 1 Ekim 2008 tarihinde "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası" (SSGSS) adıyla yasalaştırılmıştır.

Hükümet tarafından "toplumun bütününü kapsayan zorunlu sağlık sigortacılığı sistemi" olarak pazarlanan GSS, aslen sağlık hizmet sunumunu ve finansmanını bütünüyle değiştirecek bir uygulamadır. Buna göre devlet, sağlık alanındaki toplumsal sorumluluğunu düzenleme ve standart belirlemeye indirgeyecektir. SGK artık sağlık hizmeti üretmeyecek, satın alacaktır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı için genel bütçenin kullanılması engellenecek, sağlık hizmetlerine erişim karşılığında çalışanlardan ayrıca prim toplama yoluna gidilecektir. Primlerini ödeyebilenler, -önceden belirlenmiş bir "temel teminat paketi"[5] kapsamındaki- sağlık hizmetlerinden belirli bir katkı payı karşılığında yararlanabilirken, paket kapsamı dışında kalan sağlık gereksinimleri için ya bütünüyle cepten harcama yapmak, ya da bu riske karşı kendilerini korumak için özel sağlık sigortası şirketleriyle poliçe sözleşmesi imzalamak durumunda kalacaklardır **(Hamzaoğlu, 2009).**

GSS sisteminin işleyişi, sağlık hizmeti sunan kuruluşların bütünüyle piyasalaştırılmasına, sağlık çalışanlarının (işsiz kitlesi ile birlikte) sağlık-emek piyasasının birer bileşeni haline dönüştürülmesine bağlıdır. KHBYT ve Tam Gün Yasası (TGY) bu dönüşümün son halkalarıdır. GSS ise, özünde sağlık piyasasının düzenlenmesi için geliştirilmiş bir mekanizmadır.

"Aile Hekimliği"

SDP'nin temel taşlarından biri olan "aile hekimliği"ne geçiş uygulaması, özünde 224 sayılı Kanun'a göre koruyucu sağlık hizmetleri ve tedavi edici hizmetlerin ücretsiz yürütüldüğü birinci basamağın piyasalaştırılmasına denk düşmektedir. Uygulama 2004'de pilot olarak 10 ilde başlamış, bugün ise halen "Aile Hekimliği Uygulaması Pilot Yasası" uyarınca kapsamı tüm yurda genişletilmiştir.

Aile hekimliği uygulamasıyla, kendisine kayıtlı olan nüfusun sağlığını yaşam boyu -ücretsiz olarak- korumak ve geliştirmekle yükümlü olan "sağlık ekibi" yapılanmasına son verilmiş; bunun yerine, kendi hesabına çalışan "aile hekimleri" ile bu hizmetlerin yürütülmesi planlanmıştır. Buna göre, yeni hizmet yerleri "Aile Sağlığı Merkezi" (ASM) adıyla anılmaya başlanmış, sağlık ocakları tasfiye edilmiş, binaları ve içinde bulunan demirbaş niteliğindeki alet ve malzemeler aile hekimlerine kiralanmıştır. Sağlık ocağı bulunmayan bölgelerde ise, görevlendirilen aile hekimi bizzat bu merkezleri kurmakla yükümlü kılınmıştır. ASM'lerin elektrik, su, ısınma ve benzeri giderlerinin karşılanması da yine aile hekiminin ek sorumlulukları kapsamında tanımlanmıştır. Benzer şekilde, aile hekiminin yanında en az bir adet "aile sağlığı elemanı" çalıştırması zorunlu tutulmuş, bu kişinin ücretinin aile hekimi tarafından ödenmesi öngörülmüştür. Kısacası, hekimler de artık küçük çaplı birer işveren durumundadırlar. Her aile hekimine kayıtlı belli sayıda kişi olacağı öngörülmüş, bu sayının üzerine çıkılması serbest bırakılmıştır. Bu kayıtların, nüfusa dayalı ve coğrafya temelli olarak düzenlenme zorunluluğu kalkmış, "hekim seçme özgürlüğü" söylemiyle isteyen herkesin istediği aile hekimine başvurabilmesinin önü açılmıştır. Aile hekimleri, sorumlu oldukları hasta sayısına göre ücretlendirilecekler, gerektiğinde bu sayı için

belirlenen alt sınır yükseltilebilecektir. Buna göre aile hekimi, öteki aile hekimleri ile yarışarak daha fazla sayıda kişiyi kendine kayıtlı yapmaya çalışacaktır.

Aile hekimliği sistemine göre koruyucu sağlık hizmetleri de kredilendirilmiştir. Ne var ki, tedavi edici hizmetleri yürütmek daha kolay ve hızlı olduğu için, yeni "aile hekimlerinin" bu tür hizmetlere ilgi duymayacağı öngörülmektedir. ASM'lerin yanı sıra, Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) kurulmuştur. Bu yapı, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin birlikte verilmesini öngören "entegre" sistemi parçalamıştır. **(TTB Halk Sağlığı Kolu, 2007; Belek, 2003)** Modelin adı olarak seçilen "aile hekimi" kavramı yanıltıcıdır. Bu hekimler, ailelerden değil, belirli periyodlarla kendilerine kayıt olan tek tek bireylerin sağlığından sorumludurlar. Kayıt sistemi, ne aile, ne coğrafya, ne nüfus tabanlıdır. Gözetilen ölçüt tek tek bireylerden oluşan listenin uzunluğu, yani niceliktir.

"Tam Gün" yasası

Bir süredir Türkiye'de hekimlerin gündeminde bulunan ve en son durumda (Ağustos 2010 itibariyle) Anayasa Mahkemesi'nin iki maddesini iptal ederek yürürlüğe girmiş bulunan "Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun", "Tam Gün Yasası" olarak bilinmektedir ve asıl olarak, hekimlerin çalışma koşulları ve ücretlendirilmelerini düzenleyen bir yasadır. Son haliyle tıp fakülteleri öğretim üyelerini de kapsayacak biçimde tüm kamu hastanelerinde çalışan hekimlerin mesai saati bitiminden sonra gelir getirecek ek bir işte çalışmaları serbest bırakılmıştır. Ayrıca artık tıp fakülteleri hastanelerinde, öğretim üyelerinin muayene ücretinin bir kısmının döner sermayeye kesilmekte olduğu "öğretim üyesinin özel muayene yapması"na yasak getirilmiştir. Bu, üniversite hastanelerinin gelirlerinin önemli bir kısmının kesileceği anlamına gelmektedir.

Tam Gün yasası gerçekte, yakın zamanda düzenlenecek olan sağlık emek-gücü piyasasına hazırlık adımlarından biridir. Bir sonraki aşama olan kamu hastanelerinin özelleştirilmesi ve sağlık tekellerine devredilmesi tamamlandığında, kendi hesabına yarı zamanlı çalışan uzman hekimlerin bulunması, bu şirketlerin piyasaya baştan dezavantajlı girmelerine yol açabilecektir. Çalışma zamanının bir bölümünü muayenehanesinde kendi hesabına çalışarak geçirecek bir hekim, şirketlerin "maksimum verim" (ve sömürü) anlayışına uymamaktadır.

Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı (KHBYT)

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın şimdilik görünen son aşaması meclise sunulmuş bulunan "Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı" Sağlık Bakanlığı'nın elindeki tüm hastaneleri piyasaya devretme niyetini açıkça göstermektedir. "Kamu Hastane Birlikleri Yasası" diye anılan düzenlemeye göre, -şimdilik üniversite hastaneleri dışındaki- kamu hastaneleri yönetimi, işletmeciler ve ticaret adamlarını içerecek bir kurula ait olacaktır. Kamu hastaneleri Sağlık Bakanlığı'ndan bağımsızlaştırılacak ve "özerk" hale getirilecek; böylece, hastanelerin özelleştirilmesinin kolaylaşacağı öngörülmektedir. Şimdilik devlet hastaneleri için planlanan bu özelleştirme çalışmasının üniversite hastaneleri için de bir uyarlamasının yapılması olası görünmektedir. İlgili yasa ile ülkemizdeki bütün kamu hastaneleri önce belirlenecek bölgeler bazında birlikler biçiminde yeniden düzenlenecek, bu birlikler özel birer şirket gibi yönetilecek, gerekli görülürlerse kapatılacak, satılacak ya da başka bir sektöre (örneğin; turizm) devredilebilecektir **(Ataay, 2007)**. Bu, sağlık sisteminin merkezi organizasyonunun kalan son ayağının da ortadan kaldırılması ve sağlık hizmetlerinin topyekün yerelleştirilmesi ve özelleştirilmesi anlamını taşımaktadır.

Teknoloji ve ilaç sektörünün etkisi

Günümüzde tıpta teknolojinin kullanılmasının vardığı son aşama, tıp anlayışını toplumdan soyutlamaktadır. Boenink'e (2009) göre, teknolojik ilerleme, hastalık kavramını temel olarak değiştirmese de, sağlık ve hastalığın bireysel/kişisel düzeyde ele alınmasını, hastalığın ya da sağlık ölçütlerinin her bir kişide ayrı ayrı değerlendirilmesini beraberinde getirecektir. Bu gelişmeler, ilgili alanlarda çalışanları hastalık ve sağlığın toplumsal yönüyle ilgilenmekten uzaklaştırmaktadır.

Moleküler tıp çalışmalarının sağladığı olanaklar sayesinde ilaç olabilecek yeni moleküllerin geliştirilmesi ve pazarlanması sermaye için önemli

bir motivasyondur. İlaç sektörü, ilaç pazarı oluşturmak için Türkiye gibi ara kapitalist ülkelere gözünü dikmiştir. Son birkaç yıl içinde uluslararası ilaç firmaları ve yerel firmaların birleşmelerine tanık olunmuştur. 2009 yılında, Türkiye reçeteli ilaç pazarının büyüklüğü 14 milyar TL'dir **(İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası, 2009)**. 2003'ten 2008'e kadar geçen sürede Türkiye reçeteli ilaç pazarında iki katlık bir artış görülmüş, bu artışın dünya ile de paralellik gösterdiği belirtilmiştir. 2020'ye kadar bir iki katlık artışın daha beklendiği bildirilmiştir (**Haberler.com, 2009).**

İlaç endüstrisi, toplam gelirinin ve kar oranlarının artışını devam ettirebilmek için gelirinin önemli bir bölümünü araştırma-geliştirme çalışmalarına (Ar-Ge) ayırmaktadır. Uluslararası bir danışmanlık şirketinin raporunda ilaç sektörünün Ar-Ge harcamalarının ciroya oranı itibariyle (%15,9) en fazla Ar-Ge harcaması yapan sektör olduğu belirtilerek en fazla katma değer getiren ürün olarak ilaç pazarının daha da genişletilmesi, ilaç sektöründeki Ar-Ge etkinliklerinin önündeki engellerin kaldırılması önerilmektedir **(Buharalı, 2009).** Karşılaştırmalı ilaç tedavisi çalışmalarının %89-98 oranında ilaç firmaları tarafından finanse edildiği tahmin edilmektedir **(Ulaş, 2008)**. İlaç firmalarının, ülkemizde gerçekleştirilen girişimsel klinik araştırmaların büyük bir bölümünü desteklediği bilinmektedir. Bu çalışmaların bir bölümü ise, zaten ilgili ilaç firmalarınca yönlendirilen uluslararası çok merkezli araştırmalardır **(Civaner, 2006).**

İlaç ve tıp teknolojisi pazarındaki özellikle 2000'li yıllarda gerçekleşen belirgin büyüme, tıp fakültelerinde araştırmalara ve tıp eğitimine yön vermektedir. Ar-Ge çalışmalarının ilaç tekelleri ve tıbbi teknoloji şirketlerinin desteği ve yönlendirmesi altıda gerçekleştirilmesi, büyük araştırma ve eğitim projeleri için bu kamusal destek mekanizmalarının terk edilip sermayenin gereksinimlerince belirlenen kimi çerçeve programlarına girilmesi, mezuniyet sonrası eğitim açısından önemi tartışılmaz olan kongrelerin ilgili tekellerce finanse edilmesi bu sürecin nasıl işlediğine ilişkin örneklerden bazılarıdır. Türkiye'de döner sermaye ile işletilmekte olan tıp fakülteleri de "dışarıya hizmet satma" başlığı altında ilaç firmaları ile anlaşmalı olarak araştırmalara girişmektedir **(Ulaş, 2008).** Hekimlerin masalarını ilaç firmalarının promosyon olarak verdiği eşyalar süslemektedir. İlaç firmaları, tıp fakültelerinin mezuniyet eğlencelerini finansal olarak reklamlarıyla birlikte desteklemektedir. Tıp kongrelerinin lüks otellerde yapılmasını sağlayan da yine ilaç firmalarıdır. **(Civaner, 2006)**

Tedavi edici hizmetlere öncelik tanıma

Son sekiz yıllık dönemde, Türkiye'de sağlıkta dönüşüm süreci sağlık hizmet sunumunu halk sağlığı anlayışından uzaklaşmaya zorlamaktadır. Sağlıkta dönüşüm süreci içinde sağlık ocaklarında önce performansa dayalı ücretlendirme uygulaması ile ayaktan poliklinik hizmetleri özendirilmiş, ikinci aşamada ise yine performansına bağlı olarak ücretlendirilecek, dolayısıyla tedavi edici hizmetlere zorlanacak aile hekimliğinin uygulamasına geçilmiştir. Hekim adaylarının ve tıp fakültelerinin yönelimi de, benzer şekilde, halk sağlığı ve koruyucu hekimlik anlayışından ilaç ve sağlık teknolojisi pazarını besleyecek bir tıbbi tedavi modeline zorlanmaktadır.

Piyasalaştırılan sağlık sektörü "sağlığı koruma ve geliştirme" mantığıyla kar elde edemez. 2004 yılından 2008 yılına kadar Türkiye'de halk sağlığına ayrılan bütçe kaynaklarının sağlık harcamaları içindeki payı %1,2'lere kadar düşürülmüştür. Tedavi harcamaları başta olmak üzere diğer harcama kalemlerinde ödeneğin çok üstünde harcama yapılırken, halk sağlığında ödeneğin çok altında kaynak kullanımı yapılarak "tasarruf edilmektedir" **(Yılmaz, 2007)**. 2001 yılında tedavi hizmetlerinde kamu giderleri (SGK'nın hastanelerden aldığı hizmetler karşılığında ödemiş olduğu para anlamında) 1,5 milyar Dolar'dan, 2008'de 10,8 milyar Dolar'a yükselmiştir (**Soyer, 2010).**

Açıkça görülmektedir ki, Türkiye'de sağlık hizmet sunumunun organizasyonu toplum sağlığını korumaya ve geliştirmeye, yani hastalıkların ortaya çıkmadan engellenmesine değil, hastalıkların tedavi edilmesine yöneliktir. İlaç, tıbbi teknoloji, özel sağlık sigortası şirketleri ve genel olarak uluslararası sağlık piyasalarının isteği bu yöndedir.

Bir bütün olarak ele alındığında, sağlıkta neoliberal dönüşüm sürecinin ve özel olarak da SDP'nin yıkıcı sonuçları olmuştur. Kısaca belirtmek gerekirse, bu dönemin sonunda, önceden iddia edilenin aksine kamu harcamaları artmıştır. Bunun yanı sıra, son otuz yıldır devam eden uygulamalar

sonucunda sağlıkta eşitsizlikler yükselmiştir **(Hamzaoğlu, 2009)**. Daha ucuza mal olan merkezi, kamusal ve koruyucu-tedavi edici entegre sistem terkedilmiş; sağlık hizmeti, piyasanın hakim olduğu, tedavi edici hizmetlerin ağırlıkta olduğu bir sistem çerçevesinde metalaştırmıştır. İlaç ve teknoloji tekelleri, ülkemizdeki sağlık sektörünün ve tıp alanındaki araştırmaların temel belirleyicisi haline gelmiş, topluma dayalı ve uzun vadeli planlama anlayışı terk edilmiştir. Buna uygun olarak, ilaç ve teknoloji pazarı büyümüş ve kamu kaynakları bu pazarın dinamikleri içinde eritilmiştir. Sağlık çalışanları özlük haklarını büyük ölçüde kaybetmişler, bir bölümü işsiz kalmış, hemen tamamı proleterleşmişlerdir. Bütün bunların ortak sonucu, halkın sağlığa ulaşımı ne kadar parası olduğuna göre belirlenir olmuş; daha da kötüsü, sağlığın piyasanın bir bileşeni olabileceği ideolojisi yaygınlaşmıştır.

TIP EĞİTİMİNDE PİYASACI DÖNÜŞÜM

Sağlık sistemi, piyasalaşma yönünde bir dönüşüme uğrarken, tıp eğitiminin bu süreçten etkilenmemesi düşünülemez; tersine, var olan sağlık sisteminin niteliği ile tıp eğitimi doğrudan ilişkilidir. Zira, tıp eğitimi, en temel düzlemde, sistemin gereksinim duyduğu ilgili toplumsal-teknik işbölümü kademesine uygun emek-gücünü üretmeyi hedeflediği kadar, kişilerin mevcut üretim ilişkilerinin devamlılığını sağlayacak ideolojiyi benimsemelerini ve yeniden üretmelerini de sağlamaktadır.

Tp eğitimi, kavramın en kapsayıcı içerimi ile "mezuniyet öncesi, mezuniyet sonrası ve sürekli tıp eğitimi" bileşenlerinden oluşmaktadır **(Balcıoğlu, 2009).** Biz burada, özellikle, "mezuniyet öncesi" bileşenine odaklanırken, "mezuniyet sonrası eğitime" kısaca değineceğiz. "Sürekli tıp eğitimi" konusunu ise çalışmamızın çerçevesinin dışında bırakacağız. Tıp eğitimindeki dönüşüm ise, iki boyutu ile karşımıza çıkmaktadır: Yapısal dönüşümler ve değersel/ ideolojik dönüşümler. Bu iki boyut, birbiriyle eş zamanlı ve birbirini destekler nitelikte içiçedir; ne var ki, anlamayı kolaylaştırmak için burada iki boyutu ayrı ayrı ele alacağız.

Yapısal Dönüşümler

YÖK'ün İşlevi

12 Eylül 1980 askeri darbesinin ardından hayata geçirilen Türkiye'yi dönüştürme hamlelerinden biri de, kuşkusuz, Yüksek Öğretim Kurumu'nun (YÖK) kurulmasıdır. Kurumun yazılı olmayan temel işlevi, yıllar boyu süregelen uygulamaları hesaba katıldığında, ülkemizin yakın tarihinde özellikle sol düşünce ve pratiğin yükseldiği hemen bütün dönemeçlerde etkin rol oynayan üniversite bileşenlerinin kontrol altına alınması olarak ortaya çıkmaktadır.

Kurumun varlığı, başından beri birkaç ana amaca hizmet etmiştir. Kabaca sıralamak gerekirse, bunlar; sermaye egemenliğinin önünde özellikle düşünsel, bilimsel ve ideolojik açıdan engel oluşturabilecek (öğretim üyesinden öğrencisine kadar) bütün ilerici öznelerin etkinlik/hareket alanlarının ve üretim olanaklarının kısıtlanması, üniversite eğitiminin kademe kademe paralı hale getirilmesi, sermaye iktidarının çıkarlarına uygun bir kadrolaşma hamlesinin üniversitelerde yaygınlaştırılması, ülke çapında üniversiter sistemin bütünü üzerinde mutlak bir hakimiyet kurulması, üniversitelerde üretilen bilgi, kuram ve teknolojinin sermayenin gereksinimleri doğrultusunda şekillendirilmesi ve nihayet, üniversitelerin şirketleştirilmesi ve üniversite çalışanlarının proleterleşmesi ile sonuçlanacak hak kayıplarına maruz bırakılmasıdır **(Günlü, 2003; Alpkaya, 1999).** Tıp eğitimi de, bu süreçte genel anlamda üniversitelerde yaşanan dönüşümden payını almıştır. Bu genel etkilerin yanı sıra YÖK, tıp fakültelerine yönelik özel mevzuat düzenlemeleriyle kimi değişiklikleri uygulamaya koymuştur ve hali hazırda koymaya devam etmektedir. Yıllardan beri öğrenci katılım payları en yüksek olan yüksek öğretim kurumları tıp fakülteleri olmuştur. Hemen her yıl yeni tıp fakültelerinin açılması yönünde kararlar alınmaktadır. Döner sermayeye dayalı ödeme sistemi ilk kez üniversite hastanelerinde uygulanmıştır. Tıp fakültesi klinik dallarında çalışan öğretim üyelerinin kendi kurumlarının yanı sıra, özel kuruluşlarda çalışmalarına, bunun yanı sıra, dilerlerse kendi muayenehanelerini açmalarına ve işletmelerine izin verilmiştir. Yine, kamu üniversitelerinde görev yapan tıp fakültesi öğretim üyelerinin, özel vakıf üniversitelerine dersi veren kişi ve kurumunun paylaşacağı bir meblağ karşılığında "kiralanması" uygulamasından bahsedilebilir. Üniversite hastanelerinde hizmet satın alma yoluyla yemekhaneden laboratuarlara kadar çeşitli hizmet birimlerinin taşeronlaştırıldığı uzun zamandır

hemen herkesçe bilinen bir gerçektir **(Hamzaoğlu, 2009).** Bütün bu uygulamalara ek olarak YÖK Başkanı Yusuf Ziya Özcan tarafından zaman zaman dile getirilen "sağlık kentleri" kurulması ve tıp fakültelerinin üniversiter yapıdan koparılarak meslek eğitimi veren özel işletmeler olarak bu komplekslere eklemlendirilmesi önerileri hatırlanmalıdır **(Haberturk, 2008).** Bu çerçevede ilk adımlar atılmaya başlanmıştır. YÖK'ün son ve en önemli adımlarından biri ise tıp eğitimi de dahil olmak üzere, bütün üniversiter eğitimi küresel piyasanın dinamiklerine teslim edecek Bologna Süreci'nin ülkemizdeki taşeronluğuna soyunmasıdır **(Callinicos, 2006).**

Bir bütün olarak bakıldığında YÖK'ün, kurulmasından bugüne kadar temel doğrultu olarak, üniversitelerin (ve bu arada tıp fakültelerinin de) piyasalaştırılması yolunda etkinlikte bulunduğu söylenebilir.

Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS)

Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS), planlı sağlık hizmeti sunumu anlayışını ve kamucu yapılanmasını gün geçtikçe terk eden ülkemizde gündemden kalkmak bir yana, gittikçe yerleşiklik kazanan bir uygulamadır. Öteki merkezi sınavlar gibi, TUS'un varlık nedeni olarak öne sürülen temel sav, arz-talep dengesizliğinin bulunduğu bir ortamda mümkün olan en adil yerleştirme sistemi olmasıdır. Uzmanlık eğitimi veren kurumların kontenjanları sınırlı, eğitim almak için başvuran hekim kitlesi ise bu sayıyı kat kat aşacak boyutlardadır. Rekabete dayalı sağlık piyasası anlayışının bütünlüklü ve planlı sağlık hizmeti sunumu anlayışı karşısında giderek daha fazla öne çıkarılması ve pratisyen hekimliğin, uzman hekimliğe göre daha değersiz bir pozisyon olarak sunulması, şüphesiz, bu süreci etkilemiştir.

TUS, bir anlamda, uzmanlık eğitimindeki plansız uygulamaların düzenin devamlılığına zarar vermesini engelleyen "tampon" uygulamalardan biri durumundadır. Yanı sıra, TUS gibi bir zor ve merkezi bir sınavın varlığı, özellikle son on yıl boyunca, üniversite giriş sınavlarında olduğu gibi, piyasa dinamikleri içinde yeni bir pazar yaratılması için uygun bir zemin olmuştur. 1990'ların sonlarında açılmaya başlanan TUS dersaneleri, bugün başlı başına bir sektör konumundadır. Tıp fakültelerinin ülkenin gereksinimlerine uygun hekimler yetiştirmek yerine, piyasa dinamiklerinde yer kapmayı hedefleyecek şekilde dönüştürülmesi ile TUS'un ve TUS dersanelerinin önem kazanması arasındaki bağlantı dikkat çekicidir. Artık pek çok tıp fakültesi yöneticisi, kendi kurumsal başarılarını öğrencilerinin TUS'taki "başarı" oranları ile ölçtüklerini açıkça ifade etmektedir. Tıp fakültelerinde verilmekte olan eğitimin içeriği ve yapısı, bu nedenle, bir ölçüde, bu sınavda sorulması olası sorulara yönelik hazırlık yapma kaygısı ile belirlenmektedir. Benzer şekilde, fakülte yönetimleri TUS dersaneleri ile kurumsal işbirliklerine gitmekte, salon kiralama, reklam yapma, eğitim materyali sağlama adı altında çeşitli ilişkilere girmektedir. TUS, bu çerçevede, "adil" bir sınav olmaktan öte, artık tıp eğitimindeki piyasalaşmanın araçlarından ve simgelerinden biri olarak değerlendirilebilir.

Hekim sayısını artırma girişimleri

Hekim sayısını artırma girişimleri ülkemizde 1990'larla birlikte gündeme gelmiştir. Bu süreçte iktidar olan hükümetler, iki temel mekanizma ile hekim emek-gücünün çoğaltılmasına çalışmıştır:

1) Mevcut tıp fakültelerinin kontenjanlarının artırılması;

2) Yeni tıp fakültelerinin açılması.

Hekim sayısının artırılmasına dönük bu çabalar, Sağlık Bakanlığı tarafından "Türkiye'de daha iyi bir sağlık hizmeti sunmak için temel engelin hekim sayısının az olduğu" yönündeki yaklaşımla gerekçelendirilmektedir **(Balcıoğlu, 2009).** OECD gibi ülke grupları ile Türkiye'deki sağlık emek-gücü sayıları karşılaştırılmakta, buna göre ulaşılması gereken bir hedef belirlenmektedir. Hekim sayısını artırmaya dönük uygulamalar, konunun yalnızca bir boyutu olan "emek-gücü/nüfus" oranları hesaplaması ile haklı çıkarılmaya çalışılmaktadır. **(TTB, 2008)**

Sağlık sistemi ülkenin sosyoekonomik koşulları ile bütünlük içinde toplumun sağlığının geliştirilmesi, sağlık hizmetinin herkese eşit ve nitelikli olarak ulaştırılması amacıyla yapılandırılmışsa, ilgili planlama da konunun pek çok farklı boyutunu gözeten "gereksinime göre" hesaplama yöntemine dayandırılacaktır. Buna göre, "gereksinimler belirlenirken özel araştırma sonuçlarından, hastalık ve ölüm verilerinden, (...) yürütülmekte olan hizmetlerin, var olan durumun gözlemlenmesi"nden

ve mevcut çalışma koşullarının periyodik olarak değerlendirilmesinden yararlanılmalıdır **(TTB, 2008)**. Ne var ki, yalnızca hekim sayısının nüfusa oranını gözeten bir yaklaşım, Sağlık Bakanlığı tarafından iddia edildiği üzere, ülkenin sağlık alanındaki sorunlarını çözmek bir yana derinleştirecektir. İlgili hesaplama, sağlık hizmet sunumunu ağırlıklı olarak tedavi edici hekimliğe indirgeyen ve bu hizmetin yürütücüsü olarak hekimi öne çıkaran bir anlayışa dayanmaktadır. TTB'nin 2008 yılında gerçekleştirdiği bir araştırma, "hekim sayısı-sağlık düzeyi" ilişkisinin geçerli olmadığını ortaya koymuştur **(TTB, 2008).** Öte yandan, "DB'nin 'Yoksulluk Atağı' konulu Dünya Gelişme Raporu 2000/2001'de (...) hekim ve diğer sağlık emek-gücü göçü veren ülkelere sağlık meslek okullarının, tıp fakültelerinin sayılarını artırmaları" tavsiye edilmektedir. Ne var ki, ilgili uygulamaların yaşama geçirildiği pek çok Avrupa ülkesinde hekim işsizliği artma eğilimi göstermiştir. **(TTB, 2008)**

Burada ana hatlarıyla çerçevesini çizmeye çalıştığımız tabloya baktığımızda, Türkiye'de yıllardan beri süregelen hekim sayısını artırmaya dönük uygulamaların, gerçekte, neoliberal politikaların bir ayağı olduğu ortaya çıkmaktadır. Hekim sayısı ne kadar artarsa, başka bir deyişle, bunun doğrudan sonucu olarak işsiz hekim sayısı ne kadar çoğalırsa, sağlık piyasasında hekim emeği ucuzlayacak, değersizleşecektir. Bunun yanı sıra, ilgili sürecin, ülkemizde tıp eğitimi üzerinde doğrudan olumsuz etkilerinin olduğunu öngörmek zor değildir. Yalnızca 2008-2009 arasında açılan yeni tıp fakültesi sayısı 17'dir **(Newsweek Türkiye, 2009)**. Bu fakültelerin çoğunun altyapı olanaklarından yoksun olması, önemli bir bölümünün ise yeterli öğretim üyesine dahi sahip olmamasına karşın kurulmuş olması, tıp eğitiminin niteliğini düşürecektir.

Üniversite hastanelerinin piyasalaştırılması

Türkiye'de 1980'lerden sonraki özelleştirme sürecinden üniversite hastaneleri de payını almıştır. Tüm kamu hastanelerinde olduğu gibi üniversite hastaneleri de özel sağlık piyasası ile rekabete zorlanmakta, bununla birlikte özel sağlık kuruluşları desteklenmektedir. Son sekiz yıl içinde çok sayıda özel sağlık şirketinin kuruluşu devlet tarafından desteklenmiştir. Yalnızca 2006 yılında, özel sağlık kuruluşlarına bütçeden 1 milyar Dolar'ın üzerinde - tedavi giderlerini karşılama adı altında- kaynak aktarılmıştır **(Yılmaz, 2007).**

Türkiye'de üniversite hastaneleri, araştırma ve eğitim işlevlerinden önce sağlık hizmeti "üretme" ağırlıklı çalışmaktadır. Zira, döner sermaye ile işletilen üniversite hastanelerinin en önemli geliri sağlık hizmetlerinden sağlanmaktadır. Şu anda borç-gelir dengesini sağlamaya çalışan kamu üniversite hastaneleri finansal açıdan oldukça güç durumdadır. Tıp fakültelerinin üç temel işlevi öncelik sırasıyla eğitim, araştırma ve sağlık hizmeti olarak tanımlanır. Son gelişmelerle birlikte tıp fakültelerinin gelirini artırmaya yönelik uygulamalar daha hızlı sağlık hizmeti "üretmek", daha fazla sayıda hasta kabul etmeye yöneliktir. Bu eğilimin doğal sonucu, açıkları kapatmak -ya da doğrudan doğruya kar edebilmek- için, sağlık emekçilerinin daha uzun süre ve daha çok çalıştırılmalarıdır. Üniversite hastanelerinde, "intern" hekimlerin, araştırma görevlilerinin ve uzmanların eğitim ve araştırma etkinliklerine zaman ve enerji bırakmayacak denli çok çalıştırıldıkları bilinmektedir **(İstanbul Tabip Odası, 2010).**

Devlet hastanelerinin toplam SGK tedavi harcamaları içindeki payı 2001-2008 arasında %65.9'dan %52.5'a gerilerken, aynı dönemde üniversite hastanelerinin payı %18.3'den %16.1'e düşmüştür. Öte yandan özel hastanelerin payı %15.8'den %31.4'e yükselmiştir **(Soyer, 2010).** SGK, kamu hastanelerine geri ödemelerde bir yandan ciddi zorluklar çıkarmakta, diğer yandan bazı hizmetlerin SGK geri ödemelerinde üniversite hastaneleri ve devlet hastanelerinin karşısında özel dal merkezlerine (özel hastanelere) ayrıcalık ve avantajlar sağlanmaktadır. Milliyet Gazetesi'nde çıkan bir haberde dört ayrı kamu tıp fakültesinin yöneticisi SGK geri ödemelerinin ya hiç yapılmadığı ya da zamanında yapılmadığından, kaynak zorluklarından, ilaç ve tıbbi malzeme alamadıklarından, hastanenin döner sermaye gelirlerinin temizlik, yemek, vs. taşeron hizmetlerini karşılayamadıklarından, çalışanlarına döner sermaye ödemelerindeki düzensizlikler nedeniyle personel kısıtlılığından yakınmaktadır **(Milliyet, 2008).**

Tam Gün Yasasının 4. Maddesinde "Öğretim elemanları; ilgili kurumların talebi ve kendisinin muvafakati, üniversite yönetim kurulunun uygun görmesi ve rektörün onayı ile ihtiyaç duyulan konularda, özlük işlemleri kendi kurumlarınca

yürütülmek kaydıyla, diğer kamu kurum ve kuruluşları ile kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarında geçici olarak görevlendirilebilir." denilmektedir. Tam tersi biçimde Sağlık Bakanlığı hastanelerinden üniversitelere görevlendirmeler de yapılabilecektir. Buna göre üniversite hastanelerinin ve sağlık bakanlığı hastanelerinin şu dönemdeki işlerliğinde bir ayrım yapılmamakta, üniversite hastanelerinin ağırlıklı olarak sağlık hizmeti vermeleriyle ilgilenmektedir.

Bu tabloya rağmen Türkiye'deki sağlık bakanı, üniversite hastanelerinin finansal zorluklarını, "hastanelerin iyi yönetilmemesine" bağlayarak, Sağlık Bakanlığı'ndan yardım istenmesi halinde bakanlığın üniversite hastanelerine bir protokol çerçevesinde "kendisinin belirleyeceği koşullar" ile yardımda bulunulabileceğini bildirmiştir[6]. Zira, bu açıklamadan yalnızca birkaç ay sonra, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin Sağlık Bakanlığı'na devri gerçekleşmiştir **(TTB, 2010).** Su şıralar, borçlarını karşılayamaması nedeniyle Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin aynı uygulamayla karşı karşıya olduğu bilinmektedir. Son birkaç yılda yaşananlara bakıldığında, üniversite hastanelerinin önce finansal olarak zor duruma düşürüldüğü, çözüm yolu olarak piyasalaşma dışında herhangi bir seçenek sunulmadığı, nihayetinde kaçınılmaz olarak "zarar eden" hastanelerin doğrudan doğruya işletmeleştirmesine çalışıldığı görülmektedir.

Tıp eğitiminin uluslararasılaştırılması

Küreselleşme ile birlikte üniversiteler, hemen bütün dünyada piyasalaştırılmıştır. Neoliberal politikaların başat olduğu ülkelerde, farklı aşamalarda da olsa, temel eğilim "bilgi"nin meta haline dönüştürülmeye ve üniversitelerde üretilen bilgi ve teknolojinin küresel sermayenin gereksinimleri doğrultusunda şekillendirilmesine çalışılmasıdır **(Callinicos, 2006).** Ünal'ın (2010) belirttiği gibi, "yükseköğretim kurumlarının küresel ölçekte kurdukları ticari ilişkiler dikkate alındığında, 'yükseköğretim piyasası' çok da yersiz bir kavram [sayılmamaktadır].".

Bu süreç, tıp ve öteki sağlık çalışanlarının eğitimi söz konusu olduğunda da temel olarak aynı biçimde işlemektedir. Ara kapitalist ülkelerden nitelikli sağlık emek-gücünün merkez kapitalist ülkelere göçü her yıl artmaktadır **(Hamzaoğlu, 2010).** Üniversitelerdeki eğitim ve bilim çalışmaları uluslararası düzeyde kontrol mekanizmalarının altına sokulmaya çalışılmaktadır. Bologna Süreci ile uluslararası piyasada istihdam edilebilecek emek-gücünün yetiştirilmesi, öğrenci değişim programlarının düzenlenmesi, müfredatların standardize edilmesi ve kalite güvence sistemlerinin oluşturulması hedeflenmektedir. Kurumsal akreditasyon, uluslararası standartlar zemininde karşılaştırma çalışmaları yaygınlaşmaktadır. Hamzaoğlu ve Özkan'ın vurguladığı gibi, "Bologna ve benzeri akademik toplantı kararlarına dönüştürülen sermayenin günümüzdeki gereksinimleri, dünya genelinde üniversiteleri, neoliberal politikalara paralel olarak, oluşturulan mekanizmalar aracılığıyla (kamu kaynağının azaltılması, araştırma fonları, istihdam olanakları, burslar vb.) hızla daralan bir meslekleşme süreciyle sanayi ve ticaret sermayesinin gereksinimlerinin doğrudan karşılanmasına yöneltmiştir." Türkiye gibi ülkeler, bu süreçte ulusal bilim politikalarını geliştiremez ve uygulayamaz hale gelmiştir **(Hamzaoğlu, 2010).**

İlgili süreç, halihazırda ülkemizdeki tıp eğitiminde de etkilerini hissettirmeye başlamıştır. Özellikle, temel tıp alanında yapılan bilimsel araştırmalar ve büyük çaplı klinik/ilaç araştırmaları, hemen tamamen ilaç tekellerince ve/veya Avrupa Birliği fonlarınca desteklenen projelerdir. Mezuniyet öncesi tıp eğitiminin ise çok yakın bir zamanda Bologna Süreci ile dönüştüreleceğine dair işaretler vardır. Böylece, ülkemizin kaynakları, varolan fakültelerimizin alt yapısı ve üniversite bileşenlerinin emek-gücü, ülkenin sağlıkla ilgili gereksinimleri ve bilimsel öncelikleri için değil, küresel sermayenin ve merkez kapitalist ülkelerin talepleri doğrultusunda kullanılacaktır.

Değersel Dönüşümler

Ülkemizde 1980'den bu yana her alanda uygulanan neoliberal politikalar, piyasanın değerlerinin ağırlıklı olduğu bir dünya ve bir toplum algısının günden güne daha geniş kesimlerce benimsenmesini ve "kamuculuk, adalet, bağımsızlık" gibi değerlerin terk edilmesini beraberinde getirmiştir. Piyasalaşma ilerledikçe ve derinleştikçe, onun salgıladığı ideoloji ile daha barışık bir kuşağın ortaya çıkması kaçınılmazdır.

Tıp eğitimi, bu yeni paradigmanın yeniden üretildiği üst yapısal kurumlardan biridir. Öğrenciler

bir yandan mesleki yaşamları için gerekli olan bilgi ve becerileri edinirken, diğer yandan ileride içinde çalışacakları sağlık ortamının temel değerlerini içselleştirmektedirler.

Sağlıkta piyasalaşmaya eşlik eden tıp eğitimindeki değersel dönüşümü -aslında birbiriyle ilgili olan- bir kaç bölüme ayırarak inceleyebiliriz: Önceki dönemin değerlerinin geçersizleşmesi/terk edilmesi, gizli müfredat, yabancılaşma.

Önceki değerlerin geçersizleşmesi/terk edilmesi

Temel paradigmasını piyasalaşma yönünde değiştirmiş olan ülkemizde artık, geçmişe ait olduğu iddia edilen "kamuculuk", "eşitlik", "adalet", "örgütlü mücadele", "dayanışma" gibi kavram ve değerleri genç kuşaklara benimsetmek oldukça güçtür. Zira, piyasalaşma yaşamın her alanına sızmış, bireyler arası ilişkilerden, gündelik etkinliklere, sınıf mücadelelerinden, siyasete kadar her ölçekte etkisini artırarak sürdürmektedir.

Noeliberalizm, yukarıda dile getirdiğimiz kavramların yerine, somut gerçeklikler olarak, "rekabet", "piyasanın belirleyiciliği", "yalnızlık", "umutsuzluk", "edilgenlik ve çaresizlik", "güvencesizlik" olgularını koymuştur. İçinde yaşadığımız yeni dönem artık bir "hayatta kalma mücadelesi" dönemidir. Güçlü olanın bu yarışta daha avantajlı olması değil, yarışın kendisi tartışılması gerekirken; tersine, eşitsizliklerin varlığı doğal kabul edilmeye başlanmıştır **(George, 2009).**

Böylesi bir değersel atmosfer tıp öğrencilerini de etkilemektedir. 1980 sonrasında üniversite siyasete kapatılmaya çalışılmış, tıp öğrencileri "bilime politika karıştırılmasın" söylemiyle ve açıktan baskıyla örgütlenme düşüncesinden ve pratiğinden izole edilmişlerdir. Genç kuşak gerek tıp fakültelerine girmeden önce, gerek bu okullara girme sürecinde, gerekse sonrasında sürekli bir yarış ortamında devinmektedir. TUS, bu durumu pekiştirmekte, tıp öğrencileri gelecekleriyle ilgili bütün umutlarını bu sınava bağlamaktadırlar. Eğitimleri boyunca, az da olsa karşılaştıkları, yukarıda sozü edilen ilerici değerler ile ilgili söylemler, piyasa kültürünün ve alışkanlıklarının başat olduğu bir yapı içinde erimekte, geçersizleşmektedir.

Eğitimin öncelikleri, ülkenin sağlıkla ilgili gereksinimlerinden kopartılmıştır. Eğitim, tedavi edici hekimliğe ağırlık verecek şekilde, yüksek teknoloji kullanımına dayalı bir sağlık sistemine uygun bir biçimde şekillendirilmiştir. Topluma dayalı bir eğitim planlamasından söz edilemeyeceği gibi, halk sağlığı stajları gibi öğrencilerin toplum ile temas edebilecekleri eğitim uygulamaları de yok denecek kadar azdır.

Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu'nun (WFME) 1988 tarihli Edinburgh Bildirgesi "ülkelerin sağlık öncelikleri, tüm insanların sağlıklı yaşamalarını sağlama"ya vurgu yaparken, aynı kuruluş 2000 yılında "kalitenin geliştirilmesi, uluslar arası standardların belirlenmesi, yeni teknolojilerin öğrenilmesi, uluslararası standardlarda hekim yetiştirme"den söz etmiştir **(Hamzaoğlu, 2010).** Kuruluşun yirmi iki yıl arayla yaptığı bu iki açıklama kısa bir süre içinde eşitlikçi bir sağlık anlayışından ne denli uzaklaştığının çarpıcı bir göstergesidir. İnsan sağlığının insanın fiziksel ve sosyal çevresi ile ilişkisi içinde ele almanın hekimin işi olmadığı, üstelik bunun modası geçmiş bir anlayış olduğu, öncekinden farklı olarak, yeni hekimlerin benimsediği bir düşüncedir.

Açıktır ki, insanın sağlığını korumayı, hastalıkları önlemeyi başarırsanız, ilaç ve teknoloji tekelleri kar etmede geri düşecektir. Ne var ki, bugünkü tıp fakültelerinin amacı, sağlığı korumaya, yani hastalığın ve sağlığın içinde gerçekleştiği bütünü, yani sistemi görmeye ve sorgulamaya çalışmayan, yalnızca mikro ölçekte hastalığı tanımaya yönelen hekim yetiştirmektir. Halk sağlığı anlayışı bunun için yok sayılmakta, yeni hekim kimliği de buna göre tanımlanmaktadır. Hastanın içinde yaşadığı çevresel koşullar hekimi/bilimciyi ilgilendirmemektedir. Neoliberal anlayışın parça-bütün ilişkisini yok sayan genel yaklaşımı içinde, ilaç sektörünü besleyebilecek "hastalık" anlayışı insanın tarihsel/toplumsal çevresi ile bütünlüğü görmezden gelen, insan sağlığını moleküller düzeyine indirgeyen bir anlayıştır.

Tıp eğitimi zor ve pahalı bir eğitimdir. Vakıf üniversitelerini bir kenara bırakırsak, halihazırda varolan kamu tıp fakültelerinde, bir öğrencinin ailesinin mali desteği olmadan eğitimini tamamlayabilmesi olanaksızdır. Yıllık ödenen katkı paylarının yanı sıra, eğitim ile ilgili öteki giderlerin çoğu için öğrenciler cepten ödeme yapmak zorundadırlar. Eğitimin kendisi, başlı başına, bir yarış

sonucu elde edilen bir olanak olarak görülmekte; "birliktelik, kamu yararı için çalışma, dayanışma" vb. değerler eğitim sürecinin bireycileştirici yapısı karşısında silikleşmektedir.

Eğitimin klinikte geçen yıllarının bir bölümü (özellikle son dönem - "intern" hekimlik) öğrencilerin yoğun emek sömürüsüne uğradıkları bir zaman dilimidir. Bir yıl boyunca öğrenciler, hastanelerde uzun süreler, görev tanımı olmadan ve karşılıksız çalıştırılmaktadırlar. Önceki eğitim dönemlerinde öğrencilerin, ağırlıklı olarak ezbere dayalı bir süreçten geçtiği söylenebilir. Var olan sistem, öğrencilerin sorgulanmasını, düşünmesini, yaratıcılıklarını keşfetmeyi ve pekiştirmeyi değil; deyim yerindeyse, onları "ezmeyi" amaçlamaktadır. Bu, bir anlamda onları, eğitim sonrasında kendilerini bekleyen güvencesiz ve sömürü-yoğun çalışma ortamına hazırlamaktadır.

Bütün bunlar birleştirildiğinde, öğrencilerin ilerici değerlerle karşılaştıkları ve onları benimsedikleri söylenemez. Bugünkü tıp eğitiminin, bu yönüyle, onları edilgen, otorite karşısında itaatkar, sinik hale getirmekte, yalnızca kendilerini kurtarmaya odaklı bir bencilliğin içine itmekte, bireyci değerlerle yüklemektedir, diyebiliriz.

Gizli müfredat

Tıp fakültelerinin ilan ettikleri eğitim hedefleri, bu hedeflere ulaşma yolunda yapılacaklar, yazılı kuralları, ders programları, eğitim yöntemleri vb. genel olarak "müfredat"ı, yani eğitimin belirtik içeriğini oluşturmaktadır. Bunun yanı sıra, genel olarak eğitim sürecinin, kişi üzerinde bu içerikten daha etkili olduğu savlanan örtük bir içeriği de vardır. Çok çeşitli bileşenlerden oluşan bu eğitim içeriği "gizli müfredat" olarak anılmaktadır **(Arnold, 2007).** Doğrudan doğruya onun dünya görüşü, değerleri, yaşamdaki konumlanışı ve tercihleri ilgili olduğundan ve onlara yöneldiğinden, bu içeriğin kişi üzerindeki belirleyiciliği, örneğin onun belirli bir cerrahi dikiş atma tekniğini ne kadar yetkinlikle öğrendiğine göre daha fazla olacaktır **(Dailey, 2010).**

Tıp fakülteleri, hem sağlıkta piyasalaşmanın yansımalarının birebir gözlendiği, hem de bizzat kendileri piyasalaşma operasyonlarına maruz kalan eğitim kurumlarıdır. Öğrenciler, tıp fakültelerinde uzun yıllar boyu eğitim görmekle birlikte, bir günün büyük bölümünü de, yine, mesleki eğitimleri ile ilişkili ortamlarda (kliniklerde, hastane koridorlarında, poliklinik odalarında, dersliklerde, sağlık kampüslerinde vb.) geçirmektedirler. Bu durum, öğrencilerin gizli müfredatın etkilerine sıklıkla maruz kaldıkları anlamına gelmektedir. Çoğunlukla kendileri fark etmeden, özünde piyasalaşmanın yansıması olan olay, ilişki, durum, yaşantı, öğe ve gelişmelerle karşılaşırlar; bütün bunları gözlemlerler ve sonuçlar çıkarırlar. Bütün eğitim yaşamları bu tür dinamiklerle çevrilidir. Deneyimlerini başkalarıyla paylaşırlar, öykülerler ve bu sırada bilerek ya da bilmeyerek meşrulaştırmış, içselleştirmiş olurlar. Örneğin; sağlığın piyasalaşma süreci, kendisine yüklenen önem açısından hizmet üretme etkinliğini eğitim faaliyetlerinin önüne geçirmiş, bu durum eğitim sürecinin kendilerine yöneldiği öğrencilerce farklı şekillerde hissedilmiş olabilir. Öğrenciler, eğitim aldıkları kurumların temelde döner sermayeyi artırma yönünde bir değişim geçirdiğini ve dahası temel hedefini bu yönde sabitlediğini analiz edemeseler de, bu sürecin yansımalarını, eğitimin açıkça ilan edilmiş ve kimsenin itiraz etmediği "meşru" ilkelerinin uygulamada geçersizleştiğini görerek deneyimliyor olabilirler. Bu, onlara kendilerini değersiz, edilgen hissettirebilir; hele bu etki uzun vadeye yayılıyorsa, bir süre sonra durumu içselleştirebilir, olumsuz etkilerini bizzat yaşamalarına karşın onu yeniden üretecek konuma gelebilirler. Var olan eşitsizlikleri gözlemlemelerine karşın değiştirmek için bir etkinlikte bulunamamaktadırlar. "İnsan sağlığının nasıl geliştirileceği"ni öğrenmek için geldikleri bir kurumda çalıştırılan ve ağır yaşam koşulları nedeniyle sağlıkları giderek bozulan taşeron firma emekçilerinin başta kurum yöneticileri olmak üzere hemen herkes tarafından yok sayılmaları; veya, ilaç firması temsilcilerinin poliklinik kapısının önünde sıra bekleyen hastaları hiçe sayarak hekimlerin odalarına dalmaları tıp öğrencilerinin hergün karşılaştıkları gündelik olgulardır. Bugün yaşandığı şekliyle gizli müfredatın içinde "giderek ticarileşen hekimlik mesleğinden yüksek paralar kazanan az sayıdaki hekime duyulan hayranlık ve onlara benzeme özlemi, ilaç firmalarıyla kurulan meslek onurunu zedeleyici ve hekimleri küçük düşüren, ama değişen oranlarda çıkar sağlayan ilişkileri olağan sayma alışkanlığı, özellikle klinik araştırmaların gündeminin firmalarca belirlenmesini kanıksama gibi açıkça ifade edilmeyen ama arka planda etkin

olan değer yargıları bulunmaktadır." **(Saçaklıoğlu, 2005)**

Piyasacı gizli müfredat, hekimlik mesleğine mal olmuş kimi toplumcu değerleri aşındırmaktadır. Saçaklıoğlu'na göre, "(...) her birimize yoksulluğu, sağlıkta eşitsizlikleri görmezden gelmeyi, mesleğimizi yüksek teknolojinin sağladığı yaratacağımız mucizelere indirgemeyi, hastalarımızı müşteri olarak görmeyi, bireysel kurtuluş yolları aramayı, dayanışmamayı, örgütlenmemeyi öğretmektedir." **(Saçaklıoğlu, 2005)**.

Yabancılaşma

Türkiye'de son dönemde Sağlık Bakanlığı ve SGK tarafından benimsenen sınıflandırma sistemi Dünya Sağlık Örgütü kaynaklı ICD'dir (International Classification of Diseases - Uluslararası Hastalık Sınıflandırması). Sağlık hizmetinin her aşamasında, hastanelere geri ödemelerin sağlanmasında, eczanelere ödemelerde bu kodların kullanılması dayatılmaktadır. Tıp fakültesi öğretim üyeleri, son dönemde bu kodların hangi geri ödemelerde geçerli olduğunu araştırmak ve ezberlemekle uğraşmaktadırlar. Hangi tetkiklerin geri ödemesinde hangi tanıların geçerli olduğunu, her gün değişen SGK ölçütlerini takip edemediklerinde geri ödemeler yapılamamaktadır. Hekimlerin bir işi de, dolayısıyla, yaptığı işi hasta ya da işlem sayısı olarak ortaya koymaya dönüşmüş durumdadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı uyarınca birer koda ve sayıya dönüşen her hasta, böylece aslında paraya da dönüşmüş demektir.

Niteliğin niceliğe feda edildiği bugünkü piyasacı sağlık anlayışı içinde acı olan, her hastanın öyküsünde, hekimin her bir hastayla kurduğu ilişkide keşfetme, öğrenme, zenginleşme olanaklarından vazgeçip sadece sayılar ve yüzdelerde karşılığını bulan hekimlik işinin, hasta-hekim ilişkisinin anlamsız, parayla ölçülür hale dönüştürülmesidir. Hekimlerin mesleki olarak kendilerini gerçekleştirmek için olanaklar sunabilecek üretim alanı böylece yerini yabancılaşmaya bırakmaktadır.

Tıp öğrencileri, yabancılaşma ile belirlenen bir eğitim ortamı içinde yetişmektedirler. Bu, daha başta, kendi mesleklerinin asli unsuru olan insan-insana ilişkiden kopmaları anlamına gelmektedir. Yabancılaşma kavramı insanın işle olan ilişkisinden yola çıkarak açıklanır ve sonunda insanın insanla, insanın kendisiyle ilişkisine gelinir. Kendi mesleklerinde kendilerini gerçekleştiremeyen bireyler, toplumsal sorunları anlama ve değiştirme süreçlerinde de kendileri ile başka özneler arasında sağlıklı bir bağ kuramayacaklardır. Bu süreç, hastaları nesneleştirirken, hekimleri ve hekim adaylarını da atomikleştirmekte, onların hem hastalarına, hem kendilerine, hem çağlarına, hem de içinde yaşadıkları toplumun gerçeklerine yabancılaşmasına yol açmaktadır.

SONUÇ YERİNE

Ülkemiz sağlık ortamı, SSCB'nin yıkılmasının ardından tüm dünyada uygulamaya konan neoliberal operasyonlar sürecine koşut olarak, son otuz yıl boyunca iktidara gelen bütün hükümetlerce emperyalizmle işbirliği içinde piyasalaştırılmaktadır. Bir yandan bütün sektörlerde yapısal dönüşümler gerçekleşmekte, öte yandan temel değersel paradigma değişmektedir. Gelinen noktada, bu sürecin etkisiyle eşitsizlikler artmış, kamucu anlayışlar ve kurumlar tasfiye edilmiş, toplumsal adaletsizlik ve çürüme yükseltilmiş, bilimsel aydınlanmacılık terk edilip dinsel/mistik anlayışlar başat hale getirilmiş, emekçiler için yoksulluk, güvencesizlik ve işsizlik tahlikesi gündelik gerçeklikler haline gelmiştir. Kısacası, piyasa diktatörlüğü ülkemizde hemen her alanda hegemonyasını ilan etmiştir.

Benzer bir süreç, sağlık alanında da bütün şiddetiyle yaşanmaya devam etmektedir. Önceki "sosyal devlet" anlayışının uzantısı olan kurumlar, yapılanmalar yıllar içinde parçalanmış, sağlık hak olmaktan çıkarılıp metalaştırılmıştır. Onlarca yıllık mücadele ve çabayla kurulmuş olan kamu sağlık kuruluşları sermayeye devredilmiş, sağlık emekçileri güvencesiz koşullarda çalışmaya itilmiştir.

Bu süreçten bağımsız düşünülemeyecek olan tıp eğitimi, piyasacı anlayışlar uyarınca dönüştürüldükçe, tıp öğrencileri de bu çerçeveye uygun değerler ve ideolojiyle şekillenmektedirler. Son on yıllar boyunca yaşananlar, tıp fakültesi öğrencilerinin daha az sorgulayan, daha kolay kabullenen, daha bencil, toplumsal gerçekliklerle bağlarını koparmış ya da toplumsal sorunlara/konulara hemen hiç ilgi duymayan bireylere dönüşmesine neden olmaktadır. Hekimler, kendilerine tarihsel olarak yüklenmiş olan mesleki etik değerleri dahi yerine getiremeyecek

derecede şiddetli bir ahlaki yıkıma uğramakta, piyasalaşma ile birlikte mesleklerine, hastalarına, kendilerine ve ülkelerine yabancılaşmaktadırlar.

Piyasalaşma süreci, bu yönüyle, kapitalizmin karanlığını gözler önüne sermektedir. İnsan-insana ilişkinin başat olduğu tıp eğitiminde, bu süreç insanı dahi metalaştırdığı için, korkunç sonuçlar doğurmaktadır. İnsanlığın neoliberalizm ideolojisiyle örülü yeni karanlık çağı, kendi gereksinimlerine uygun bir insan tipi yaratmanın yollarını aramakta ve ne yazık ki, bulmaktadır.

DİPNOTLAR

1. Örneğin, işsizler kitlesi, çalışanları her geçen gün daha kötü koşullarda çalışmaya ikna eden olgulardan biri (yedekler ordusu) olması nedeniyle, dolaylı olarak piyasa düzenini sürmesini sağladığı için gereklidir. Dolayısıyla, piyasalaştırılmış bir dünyanın olmazsa olmaz bir bileşenidir. Öte yandan, bu kitle içindeki tekil bireyin tek başına değeri yoktur; kolaylıkla sistem dışına itilebilir.

2. Yazı boyunca "neoliberal" olarak geçecektir.

3. Kavramı Akalın'dan (2009) ödünç alıyoruz.

4. Bu bölümde sunulan bilgiler "1980'den günümüze sağlık politikaları" (Soyer, 2003) adlı makaleden özetlenerek derlenmiştir.

5. Bu kavram önceki yasa taslaklarında bulunmakla birlikte, 2008 yılında yürürlüğe giren yasada yer almamakta, ancak "hizmetleri derecelendirme ve farklı düzeylerde fiyatlandırarak satma" mantığı varlığını korumaktadır.

6. CNN Turk, 25 Temmuz, 2010.

KAYNAKLAR

Acil Eylem Planı, (2003). T.C. 58. Hükümet Acil Eylem Planı. http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/aep.pdf Erişim Tarihi: 12 Temmuz, 2010

Akalın, U. S. (2009). Neoliberal iktisadın gelişimi üzerine kısa bir not. Neoliberal İktisadın Marksist Eleştirisi. İstanbul: Kalkedon Yayınları, s: 9-21.

Alpkaya, G., Tellal, E. (1999). Türkiye'de üniversitenin gelişimi ve YÖK. Toplum ve Hekim, 14(4): 283-292.

Arnold, R. M. (2007). Formal, informal, and hidden curriculum in the clinical years: Where is the problem?. Journal of Palliative Medicine, 10(3): 646-648.

Ataay, F. (2007). Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

Balcıoğlu, H. (2009). Küreselleşme ve Türkiye: Tıp eğitimi nasıl etkileniyor. Yayımlanmamış makale (16. Sosyal Psikiyatri Kongresi sunum metni).

Belek, İ., Kılıç, B. (2003). 10 soruda aile hekimliği-doktorluğu: Yanlışlar değil doğrular, yalanlar değil gerçekler. Toplum ve Hekim, 18(6): 414-430.

Bilaloğlu, E. (2004). Performansın başarısı!!! Toplum ve Hekim, 19(3): 228-232.

Boenink, M. (2009). Tensions and opportunities in convergence: Shifting concepts of disease in emerging molecular medicine. Nanoethics, 3: 243-255.

Bourdieu, P. (2009). Sınırsız sömürü ütopyası: Neoliberalizmin özü. Çev: Uğur Selçuk Akalın. Neoliberal İktisadın Marksist Eleştirisi. İstanbul: Kalkedon Yayınları, s: 23-31.

Buharalı, C. (2009). Türkiye'de ve dünyada ilaç sanayi gelişme potansiyelleri. Deloitte Sağlık ve İlaç Endüstrisi raporu.

Callinicos, A. (2006). Universities in a neoliberal world. Londra: Bookmark Publications.

Civaner, M. (2006). Türkiye'de ilaç şirketlerinin kullandıkları pazarlama yöntemleri ve hekimlerin bu konudaki değerlendirmelerinin etik açıdan sorgulanması. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayımlanmamış Doktora tezi.

Dailey, J. I. (2010). Modeling manipulation in medical education. Advances in health sciences education, 15: 291-295.

George, S. (2009). Neoliberalizmin kısa tarihi. Çev: Gülsüm Akalın. Neoliberal İktisadın Marksist Eleştirisi. İstanbul: Kalkedon Yayınları, s: 33-47.

Günlü, R. (2003). Yüksek öğretim politikası. Özgür Üniversite Forumu, 23: 136-152.

Haberler.com, (2009). 'Türkiye'deki ilaç pazarı 10 yıl sonra 20 milyar dolar olacak'. http://www.haberler.com/turkiye-deki-ilac-pazari-10-yil-sonra-20-milyar-haberi/ Erişim Tarihi: 22 Temmuz, 2010

Haberturk, (2008). "Sağlık kentleri" projesi yolda. http://www.haberturk.com/saglik/haber/79303-saglik-kentleri-projesi-yolda Erişim Tarihi: 22 Temmuz, 2010

Hamzaoğlu, O., Özkan, Ö. (2010). Neoliberal ekonomik politikaların tıp ve hemşirelik eğitimine etkileri. Neoliberal Dönüşüm Sürecinde Üniversiteler. İstanbul: Tarem Yayınları, s: 49-73.

Hamzaoğlu, O., Yavuz, C. I. (2009). Sağlıkta AKP'li dönemin bilançosu üzerine. AKP Kitabı: Bir Dönüşümün Bilançosu. Ankara: Phoenix Yayınevi, s: 633-659.

Hekim Postası, (2009). SSGSS ne getirdi, ne götürdü?. Hekim Postası Gazetesi, 16: 12-14.

İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası, (2009). http://www.ieis.org.tr/asp_sayfalar/index.asp?sayfa=220&menuk=12 Erişim Tarihi: 22 Temmuz, 2010

İstabul Tabip Odası, (2010). Asistan Hekimler 33 Saat Kesintisiz Çalışıyor. Basın Açıklaması. http://www.istabip.org.tr/index.php/haber-arsivi/1683-asistanlar-hekimler-33-saat-kesintisiz-calyor.html Erişim Tarihi: 02 Aralık, 2010

Milliyet, (2008). Tıp fakülteleri iflasın eşiğinde. http://www.milliyet.com.tr/tip-fakulteleri-iflasin-esiginde/guncel/haberdetayarsiv/03.08.2010/262143/default.htm Erişim Tarihi: 14 Temmuz, 2010

Ortakçamaç, A. (2009). "Açık öğretim" tıp fakülteleri. Newsweek Türkiye, http://www.newsweekturkiye.com/haberler/detay/30926/Acik-ogretim-tip-fakulteleri?reload=true Erişim tarihi: 31 Temmuz, 2010

Pala, K. (2003). Dünya Bankası'nın Türkiye için sağlık politikası ve Genel Sağlık Sigortası. Toplum ve Hekim, 18(2): 115-119.

Saçaklıoğlu, F. (2005). Pazar dinamikleri tıp eğitimini ve hekimleri nasıl etkiliyor? "Gizli müfredat". Toplum ve Hekim, 20(4): 242-246.

Soydan, T. (2007). Küreselleşme sürecinin eğitim alanına etkileri. Küreselleşme ve Eğitim. Ankara: Dipnot Yayınları, s: 183-184.

Soyer, A. (2010). İlaç 4, tedavi harcamaları 7'ye katlandı. BİA Haber Merkezi. http://bianet.org/yazar/ata-soyer Erişim Tarihi: 13 Mart, 2010

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2003). Sağlıkta Dönüşüm. http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx Erişim Tarihi: 12 Temmuz, 2010

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2004). Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması Ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge. http://www.ailehekimligi.gov.tr Erişim Tarihi: 12 Temmuz, 2010

TTB Halk Sağlığı Kolu, (2007). Kentsel Bölgede Sağlık Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım Aile Hekimliği Ülkemiz için Uygun Bir Model Midir? Ed.: Muzaffer Eskiocak. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

TTB, (2001). On soruda 224: Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. Toplum ve Hekim, 16(1): 28-33.

TTB, (2008). Füsun Sayek TTB Raporları, Sağlık Emek-Gücü: Sayılar ve Gerçekler. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

TTB, (2010). Büyük İhale! Tıp Fakülteleri Satışta... Basın Açıklaması. http://www.ttb.org.tr/index.php/haberler/basinaciklamalari/2254-universite Erişim Tarihi: 02 Aralık, 2010

Ulaş, H., Binbay, İ. T., Alptekin, K. (2008). Klinik psikiyatri araştırmalarında maddi çıkar çatışması: Bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi, 19(4): 418-426.

Ünal, L. I. (2010). Yükseköğretim finansmanına neoliberal çözüm: Yitirilen masumiyet ve masuniyet. Neoliberal Dönüşüm Sürecinde Üniversiteler. İstanbul: Tarem Yayınları, s: 25-47.

Yeldan, E. (2004). Küreselleşme Sürecinde Türkiye Ekonomisi. 10. Baskı. İstanbul: İletişim Yayınları.

Yılmaz, H. (2007). Sağlıkta harcama politikaları ve kamu sağlık harcamalarının gelişimi. Devrimci Sendikal Dyanışma Hekim Çalışma Grubu, 22-23 Eylül İstanbul Toplantısı - sunum metni. Sağlıkta Dönüşüm Programının Ekonomisi, Ankara: Mattek Matbaacılık.