DOSYA/DERLEME

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN TİCARİLEŞMESİ: ÖZEL HASTANE SEKTÖRÜNÜN İNŞA SÜRECİ*

*Derya GÜLTEKİN KARAKAŞ**, Ferimah YUSUFİ YILMAZ****

Özet

Bu makale Türkiye'de sağlık alanında özellikle 2000'li yıllarda hızlanan piyasa-yönelimli dönüşümü ele almaktadır. Bu dönüşüm, sağlığın esas olarak bir kamusal hizmet olarak görüldüğü önceki dönemlerin politika ve kurumlarının kapsamlı bir yeniden yapılanmasını gerektirmiştir. Yaşanan dönüşümün aktörleri ise devlet, Dünya Bankası başta olmak üzere ulusötesi kuruluşlar ile yerli ve yabancı sermayelerdir. Gerek kamusal alanda kalmaya devam eden kısmıyla sağlık hizmetleri sunumunun giderek daha fazla piyasa mantığı içinde verilmesi, gerekse de Türkiye'de çok sayıda özel sağlık kuruluşunun yurtiçi ve uluslararası ölçekte yatırımlarla büyümeleri sağlık alanında ticarileşmenin çeşitli veçheleridir. Çalışmada, devlet ve özel sağlık kuruluşları arasında hizmet sunum ilişkisinde yaşanan dönüşüm ve teşvik düzenlemeleri aracılığıyla, devletin gözetimi altında özel hastane sektörünün inşası gözler önüne serilmektedir. Bu amaçla, bir kısmı diğer sektörlerde de faaliyet gösteren çeşitli sermaye gruplarının sağlık alanında büyümek için kullandıkları stratejiler ve finansman kaynakları değerlendirilmektedir. Ayrıca, özel hastaneciliğin gelişiminin eğitim, turizm, finans, tıbbi cihaz, ilaç vb. ilişkili sektörlerdeki büyümeye ivme kazandırarak, ekonomiye dair geniş yansımaları bulunduğu vurgulanmaktadır.

Anahtar sözcükler: Neo-liberal sağlık politikaları, özel hastane sektörü, Türkiye

---

**Bu makale, 7 Ekim 2010 tarihinde Türk Tabipler Birliği Halk Sağlığı Kolu tarafından İzmir'de düzenlenen XV. Halk Sağlığı Güz Okulu ile İstanbul Tabipler Odası Özel Hekimlik komisyonu tarafından 9 Kasım 2010 tarihinde İstanbul'da düzenlenen "Sağlık Hizmeti Sektör Olunca" konulu panelde yapılan sunuşlardan hazırlanmıştır.*

***Yrd.Doç.Dr., İstanbul Teknik Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme Mühendisliği Bölümü*
****Yrd. Doç.Dr., Haliç Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme Bölümü*

The Commercialization of Health Services in Turkey: The Building of Private Hospital Industry

Abstract

This paper addresses the market-oriented transformation of Turkish health industry which has been accelerated particularly in the 2000s. This transformation has required a comprehensive restructuring of the policy and institutions of the previous periods in which health was seen mainly as a public service. Among the actors of the transformation, there have been the state, international institutions such as the World Bank and domestic and foreign capital. Those health services which still remained in the public domain have been increasingly delivered in line with market principles. As the other facet of the commercalization of health services in Turkey, many private health institutions continue to expand via domestic and overseas investments. This paper explains the building of the private hospital industry under the state supervision on the basis of subsidies as well as the changing relationship between the state and private health institutions regarding service delivery. On this ground, the study addresses the strategies and financial sources that have been utilized to expand in the health sector by various capital groups, some of which are also active in other industries. The paper also stresses that the development of the private hospital sector has wider ramifications in the economy as it gives impetus to growth in related industries such as education, tourism, finance, pharmaceutical and medical equipment.

Key words: Neo-liberal health policies, private hospital sector, Turkey

1. Giriş

Kapitalist birikim mantığının toplumun üzerinde egemen olduğu günlerden geçiyoruz. Kapitalist birikim mantığının artan egemenliğinin belirgin olduğu alanlardan biri de kamu hizmetleri alanıdır. Adım adım hayata geçirilen neoliberal politikalar çerçevesinde, eğitim, sağlık, sosyal güvenlik vb. kamusal hizmetler, piyasa ilişkileri içerisine çekilmektedir. Türkiye'de kamu hizmetlerinin metalaştırılması, sermayeye devlet desteğinde yeni birikim alanlarının açılması anlamına gelmektedir. 1990'larda başlayıp 2000'li yıllarda ivme kazanan bir olgu olarak sağlık sektörüne artan özel sermaye girişleri, bu sürecin bir parçasıdır. Devletin sağlık hizmetleri sunumunda boşalttığı alanları dolduran özel sermayeler, sadece büyük şehirlerde ve Anadolu'da yayılmakla kalmayıp, yurtdışına da açılmakta ve sağlık turizmi ve yurtdışı hastane yatırımları ile uluslararasılaşarak dünya pazarlarında var olmaya çalışmaktadır. Bütün bunların yanı sıra, sağlıkta piyasalaşma ile yaşanan dönüşümün etkileri sadece sağlık alanıyla sınırlı kalmayıp, eğitim, turizm, finans, tıbbi cihaz, ilaç vb. birçok ilişkili sektörde de değişim dinamiklerini harekete geçirmektedir.

Bu çalışma, Türkiye'de özel hastanecilik sektörünün devletin kanatları altında inşa sürecine tanıklık etme amacındadır. Böylece, sağlık alanında yaşanan topyekun dönüşümün anlamlandırılmasına ışık tutulacaktır. Bu temelde çalışmamızda, Türkiye'de sağlık alanında yaşanmakta olan neoliberal dönüşümün, hangi kanallarla özel sermayenin bu alana sızmasına olanak verdiği sergilenecektir. Analiz, iki boyut ekseninde kurgulanacaktır: Birinci boyut, sağlık reformunun çeşitli bileşenleri ile sağlık hizmetlerinin metalaşması arasındaki ilişkidir. İkinci boyut ise, sağlık alanında devlet teşvik mekanizmasının kullanılışıdır. Değerlendirmeler, devletin sağlığa geniş kitlelerin erişiminin sorumluluğunu üstlendiği bir kamusal hizmet anlayışı yerine, özel sermayenin kar güdüsüne göre şekillenen bir sağlık sektörünün inşa sürecini gözler önüne serecektir. Burada önemle vurgulanması gereken nokta, söz konusu dönüşümün yine devletin gözetimi ve yönlendiriciliği altında hayata geçirildiğidir. Üstelik devlet politikaları, bir yandan özel sermayelerin sağlık alanında yayılmalarına olanak verirken, bir yandan da kamusal sağlık hizmetlerinin giderek daha fazla piyasa mantığı içinde sunulmasını tesis etmektedir.

Çalışmamızda ilk olarak, Türkiye'de sağlık politikalarında 1960'lardan günümüze yaşanan dönüşüm, kalkınma planları, teşvik yasaları ve sağlıkla ilgili çıkarılan diğer yasalar üzerinden tartışılacaktır. Ardından, ülkede özel sermayelerin sağlık alanında artan nüfuzları değerlendirilecektir. Bu çerçevede, sağlığa yatırım yapan sermayelerin rekabet baskısı altında daha da büyüme isteği ile, hangi stratejileri ve finansman kaynaklarını kullanarak gelişimlerine yön verdikleri saptanacaktır. Üçücü olarak, sağlık hizmeti üretiminin sermaye birikim döngüsü üzerinden bir değerlendirmesi yapılarak, devletin, döngünün her bir aşamasına teşvik sistemi ve diğer yasal düzenlemelerle nasıl entegre olduğu belirlenecektir. Sağlık hizmetinin sermaye döngüsü üzerinden ele alınması, Dördüncü Bölüm'de sağlık sektöründeki dönüşümün bağlantılı olduğu diğer sektörlerin sağlık hizmetinin üretimine hangi aşamalarda entegre olduklarının ve yine bu eklemlenme noktalarında devletin nasıl müdahil olduğunun izlenmesine olanak verecektir. Çalışmamız, sonuç bölümünde sağlık alanındaki dönüşümün genel bir değerlendirmesiyle tamamlanacaktır.

2. Türkiye'de Sağlık Politikalarında Dönüşüm

II. Dünya Savaşı sonrası dönemde gelişmiş kapitalist ekonomilerde uygulanan ve emeğin bir talep unsuru olarak görüldüğü Keynesyen politikalar çerçevesinde, sosyal refah devleti ortaya çıkmıştır. Bu dönem, kamusal sağlık hizmetlerinin genişlemesini de beraberinde getirmiştir. 1980'lerden itibaren sağlık hizmetlerinin kamunun sunumundan, pazar şartları ve fiyat mekanizmasının geçerli olduğu ve bu hizmetlerin özel sektörce yerine getirildiği bir yapıya dönüşümünün adımları atılmaya başlanmıştır. ABD ve İngiltere bu dönüşümü en hızlı yaşayan ülkeler olu,rken **(Kobifinans 2010a)**, sağlıkta neo-liberal dönüşüm sadece erken kapitalistleşen ülkelerde değil, geç kapitalistleşen pek çok ülkede de hayata geçirilmiştir. Dünya Bankası'nın (DB) gözetiminde uygulanan neoliberal sağlık politikaları, özel sektörün kamudan daha verimli çalıştığı vurgusundan hareketle, devleti düzenleyici bir rol ile sınırlandırırken, sağlık ve tıbbi bakım hizmetlerinin özel sektörce sağlanması esasına dayanmaktadır **(Homedes, 2008).**

Türkiye de söz konusu dönüşümü yaşayan ülkelerden biri olmuştur. Ülkede 1980 sonrası yaşanan kapitalist toplumsal ilişkiler yönelimli dönüşümde hakim söylem, devletin ekonomik alandan hızla çekilmesi ya da müdahalelerinin en aza indirilmesi yönünde olmuştur. Oysa "küçülen devlet" söylemine rağmen, 1980 sonrasının dışa açılmaya yönelik iktisat politikaları irdelendiğinde, devletin sermayenin birikim alanlarına yönelik müdahalelerinden geri çekilmediği, tam tersine farklılaşan politikalar ile müdahalelerinin devam ettiği görülmektedir.

Sağlıktaki neoliberal dönüşümün taraftarı olan çevreler, sağlık hizmetlerinde uzun dönemde mali sürdürülebilirliğin gerçekleştirilebilmesi için, etkinlik ve verimlilik artışının sağlanması gereğini vurgulamaktadırlar. Oysa sağlıktaki dönüşümün sonuçlarına bakıldığında, ilk olarak sermaye için yeni değerlenme alanlarının açıldığı ve üstelik sermayenin sağlık alanında birikim yapma koşullarının inşası sürecinde doğan mali yükün devletçe taşındığı, bir diğer deyişle özel sermayelerin sağlık alanına artan girişlerinin finansmanının kamu üzerinden gerçekleştiği görülmektedir. Uzun dönemde ise, kamusal sağlık harcamalarının azaltılması yoluyla, sermayeye artı değerden daha fazla pay alma olanağı sunulmaktadır.

Türkiye'de sağlık alanında gerçekleşen piyasa yönelimli dönüşümün temeli, 2003'de ilan edilen Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın çok daha öncesinde, 1980'lerde başlamıştır. 1980 öncesinde, özel hastanelerin büyük bölümü uluslararası ilişkiler çerçevesinde yabancılar ve azınlıklar tarafından kurulan hastanelerdi. Bu dönemde sağlık hizmetinin kamusallığı hakim görüş olduğundan, sağlık hizmetleri kamu eliyle sağlanmaktaydı. Sağlık hizmetlerinin kamusal özellik taşıması 1960'lı yılların başında çıkarılan 224 sayılı Sağlığın Sosyalleştirilmesi Yasası'na dayanmaktadır. Bu dönemde köylerde bulunan sağlık ocakları bölgeler bazında geliştirilmiştir. **(OECD ve DB, 2008).** 1973 yılından

itibaren ise sağlık hizmetlerinin kamusal niteliği iyice belirginleşmiştir. Bu dönemde sağlık personeli 24 saat ücretlendirilmiş ve özel sektörde çalışmaları yasaklanmıştır (**Pala, 2007a).**

24 Ocak 1980 kararları diğer sosyal politikalar gibi, sağlık alanında da tarihi süreci tersine çeviren bir dönüm noktası olmuştur. 1980'li yıllarda sağlık yatırımlarına sağlanan teşvik imkanları, özellikle 1985 yılından itibaren etkisini göstermiş ve 1980'li yılların sonundan itibaren sağlıkta bir "özel sektör" patlaması gerçekleşmiştir. Teşviklerden istifade ederek yatırım yapan sermayedarların sayısı ve sağlık alanlarındaki yatırım tutarları izleyen yıllarda da artmaya devam etmiştir.

Cumhuriyet'in kuruluşundan itibaren sağlık hizmetlerinin özel sektörce yerine getirilmesine yönelik ilk düzenleme, 1982 Anayasası'nda "devletin sağlık ile ilgili görevlerini özel sağlık kuruluşlarından yararlanarak yerine getirebileceği" hükmüdür. 1982 Anayasası'nda ilk defa genel sağlık sigortası ve katılım payından söz edilmekteydi. 1985-1989 yıllarını kapsayan Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda özel sağlık kuruluşları ve hastanelerinin kurulmasının teşvik edileceği, sağlık hizmetleri fiyatlarının serbest bırakılacağı, herkesin katkıda bulunduğu genel sağlık sigortasının çıkarılacağı belirtilmekteydi. 1987 yılında çıkarılan Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu ise, genel bir sağlık sigortası sistemi oluşturma ve kamu hastanelerine işletme ve personel politikalarında özerklik tanıma amacındaydı. Ancak, Anayasa Mahkemesi tarafından bu yasanın kritik bölümleri iptal edildiği için amacına ulaşamamıştır **(Pala 2007b).**

1982 Anayasası'nda sağlık sisteminde piyasa merkezli dönüşümün ilk işaretleri yer alırken, söz konusu dönüşüm ilerleyen yıllarda aksamalara rağmen hayata geçirilmeye çalışılmıştır. Örneğin, 1992 yılında düzenlenen Birinci Ulusal Sağlık Kongresi'nde, Genel Sağlık Sigortası uygulamasına yönelik kararlar alınmış, ancak uygulamaya geçirilememiştir **(OECD ve DB, 2008).** Sağlık alanına yönelik politikalar Yedinci (1996-2000) ve Sekizinci (2001-2005) Beş Yıllık kalkınma Planlarında da içerilmiştir **(Elbek, 2009).** Yedinci Plan'da sağlık alanında aşağıdaki hedefler belirlenmiştir:

- Genel Sağlık Sigortası'nın olabildiğince çabuk başlatılması,

- Hizmet sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılması,

- Hastanelerin kaliteli sağlık hizmetleri sunmalarına ve kendilerini merkezi yönetim yapısının kısıtlamalarından kurtarmalarına yardımcı olmak için hastanelere özerklik verilmesi,

- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği modelinin benimsenmesi ve koruyucu sağlık hizmetleri sunumunun güçlendirilmesi,

- Ülkedeki sağlık hizmetlerinin izlenmesindeki rolünü güçlendirmek üzere Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması. **(OECD ve DB, 2008)**

Ancak, Yedinci Plan dönemindeki söz konusu hedefler gerçekleşmemiş ve sağlık alanındaki dönüşümü uygulamak Sekizinci Plan dönemine kalmıştır.

2001-2005 döneminde uygulanan Sekizinci Plan, sağlık sisteminin dönüşümünde önemli bir role sahiptir. Planda, sağlık sisteminin yapılanmasında devlet ve özel sektör arasındaki görev paylaşımının belli esaslara bağlanması gerektiği ifade edilmiş ve aşağıdaki politikalar önerilmiştir:

- Sosyal güvenlik kuruluşlarının aynı çatı altında toplanmaları ve tek bir teminat paketi içinde hizmet sunmaları gerekmektedir,

- Devlet, sağlık sisteminin denetimine, araştırma geliştirme faaliyetlerine ve eğitime ağırlık vermelidir,

- Planlama, koordinasyon ve denetim görevlerini üstlenmiş kuvvetli bir Sağlık Bakanlığı oluşturulmalıdır,

- Daha pahalı bir yatırım gerektiren hastanecilik işletmeciliğini özel sektör ve vakıflar üstlenmelidir,

- Hizmet sunumu ve finansman birlikte düşünülmeli ve toplumun tümünü kapsayan bir sistem geliştirilmelidir,

- Reformlar çerçevesinde hastanelerin özerkleşmesi konusu ele alınmalıdır,

- Temel sağlık hizmetleri sunan kurumlar hedef grup farklılığı gözetmeksizin, entegrasyon mantığı kapsamında yeniden yapılandırılmalıdır,

- Devlet içinde sağlıkla ilgili birimler koordine edilmeli, özel sektörle kamu sektörü koordineli çalışmalıdır,

- Hizmetlerde etkililik-verimlilik ağırlıklı bir yapı geliştirilmeli, hastalık ağırlık sistemi oluşturulmalıdır **(DPT, 2001).**

Yukarıda belirtilen hedefler, uygulama döneminin sonlarından itibaren adım adım hayata geçirilmeye başlanmıştır. Bu maddelerin bir bütün olarak işaret ettiği nokta, özel sektörün bu alandaki yatırımlarını arttıracak önlemlerle beraber, devletin de müdahale bağlamında bu alandan geri çekilmediğidir. Devlet eskisine nazaran "daha kuvvetli" bir bakanlık ile işlevini sürdürecek, ancak kamusal sağlık hizmetleri piyasa mantığı çerçevesinde şekillenecektir. Sağlık alanında 2002 yılı sonrasında güçlenen özelleştirme girişimleri de bu yönelimin bir parçasıdır.

Nitekim, özel sektörün sağlık alanındaki yatırımları 2002 sonrasında hız kazanmıştır. Bu artışta, 10.06.2002 tarihinde yürürlüğe giren "Yatırımlarda Devlet Yardımları Hakkında Karar" etkili olmuştur. 2002'de yeniden düzenlenen teşvik kararları içinde, sağlık alanındaki yatırımlar "özel önem taşıyan sektör yatırımı" olarak değerlendirilmiştir[1].

Sekizinci Plan döneminde uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile, sermayenin sağlık alanına girişinin önü açılarak, bu yönde kapsamlı bir reform süreci başlatılmıştır. Söz konusu programın içeriğine bakıldığında, sağlık hizmetlerinin nasıl düzenleneceğine dair temel başlıklar dikkat çekmektedir. Buna göre, sağlık sisteminin işlemesini sağlayan en önemli aktör olan Sağlık Bakanlığı'nın planlayıcı ve denetleyici role kavuşması ilk hedeftir. Sağlık ve sosyal güvenlik kurumlarının "Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)" çatısı altında birleştirilmesi esastır. Toplumsal olarak sağlık hizmetinden yararlanma ise genel sağlık sigortası sisteminin (GSS) hayata geçirilmesi ile sağlanacaktır. GSS'nin neye hizmet edeceği sorgulandığında, prim toplamaya dayalı bir sigorta sistemi kurularak, sağlık hizmetlerinden yararlanma bedelinin topluma yüklenmesinin amaçlandığı görülmektedir. GSS "bir yandan ek bir sağlık vergisi anlamına gelirken, bir yandan da özellikle 'kullanıcı ödentisi' kavramıyla toplumun yoksul ve dar gelirli kesimlerinin sağlık hizmetlerine erişiminde önemli bir engel anlamına gelmektedir" **(Pala 2007b).** Öte yandan bu sistemle, tüm bireyler sosyal güvenlik kapsamına alınarak, piyasa büyütülmüştür. Bu durum, son yıllarda artan hasta ziyaretleri sayısı ve tedavi harcamalarından da izlenebilmektedir.

Dönüşüm Programı'nda diğer alt başlıklar arasında bulunan sağlık hizmetlerinin yaygınlığının sağlanması, özel sektörün de bu alanda yer almasına imkan verileceğini işaret etmektedir. Ayrıca, kamu ve özel sektör arasında hizmet sunumunda rekabetçi bir yapının oluşumunu amaçlayan Program ile, kamudaki sağlık birimlerinin idari ve mali özerkliğe sahip olmaları ve gelir ve giderlerini Sağlık Bakanlığı'nın merkez bütçesinden ayrı olarak kendilerinin karşılamaları gündemdedir. Bu, kamu hastanelerinin özel işletme mantığı çerçevesinde çalışacak şekilde yönlendirilmeleri anlamına gelmektedir. Bu dönüşümle, gerek sağlık politikası faaliyetlerindeki gerekse sağlık hizmetlerinin finansmanındaki, Yıldırım'ın da işaret ettiği çok başlılığın giderilerek, finansman tekrarları ve israfın önlenmesi amaçlanmıştır[2]. Böylece, tüm nüfusun sağlık sigortası kapsamına alınması, çeşitli sosyal güvenlik kuruluşları arasında var olan kullanım kuralları farklılıklarının giderilmesi, Yeşil Kart'ın yatarak tedavi dışında, ayakta tedavi ve ilacı da kapsar hale getirilmesi ile artan finansman yükünün, verimlilik artışının sağlanması ile karşılanması planlanmıştır **(Teksöz, 2009).** Bu amaca ulaşmak için, kamu hastanelerinin performansa dayalı döner sermaye uygulamasının ardından, adeta bir özel işletme gibi çalışmaya yönlendirilerek "işletmeleştirilmesi" yaşama geçirilmektedir. Ayrıca,

zarar eden kamu hastanelerinin kapatılarak, özel sermayeye sağlık piyasasından daha büyük bir pay almasının önünün açılacak olması da not edilmelidir. Bu programın bir diğer bileşeni olan aile hekimliği ise, birinci basamak sağlık hizmetlerinde sağlık ocaklarının kapatılarak, bu basamağın özelleştirilmesi anlamına gelmektedir **(Pala, 2007b).** Sonuç olarak, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile adım adım hayata geçirilen uygulamalar bir bütün olarak, Pala'nın da belirttiği gibi, "sağlığın ticarileştirilmesi" şeklinde değerlendirilebilir. Ancak, sıkça vurgulanan sağlığın ticarileşemesi ifadesini mutlak bir ifade olarak kullanma, kamunun bu alandan tamamen çekilmesini ima gibi bir yanılgıyı içinde taşıyor. Özellikle muhalif-sol kesim uzun zamandır liberal ideolojinin etkisi altında kalarak, ticarileşme sürecini kamunun/devletin süreçten çekilmesi anlamında kullanmıştır. Oysa, özellikle son dönemdeki gelişmelere baktığımızda, kamunun, sunduğu bir hizmeti sermayenin etkinlik alanına açmak için sürece yoğun müdahelelerde bulunduğunu görüyoruz. Sorun kamunun süreçten çekilmesi değil, kamunun sermayenin temel mantığı içinde hareket etmesidir. Kamunun sağlıkta yaşanan dönüşüme müdahalesi bu ifadelerimizi daha doğrular bir niteliktedir.

Sağlıkta piyasa merkezli dönüşümün önemli adımları 2000'li yıllarda hayata geçirildikten sonra, Dokuzuncu Plan ile 2007-2013 yıllarında sağlığa dair ne gibi projeksiyonlar geliştirildi diye baktığımızda, sağlık sektörünün kamu sabit sermaye yatırımları içindeki payının artmasının hedeflendiği görülmektedir. Tablo 1, Dokuzuncu Plan döneminde kamunun sağlık alanında hedeflenen yatırımlarının, toplam kamu yatırımları içerisindeki payının %7,1'den %8,4'e yükseleceğini göstermektedir. Sabit sermaye yatırımları, fiziki ve uzun dönemli kullanımı sağlayan (bina, makine ve diğer demirbaş gibi) kıymetlerden oluşur. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın yukarıda tartışılan niteliği karşısında, kamunun artan sağlık yatırımları bir çelişki olarak görülmemelidir. Burada vurgulanması gereken nokta, kamu kurumlarındaki hizmet sunumunun piyasa mantığı içinde sunulduğu bir yapıya doğru dönüşüm yaşanmasıdır[3].

Tablo 1. Türkiye'de 9. Plan Dönemi'nde sektörel kamu sabit sermaye yatırımları

Sektörler	Cari Fiyatlarla		Cari Fiyatlarla		Cari Fiyatlarla	
	Milyon	% Pay	Milyon	% Pay	Milyon	% Pay
Tarım	1.375	7,7	5.040	11,8	17.278	10,2
Madencilik	640	3,6	1.141	2,7	5.514	3,3
İmalat	445	2,5	169	0,4	1.517	0,9
Enerji	2.529	14,2	2.592	6,0	17.750	10,5
Ulaştırma-Haberleşme	5.674	31,8	10.984	25,6	44.023	26,0
Turizm	48	0,3	198	0,5	768	0,5
Konut	109	0,6	390	0,9	1.310	0,8
Eğitim	2.494	14,0	9.399	21,9	32.405	19,1
Sağlık	1.268	7,1	3.702	8,6	14.293	8,4
Diğer Hizmetler	3.243	18,2	9.239	21,6	34.636	20,4
- İktisadi	1.728	9,7	4.195	9,8	15.624	9,2
- Sosyal	1.515	8,5	5.044	11,8	19.012	11,2
Toplam	17.824	100	42.855	100	169.495	100
Yatırım İşçiliği	2.463		3.885		19.180	
Mahalli İdareler	10.690		22.217		105.936	
Genel Toplam	30.978		68.957		294.611	

Kaynak: DPT, 2006

Tablo 2. Sağlık hizmetlerinde hedefler

	2006	2013
Hekim sayısı	103.150	120.000
Hekim başına düşen nüfus	707	658
Tıp Fakültelerine Yeni Kayıt Sayısı	4.800	7.000
Yatak Sayısı	197.170	236.600
Yatak Başına Düşen Nüfus	372	335

Kaynak: DPT,2006

Dokuzuncu Plan hedefleri sağlık hizmetleri açısından değerlendirildiğinde ise, sağlık hizmetlerine erişimin önemli göstergeleri olan yatak ve hekim sayısı ile bunların nüfusa oranlarında iyileşmeler öngörülmektedir (Tablo:2). Bununla birlikte, bu dönemde tıp fakültelerindeki kontenjan artışının, ancak bir sonraki plan döneminde etkisini gösterebilecek olması nedeniyle, hekim başına nüfus konusundaki iyileşme sınırlı kalacaktır. Bu durum, aşağıda da ele alınacağı gibi, Türkiye'de özel hastaneciliğin gelişiminde bir engel olan hekim sayısındaki sınırlılığı aşmanın devletin de gündeminde olduğunu göstermektedir.

Sağlık alanında özel sektör yatırımlarının desteklenmesine yönelik müdahaleler, yatırım teşvik sisteminin 1980 sonrasında yeniden düzenlenmesi ile gerçekleştirilmiştir. Bölüm 6'da da ele alınacağı gibi, 2009 yılında yürürlüğe giren en son değişikliği içeren yeni teşvik paketinde, özel hastanecilik sektörü ile doğrudan ilişkili "Tıbbi Aletler, Hassas ve Optik Aletler İmalatı ve İlaç İmalatı" sektörlerine teşvikler verilmiştir. Yıllık programa göre ise, 2010 yıl sonunda hem toplam özel kesim sabit sermaye yatırımlarının, hem de toplam özel sabit sermaye yatırımları içinde sağlık sektörünün payının artması beklenmektedir **(Hazine, 2009b).**

3. Türkiye'de sağlık sektörüne artan özel sermaye ilgisi

Sağlık, sermaye için Türkiye'de son yılların en gözde yatırım alanları arasında yer almaktadır. Ülkede bazıları inşaat, tekstil, eğitim vb. diğer sektörlerde de var olan sermayelerin sağlık alanına girişlerinin 1990'larda başlamakla birlikte, özellikle 2000'li yıllarda uygulanan sağlık reformu ile birlikte hızlandığı görülmektedir. Tablo 3, sağlık alanına giren seçilmiş bazı holdingler ve sağlık grupları ile bunların faaliyet alanlarını özetlemektedir.

Sağlık alanına giren sermayelerin özellikle büyük ölçekli olanları, sadece ülke içinde kar sağlama peşinde olmayıp, bu sektörün uluslararasılaşmasının sunduğu fırsatları da gözlemektedir. Bu sermayeler birikimlerinin uluslararasılaştırılması yoluyla döviz kazanarak, aşağıda da değinileceği gibi, gereksindikleri yüksek teknolojiye dayalı tıbbi cihaz yatırımlarını finanse edebilecekler ve pazardaki konumlarını güçlendirebileceklerdir. Sermayeler için döviz kazanmanın bu özel öneminin yanı sıra, geç kapitalistleşen bir ülke olarak Türkiye'de döviz biçiminde para-sermaye ihtiyacı bir bütün olarak sermaye birikiminin ilerletilmesinin önünde tarihsel bir kısıt ola gelmiştir. Dolayısıyla, döviz kazandırıcı faaliyetler devlet tarafından da destek görmektedir. Özel hastaneciliğe yapılacak yatırımlarla ülkenin döviz kazanma kapasitesinin genişleyeceğine dair beklentiler, bu alana verilen devlet teşviklerinin önemli bir nedenidir.

Aşağıda sırasıyla özel sermayelerin sağlık alanına girişlerinin arkasında yatan nedenler, bu yönelimin finansman kaynakları ve sektörde gözlemlenen genel şirket stratejileri ele alınacaktır.

3.1. Türkiye sağlık sektöründe büyüyen pazar

Türkiye'de sağlık sektöründeki büyüme potansiyeli, bu sektöre artan yerli ve yabancı sermaye ilgisinin başlıca nedenidir.

1990'lardan başlayarak ve 2000'lerde de devam eden bir süreç olarak Türk holdinglerinin sektörel çeşitlenmelerini gözden geçirdikleri ve yan uğraşları olan sektörlerden çekilerek ana faaliyet alanlarına odaklandıkları, bu arada verimlilik, ihracat vb.

Tablo 3. Sağlık alanındaki holdingler ve sağlık grupları ile faaliyet alanları

Sermaye Grubu	Sağlık Kuruluşu Sektörler	Faaliyette Bulunulan Diğer Sektörler
Koç Grubu	Amerikan Hastanesi (1920 kuruluş, Koç Vakfı'na devir 1995)	Enerji, Otomotiv, Dayanıklı Tüketim, Finans, İnşaat, Bilişim, Elektronik, Gıda, Havacılık, diğer
Anadolu Grubu	Anadolu Sağlık Merkezi (2005)	İçecek, otomotiv, finans, perakende
Mesa Şirketler Grubu	Mesa Hastanesi (2004)	İnşaat
Sancak Grubu	Medical Park (1995)	Yazılım, Bilişim, Catering, İnşaat
İş Bankası Grubu	Bayek Tedavi Sağlık Hizmetleri. 1992'de Bayındır Holding tarafından Bayındır Tıp Merkezi olarak kuruldu. 1999'da İş Bankası tarafından devralındı. Bünyesinde 2 hastane ve yaşlılara yönelik Yaşamkent'i İçermektedir.	Bankacılık ve Finans Hizmetleri, Sigorta, Cam, Telekomünikasyon, diğer
Esas Holding	Medline (2001)	Tarım, Gıda (Süt ve Et ürünleri), Ulaşım (havacılık), Ambulans sistemleri, Sinema salonları
Eczacıbaşı Holding	Evde Bakım Merkezi (2001)	Kozmetik, İnşaat, Bilgi Teknolojileri, Finans, Kaynak Teknolojileri, Kağıt, İlaç, Sağlık Ürünleri, Nükleer Ürünler
İhlas Holding	Türkiye Hastanesi (1990), Termal Tatil Köyü ve Termal Otel (2010)	Medya, İnşaat-Gayrimenkul, Pazarlama, Turizm, Eğitim, Madencilik, Ev aletleri, İçecek, Bisiklet
Turgut Aydın Holding	Memorial Sağlık Grubu (1995)	Tekstil, Gıda ve Tekstil Perakendeciliği, Gayrimenkul, Bank Asya
Sağlık Grubu		
Azmi Ofluoğlu (Universal Hospitals Group)	Ege Sağlık Hastanesi (1969) Özel İstanbul Vatan Hastanesi (1974) Alman Hastanesi, Taksim (1992) Alman Hastanesi, Kadıköy (1993) Universal Hospital Bodrum (2000) Alman Hastanesi, Çamlıca (2009) İtalyan Hastanesi (2009) Universal Hospital Tirana (devam)	Bilişim
Acıbadem Grubu	Acıbadem Hastaneleri, Bayındır Hayat Sigorta	Sigorta, Eğitim
Kadıköy Şifa Hastanesi	Suadiye Polikliniği (2003) Ataşehir Tıp Merkezi (2005) Ataşehir Hastanesi (2010)	

Kaynak: Tabloda yer alan bilgiler kurumlara ait internet sitesinden tarafımızca derlenmiştir

Tablo 4. Yıllara ve sektörlere göre hastane sayıları

	2002	2006	2007	2008
Özel Hastane	270	331	365	400
Sağlık Bakanlığı	774	768	848	847
Üniversite	50	56	56	57
Diğer	61	49	48	46
Toplam Hastane	1.155	1.204	1.317	1.350

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2010

Tablo 5. Toplam hastane sayısı içinde özel hastanelerin payı (Yüzde)

	2002	2006	2007	2008
Özel Hastane	23,4	27,5	27,7	29,6
Sağlık Bakanlığı	67,0	63,8	64,4	62,7
Üniversite	4,3	4,7	4,3	4,2
Diğer	5,3	4,1	3,6	3,4
Toplam Hastane	100,0	100,0	100,0	100,0

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2010

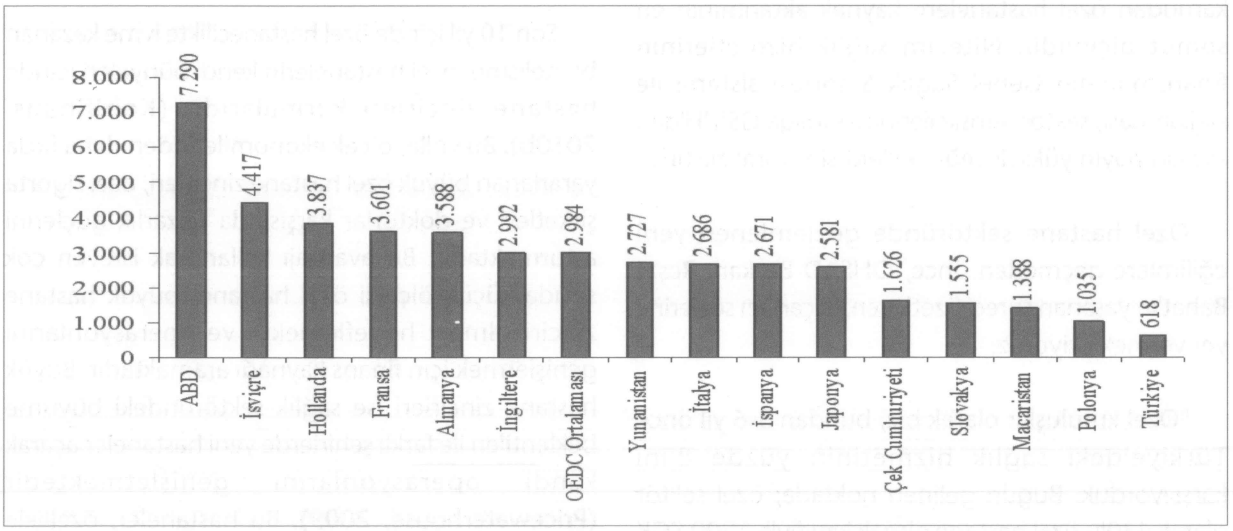
açısından büyüme vaat etmeyen sektörlerden çıkarak, yakın gelecekte yıldızı parlayan sektörlere kaymaya çalıştıkları gözlemlenmiştir **(Gültekin, 2009).** İşte bu dönüşümde sağlık, yüksek büyüme potansiyeli ile sermayenin iştahını kabartan bir sektör olarak öne çıkmıştır. Sağlık alanı öncelikle henüz olgunlaşmamış bir pazar olarak önemli bir büyüme potansiyeli sunmaktadır. Yatak kapasitesi, kişi başına düşen doktor ve hemşire sayıları ile kişi başı sağlık harcamaları açısından Türkiye'de sağlık hizmetleri, OECD ülkelerinin gerisinde kalmaktadır (Bkz. Şekil 1). Ayrıca, yaşlı ve yetişkin nüfus payının artması, gelecekte sağlık hizmetlerine büyüyecek talebi işaret etmektedir. Üçüncü olarak yükselen kişi başına gelirle, son yıllarda sağlık hizmeti satın alma gücünün artması sonucu, özel sağlık hizmetlerinden yararlanan kişi sayısının arttığı görülmektedir. Son olarak, Türkiye'ye sağlık turizmindeki artan talep gibi, sektöre uluslararasılaşmanın sunduğu fırsatlar, sektörün büyüme potansiyelini arttırmaktadır. Bu bağlamda, özellikle 2000'lerin başlarında yaşanan kriz sonrasında çok sayıda yeni sermayenin ana uğraş alanlarını çeşitlendirmek üzere sağlığa girdikleri gözlemlenmiştir. Bu yönelimi hızlandıran asıl etken ise, aşağıda ele alınacağı gibi DB'nin gözetiminde uygulamaya sokulan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın sunduğu fırsatlar olmuştur.

Tablo 4 ve Tablo 5'ten de izlenebileceği gibi, Türkiye'de toplam hastane sayısı içindeki özel hastanelerin payı 2002-2008 yılları arasında %26'lık bir artış göstermiştir. Kamu hastaneleri, üniversite hastaneleri ve diğer sağlık kuruluşlarının sayılarında ise düşüş gerçekleşmiştir[4].

Özel hastane sayısındaki artışın bir nedeni, Sağlıkta Dönüşüm Programı'yla birlikte kamunun özel hastanelerden hizmet alımındaki artıştır. Devletin kendi memurlarına ve sigortalılara tanımış olduğu özel hastanelerden yararlanma imkanı buna zemin hazırlamıştır. Özel sağlık sektörünün (özel hastaneler, tıp merkezleri ve poliklinikler) 2008 yılını yaklaşık 10 Milyar TL ciro ile tamamladığı belirtilmektedir. Söz konusu cironun yaklaşık yüzde 50'sinin (4.83 milyar TL) kamu hastaları (SGK ve devlet memurları) tarafından sağlandığı saptanmıştır **(İş'te Kobi, 2010).** Başta görüntüleme hizmetleri olmak üzere, birçok tıbbi hizmetin özel sektörden alınmasının da önü açılmış durumdadır **(MÜSİAD, 2007).**

Türkiye genelinde Ağustos 2010 itibariyle 450'ye ulaşan özel hastanelerin İstanbul'daki sayısı ise 153'ü bulmuştur. Yani, özel hastanelerin üçte biri İstanbul'da toplanmıştır. Sanayileşme ve tarımda çözülme ile kırsaldan koparılıp şehirlere yığılan

Şekil 1. Seçilmiş ükelerde 2007 yılı kişibaşı sağlık harcaması (alım gücü paritesi $)



Kaynak: Pricewaterhouse, 2009

kitlelerin aynı zamanda özel hastaneler için bir pazar oluşturdukları söylenebilir. Bu, özel hastane yatırımlarının İstanbul, Ankara gibi büyük şehirlerde yoğunlaşmalarını açıklayan etkenlerden biridir. Sağlık turizmi ile yabancı hastaların büyük şehirlere çekilmelerinin kolaylığı da, bu şehirlerin özel hastanelerin yoğunlaştıkları alanlar olmalarında etkilidir.

Yeni açılan özel sağlık kuruluşu ve hastanelerinin özellikle batı bölgelerinde ve büyük şehirlerdeki yoğunlaşma eğilimi, özel işletme mantığı çerçevesinde hareket eden bu kuruluşların kar etmeyecekleri yerlere hizmet götürmeyecekleri ve bu durumun sağlıkta bölgesel eşitsizlikleri derinleştireceği anlamına gelmektedir.

3.2. Özel Sermayenin Sağlığa Girişinin Finansman Kaynakları

Türkiye'de sermayeler hem sağlık hem de başka alanlardaki birikimlerini kullanarak sağlık alanında büyürken, bazı dışsal finansman kaynaklarından da yararlanmaktadır. Burada öncelikle, 2000'lerde DB'nin özel sağlık sektörüne verdiği kredilerle dönüşümün ivme kazandığını belirtmeliyiz: Mesa ve Acıbadem Hastaneleri bu alanda ilklerdendir. Mesa Hastanesi Genel Direktörü Oğuz Engiz **(Topçuoğlu, 2006),** çokuluslu bankaların Türkiye'de sağlık yatırımlarına sağladıkları finansman kaynağına dikkat çekmektedir. Engiz bir diğer finansman kaynağı olarak, büyük görüntüleme cihazı üreticilerinin uzun vadeli finansman olanaklarından da bahsetmektedir. Son olarak da, Türk bankalarının özel hastane yatırımlarına kredi finansman olanaklarının artması beklenmektedir. Halka açık tek özel hastanenin ise Acıbadem hastaneleri olduğunu, dolayısıyla henüz halka açılma yoluyla sağlık alanındaki büyümenin finanse edilemediğini burada not etmeliyiz. Ancak, büyüme hedefi olan birçok hastane önümüzdeki yıllarda halka açılacaklarını beyan etmişlerdir.

Öte yandan, kamu sağlık harcamalarının özel sağlık kuruluşlarının büyümelerinde bir başka finansman kaynağı olduğunun altı çizilmelidir. Neoliberal sağlık reformlarının dayandığı temel tez, özel sektörün kamu sektöründen daha verimli çalıştığıdır. Bu inanışa dayanarak, sağlık reformları devletin rolünün azaltılmasını savunur. Ancak, sağlık sektörünün piyasalaşmasındaki uygulamalar ayrıntılı olarak incelendiğinde, devletin sağlık hizmetlerinin finansmanından çekilmediği görülmektedir. Özel sektörün gerçekleştirdiği hastane hizmetleri ve diğer tıbbi hizmetlerin sağlanmasındaki hakim yol, harcamaları devlete karşılatacak şekilde finanse edilmesidir. Son dönemde sağlık alanındaki yatırımlara verilen birçok teşvike ek olarak, Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, kamu çalışanlarının

özel sağlık kuruluşlarında tedavi olabilmeleri de kamudan özel hastanelere kaynak aktarımının en somut biçimidir. Nitekim sağlık hizmetlerinin finansmanının Genel Sağlık Sigortası sistemi ile sağlanması, sektör temsilcilerinde sağlığa GSMH'den ayrılan payın yükseleceği beklentisini yaratmıştır[5].

Özel hastane sektöründe gözlemlenen yeni eğilimlere geçmeden önce, OHSAD Başkanı Reşat Bahat'ın yaşanan süreci özetleyen şu çarpıcı sözlerine yer vermek istiyoruz:

"Özel kuruluşlar olarak biz, bundan 5-6 yıl önce Türkiye'deki sağlık hizmetinin yüzde 8'ini karşılıyorduk. Bugün gelinen noktada; özel sektör olarak 430'u özel hastane olmak kaydıyla 1800 SGK anlaşmalı kurum, 200 bine yakın çalışan, 19 bin 500'ü uzman olan 21 bin doktor, İstanbul'da yüzde 50'nin üzerine çıkmış, Türkiye genelinde yüzde 30'u bulmuş bir kesimi temsil ediyoruz. Bu tabii mantar gibi topraktan bitmedi. Bu özel sektörün zekasıyla olmadı. Bu gelişme, bizim beynimizden geçenlerin Sayın Başbakanımızın tarafından anlaşılması, Adalet ve Kalkınma Partisi hükümeti tarafından hayata geçirilmesiyle oldu. Yani özel sektör muhatap alındı, özel sektörden topyekun hizmet satın alındı" **(Çetiner, 2009).**

3.3 Özel hastanecilikte yeni eğilimler

Türkiye'de özel hastanecilik alanında dört temel eğilim göze çarpmaktadır:

- Hastane zincirleri ile yayılma,
- Sağlık sektörünün artan uluslararasılaşması,
- Uzmanlaşma,
- Konsolidasyon- Birleşme ve Satın Almalar.

Bu dört eğilim iç içe işleyerek, sağlık alanındaki tekil sermayelerin rekabet baskısı altında ayakta kalma ve sektördeki konumlarını pekiştirme çabalarına hizmet etmektedir.

3.3.1.Hastane zincirleri ile yayılma

Son 10 yıl içinde özel hastanecilikte ivme kazanan bir gelişme, özel hastanelerin kendi bünyeleri içinde hastane zincirleri kurmalarıdır **(Kobifinans, 2010b).** Bu yolla, ölçek ekonomilerinden daha fazla yararlanan büyük özel hastane zincirleri, özel sigorta şirketleri ve doktorlar karşısında pazarlık güçlerini arttırmaktadır. Bu avantajı kullanmak isteyen çok sayıda küçük ölçekli özel hastane, büyük hastane zinciri olmayı hedeflemekte ve operasyonlarını genişletmek için finans kaynağı aramaktadır. Büyük hastane zincirleri ise sağlık sektöründeki büyüme beklentileri ile farklı şehirlerde yeni hastaneler açarak kendi operasyonlarını genişletmektedir **(Pricewaterhouse, 2009).** Bu hastaneler, özellikle İstanbul, Ankara ve İzmir gibi büyük şehirlerdeki yatırımlar ile ilgilenmektedirler. Bunda görece yüksek gelirli kesimin bu şehirlerde yaşamakta olması bir etkendir. Ayrıca, Türkiye'nin nüfusunun %30'u da bu şehirlerde toplanmış bulunmaktadır. Bu hastanelerin çoğunda ileri teknoloji içeren tıbbi cihazlar ve malzemeler kullanılmaktadır.

Bayek Genel Müdürü Bülent Kıymir'in de belirttiği üzere, sağlık hizmetleri koruyucu hekimlikten başlayarak, poliklinik, acil, teşhis, ayakta ve yatılı tedavi hizmetlerinden evde bakıma kadar uzanan bir zincir olarak görüldüğünde **(Capital Online, 2004),** sağlık sektörüne giren sermayelerin, bu zincirin belirli halkalarında yatırımlara giriştikleri, zamanla zincirin diğer halkalarını da bünyelerine katacak şekilde genişleyecekleri beklenebilir. Örneğin, koruyucu hekimlik ve yataklı tedavi kurumlarından sonra gelen evde bakım hizmetlerinin sektörde henüz yerleşmediğine dikkat çeken Eczacıbaşı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü Sarper Tanlı, özellikle bu iki alana yoğunlaşan çalışmaları olduğunu belirtmektedir **(Capital Online, 2004).**

3.3.2. Sağlık sektörünün artan uluslararasılaşması

Ticari, mali ve üretken sermaye döngülerinin uluslararasılaşmasının hızlandığı 1980 sonrası, aynı

zamanda sağlık hizmetlerinde de artan uluslararası ticaret ve doğrudan yatırımları getirmiş ve bu durum geç kapitalistleşen ülkelerde sağlık alanında değişime yön veren dinamikler arasında yer almıştır. Örneğin, geç kapitalistleşen ülkelerde vasıflı sağlık emekçilerince çok daha ucuza verilen sağlık hizmetleri, erken kapitalistleşen ülkelerde devlet ve özel sigorta şirketlerinin üzerindeki mali yükü azaltmaya olanak verecek bir fırsat olarak görülmüştür. Bu bağlamda, eski kamusal sağlık düzeninin getirdiği katılık ve engelleri aşmaya olanak veren reformlar, sağlık sektörünün hızla uluslararasılaşmasına zemin yaratmıştır **(Baker, 2010).** Geç kapitalistleşen ülkelerde piyasa yönelimli reformlar, bu ülkelerden ucuza temin edilen sağlık hizmetleri ile bir bütün olarak erken kapitalistleşen ülkelerde sermaye birikimine katkıda bulunurken, sağlık hizmetlerinin artan uluslararasılaşması bunun gerçekleşmesi için gerekli kanalı sağlamıştır.

Bu çerçevede, Türkiye'de sağlık sektörünün piyasalaştırılması ve uluslararasılaşması eşanlı olarak yaşanmaktadır. Sağlık sektörünün döviz kazanma kapasitesi, hem bu sektöre olan sermaye ilgisini hem de devletin bu alanı sermayeye açan uygulamalarının açıklanmasında önemle vurgulanmalıdır. Özel hastaneler, uluslararasılaşarak büyümelerini hızlandırabileceklerdir. Ayrıca, küresel rekabet altında birikim yapmanın gereklerinin devlet politikalarına içselleştirildiği günümüzde, Türkiye'de sağlık sisteminin artan küresel rekabette ayakta kalmanın gerekleri doğrultusunda yapılandırılma sının süreceği beklenmelidir. Bu durum, sağlık emekçilerinin üzerinde yoğun ve güvencesiz çalışma baskısının da zamanla artacağını haber vermektedir.

Sağlık alanında uluslararasılaşmanın en önemli kanallarından biri, sağlık turizmi ile ülkeye yabancı hasta çekilmesidir. Yabancı hastaların Türkiye'yi tercih ettiği alanların başında, organ nakli, kalp ve göz ameliyatları, saç ekimi, estetik cerrahi ve kaplıca tedavisi gelmektedir. Ayrıca, by-pass, kök hücre ve check-up için yoğun talep söz konusudur.

Sağlık turizmine yönelik son yıllarda yükselen talep Sağlık Bakanlığı'nı harekete geçirmiş ve Türkiye'yi sağlık turizminde Avrupa ve Orta Doğu'da söz sahibi yapmak üzere, Sağlık Bakanlığı bünyesinde "Sağlık Turizmi Birimi" kurulmuştur. Bu birim, sağlık sektöründe ihtiyaçların belirlenmesi ve sorunların çözümünü hedeflemektedir. Bu temelde, birimin içinde medikal, termal spa-welness, ileri yaş ve engelli turizmi ile yurtdışı koordinasyon şube müdürlükleri oluşturulmuştur. İlk olarak, bu alanda mevzuat ve yasal boşlukların giderilmesi amaçlanmaktadır.

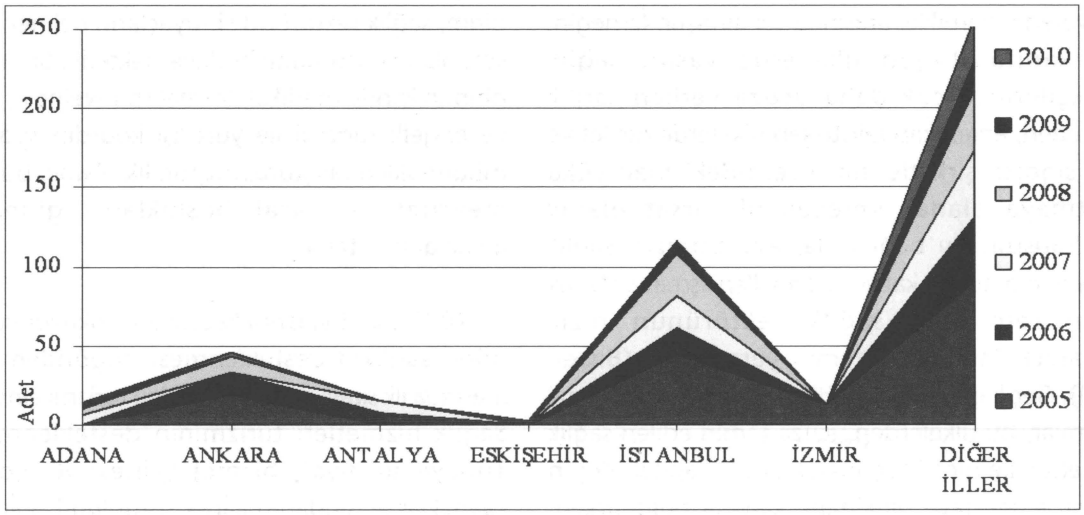
2007-2013 yıllarını kapsayan Dokuzuncu Plan'a göre, sağlıkta desteklenmesi öngörülen alanlar arasında ilk sırayı sağlık hizmetleri turizmi almaktadır. Sağlık hizmetleri turizminin desteklenmesinde Türkiye'nin fiyat, hizmet kalitesi ve jeotermal kaynaklar açısından rekabet üstünlüğü bulunduğu ifade edilmiştir **(DPT, 2006).**

Sağlık alanında son beş yılda verilen teşviklerin gelişimi iller bazında incelendiğinde, Ankara, İstanbul ve İzmir'in her dönem için en fazla teşvik alan iller olduğu görülmektedir (Bkz. Şekil 2). Anadolu'nun hem iç hem de kıyı kesimindeki illerinde de, son yıllarda sağlık yatırımlarına verilen teşvikler artmıştır.

Anadolu'da, özellikle kıyı kentlerinde teşviklerle yapılan sağlık yatırımlarını, sağlık turizmi şemsiyesi altında özellikli ve çeşitli ameliyatlar ve müdahaleleri gerçekleştiren klinikler, hastaneler ve diğer sağlık kurumları gerçekleştirmektedir. Sağlık hizmetlerinden faydalanmak isteyen yabancı hastalar, aynı turizm sektöründe olduğu gibi, tur acenteleri ve çeşitli kuruluşlarca düzenlenen paket programlar ile, Türkiye'ye ye hem tedavi hem de turistik amaçlarla gelebilmektedirler.

Sağlık turizmi ile ilgili bir başka boyut, doktor ve hemşire sayılarının yetersizliği konusunda sektör temsilcilerinin şikayetleridir. Bu sebeple, yabancı doktor yasasının çıkarılması talep edilmektedir. Yabancı doktorların, özellikle sağlık turizmi alanında çalışan özel hastanelerin dil bilen eleman ihtiyacını karşılayacağı belirtilmekte ve ayrıca, Türkiye'ye gelecek yabancı hastanelerin kendi hekimleriyle

Şekil 2. Türkiye'de sağlık alanında en çok teşvik belgesi alan iller (2005-2010)



Kaynak: Hazine Müsteşarlığı 2009 (a), 2010 (b)

çalışmak istedikleri vurgulanmaktadır **(MÜSİAD, 2007).**

Sağlık turizminin önünü açmak üzere, devletin organ nakli yasasını çıkardığı da görülmektedir. Organ nakli konusunda düzenlemelerle, bazı hastanelerde yasal olarak organ nakli ameliyatlarına izin verilerek, yasadışı ameliyatların engellenmesi mümkün olmuştur. Bu düzenleme ile yurtdışından hasta çekilerek, döviz kazancı da arttırılmıştır **(Kobifinas, 2010c).**

Türkiye özel hastanelerinin çevre ülkelerde hastane açmaları, sağlıkta sermayenin uluslararasılaşmasının bir diğer kanalıdır. Ayrıca, ülkede hızla gelişen sağlık sektörünün, 10 yıl içinde çevre ülkelerin tümüne hizmet vermeye başlaması beklenmektedir. Örneğin, Medicana Hastaneler Grubu Başkanı Hüseyin Bozkurt, yurtdışında zincir hastaneler kurmak üzere davet aldıklarını ve ilk hastaneyi Romanya'da kuracaklarını belirtmiştir. Öte yandan, 2011 yılı Mart ayında açılması planlanan Medicana Samsun Hastanesi, Karadeniz Bölgesi'nin sağlık üssü olmayı hedeflemektedir. Bozkurt, bu hastanenin bütün Karadeniz Bölgesi'ne hizmet vereceğini, özellikle Gürcistan ve Ukrayna'dan hasta gelmesini beklediklerini vurgulamıştır. Bu devasa yatırımın büyük kısmının devletten alınan teşviklerle finanse edilmesi, Türkiye'de devlet eliyle özel sağlık sektörünün inşa edilişine bir örnektir[6].

Sağlıkta dışa açılmanın bir diğer boyutu ise, yabancı sermayenin Türkiye'deki yatırımlarıdır. Aşağıda ele alınacağı üzere, yabancı sermayelerin son yıllarda sağlık alanında gerçekleşen birleşme ve deviralma sürecine katılarak bu sektöre girdikleri gözlenmektedir[7]. Geç kapitalistleşen ülkelerde piyasalaştırılan sağlık alanına ve sağlığın finansmanında işlevsel olan özel sigorta sektörüne yatırım yapan yabancı sermayeler, büyüyen bir pazara erişim olanağına sahip olmaktadırlar. Üstelik, yabancı sermayeli sağlık yatırımları, yerli yatırımcılar gibi teşvik sisteminden faydalanmaktadır. Örneğin, 2009 yılında sağlık alanında teşvik alan bir yabancı yatırım olarak Palmed Sağlık Hizmetleri'nin, teşviğe konu olan sabit yatırım tutarı 36,6 milyon dolardır **(Hazine Müsteşarlığı, 2010c).**

Ayrıca, sağlık alanında dışa açılmaya hizmet etmek üzere, uluslararası akreditasyon sağlama yoluyla küresel rekabet gücünü arttırma çabası da bir diğer gözlem olarak eklenmelidir.

3.3.3 Uzmanlaşma

Sektörde genel hastane yatırımlarının yanı sıra, ihtisas hastaneleri yatırımları da dikkat çekmektedir. Bazı sermayeler, sektörü bölerek yeni pazarlar yaratmaktadır **(Yavuz, 2007).** Dünya Göz Hastanesi, bu eğilime örnek olarak verilebilir. Branş hastaneleri ile uzmanlaşma öncelikle rekabet gücünün sağlanması ve böylece sektörde güçlü bir konuma gelmeye imkan vermektedir. Bu hastanelerde çoğu işlem için aynı malzeme kullanıdığından, bu malzemeler toptan ve daha az maliyetli olarak temin edilebilmektedir. Öte yandan, başarı sağlanarak isim duyurulduğunda yurtdışından hasta çekilmesi söz konusu olmaktadır.

Piyasada beli bir branşa odaklanmış hali hazırda az sayıda örnek bulunmaktadır. Çoğu ihtisas hastanesinin yüksek getiri sağladığı veri iken, önümüzdeki yıllarda ihtisas alanlarına olan ilginin artması beklenmektedir. Bu yolla, yurtdışından hasta çekme, özellikle de Avrupa'daki hastaları Türkiye'ye getirme hedefi söz konusudur **(Kobifinans, 2010b).**

Yabancı hastaların Türkiye'yi tercih etmelerinin en önemli nedeni, fiyatların ucuzluğudur. Örneğin, Avrupa ve Amerika'da 3000 Dolardan başlayan lazer ameliyatlarının fiyatı, Türkiye'de 500 Euro ile 700 Euro arasında değişmektedir **(Kobifinans 2010d)**. Lazer ile göz ameliyatlarının yaygınlaşması ve yabancıların da Türkiye'yi tercih etmesi nedeniyle, birçok göz hastanesi yeni yatırımlar için düğmeye basmaktadır.

Sonuç olarak, son yıllarda Türkiye'de büyük kentlerde sağlık turizmine yönelik yatırımlar gerçekleşmektedir. 200 milyon dolara yaklaşan göz hastanesi yatırımları son zamanlarda Akdeniz ve Ege'ye doğru kaymaktadır. Yabancıların ilgi göstermesiyle birçok göz hastanesi Akdeniz ve Ege'de yeni projelere başlamış durumdadır **(Kobifinans, 2010b).** Bu bölgelerdeki büyük illerin yukarıda belirtildiği gibi teşviklerden büyük pay aldığı burada hatırlanmalıdır.

3.3.4 Konsolidasyon

Türkiye sağlık sektöründe yaşanan konsolidasyon sürecinin önümüzdeki yıllarda da sürmesi ve sektördeki oyuncuların temel büyüme stratejilerinin giderek daha fazla birleşme ve devralmalar üzerine yoğunlaşması beklenmektedir. Tablo 6, sektördeki birleşme ve devir almaları göstermektedir.

Birleşme ve devralmalardan beklenenler, operasyonların büyümesi ve geniş alanlara hizmet verme fırsatıdır. Ayrıca, marka tanınırlığının artmasıyla kapasitesinin yükselmesi beklenmektedir. Pazarlık gücünün artması, büyüme için gerekli finansal kaynaklara daha kolay erişim ve aynı hizmetin birden fazla noktada verilmesiyle sağlanan verimlilik artışı ile ölçek ekonomilerinden faydalanmak olanaklı olmaktadır.

Bu çerçevede, bazı hastane zincirleri yaygınlıklarını arttırmak ve hasta portföylerini genişletmek amacıyla kendilerinden daha küçük çaptaki şirketleri devralmaktadırlar. Yatırım yapılan hastaneler, devralma sürecinden sonraki dönemde yabancı ortakların sermaye aktarımlarıyla büyüme planlarını hızlandırmıştır (Bkz. Tablo 6). Özellikle büyük şehirlerde yeni hastane lisansı almanın çok olası gözükmediği dikkate alınırsa, yakın gelecekte birleşme eğiliminin devamı beklenmektedir. Piyasadaki oyuncuların ek finansal kaynak yaratmak amacıyla şirketlerinden azınlık payı satma ve operasyonlarını genişletmek amacıyla diğer hastanelerin çoğunluk paylarını alma eğiliminde oldukları görülmektedir. Bu durum var olan oyuncuların beklenen yüksek marjlı getirilerden mahrum kalmayı istemediklerine işaret etmektedir **(Pricewaterhouse, 2009)**. Ayrıca, Anadolu'da birçok özel hastanenin geçmişte yatırım için büyük borç yükü altına girdikleri ve finansal kriz ve sektördeki düzenlemelerin etkisiyle borç geri ödemesinde zorlanarak, kendilerine finansal yatırımcı aradıkları görülmektedir. Sağlık alanındaki özel yatırımların eskiden küçük ölçeklerde yapıldığına dikkat çeken Medical Park'dan Muharrem Usta, son yıllarda sistemdeki önemli

Tablo 6. Türk sağlık sektöründe birleşme ve satın almalar

İlan Tarihi	Hedef Şirket	Alıcı Şirket	Alıcının Ülkesi	Hisse Oranı	Değer Milyon $
10 Aralık 2009	Medical Park	Carlye	ABD	40%	110,0
1 Haziran 2009	İsviçre Hastanesi	Bayındır	Türkiye	100%	
14 Ekim 2009	International Hospital	Acıbadem	Türkiye	40%	32,5
22 Eylül 2008	Acıbadem Kayseri	Acıbadem	Türkiye	20%	4,2
27 Eylül 2008	Şafak	Hygena	Yunanistan	50%	48
14 Temmuz 2008	Acıbadem Polikliniki	Acıbadem	Türkiye	37%	5,7
16 Haziran 2008	Özel Gaziosmanpaşa Hast.	Bahat Grup	BAE-Türkiye	50%	
11 Ocak 2008	Acıbadem Sağlık Hizmetleri	Almond Holding	BAE-Türkiye	32%	443,9
16 Ağustos 2007	Acıbadem Sağlık Hizmetleri	Almond Holding	Türkiye	22%	162,5
15 Ağustos 2007	İtalyan Hastanesi	Universal Hosp. Group	Türkiye	100%	35
31 Mayıs 2007	Noro Tıp Merkezi	Acıbadem	Türkiye	100%	7,6
31 Mayıs 2007	Memleket Medikal Cerrahi	Acıbadem	Türkiye	51%	7,6
19 Nisan 2007	Dentistanbul	Global Environment Fund	ABD	100%	

Kaynak: (Pricewaterhouse, 2009) (Ocak 2010'da Türk Rekabet Kurumu National Bank of Kuwait'in (NBK) Dünya Göz Hastanesinin azınlık hisselerini almasını onaylamıştır.)

açılımlara eşlik eder bir şekilde sağlık yatırımlarının da dönüşerek, daha karmaşık yatırımların yapılmaya başlandığını belirtmektedir **(Yavuz, 2007).** Bu olgu, sektörün genel olarak küçük ve orta ölçekli yapısının gelecekte büyük hastanelerin ağırlık taşıdığı oligopolistik bir yapıya evirileceğinin ipuçlarını vermektedir. Bu saptamayı destekler şekilde, Memorial Hastanesi sahibi Turgut Aydın Holding İcra Kurulu Başkanı Yaşar Aydın, devletin SGK'lılara özel hastanelerde tedavi olma olanağını tanımasıyla sektörde yoğun bir yatırım yapıldığını ve sonuçta oluşan arz fazlası ile birçok hastanenin sıkıntıya girdiğini ve satışa çıkarıldığını belirtmektedir; Aydın, "yatırım yapanların pek çoğu mutsuz ve biz de bunu bir fırsat olarak değerlendiriyoruz. O yüzden önümüzdeki dönemlerde yeni hastane yapmaktansa satın alma ya da işletme modeliyle büyümek istiyoruz" demektedir **(Ayvacı, 2010).** Bu durum, devletin yeni hastane izinlerini neden dondurduğuna da ışık tutmaktadır.

Birleşme ve satın almaların nedenlerine bakıldığında, küresel oyuncuların artan rekabeti altında, sektörün bölünmüş yapısının hızlı bir konsolidasyonu tetiklediği söylenebilir. Bu bağlamda özellikle sektöre yeni girişlerin önündeki engeller, birleşme ve devralmaları gündeme getirmektedir. Bu engellerin ilki, 2008 yılında çıkarılan yönetmelikle hastane lisanslarının geçici olarak durdurulması ve özellikle İstanbul, Ankara ve İzmir gibi büyük şehirlerde yeni hastane lisansı almanın zorluğudur. Bu kararla, sadece ihtiyaç duyulan yerleşim alanlarında kuruluşlara izin verilmesi söz konusudur. Yukarıda da vurgulandığı gibi, Türkiye genelindeki hastanelerin üçte birine karşılık gelmek üzere, İstanbul'daki özel hastanelerin sayısı Ağustos 2010 itibarıyla 153'e ulaşmış bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı, sayının hızla artması üzerine İstanbul'da yeni özel hastane kurulmasına yasak getirmiştir. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü yetkilileri, sistemin tüm Türkiye'de uygulandığını, hastane-doktor-nüfus dengesinin sağlanmaya çalışıldığını, bu nedenle de İstanbul'da yeni hastane izni verilmediğini belirtmektedir.

Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği (OHSAD) ise bu karara tepkilidir. Planlanan bir hastane yatırımının ancak dört yılda hayata geçirilebildiğini belirten OHSAD ve Bahat Hastaneler Grubu Başkanı Reşat Bahat, mevcut yasalara bakarak yatırım yapan hastanelerin 2008 yılında birden değişen yasalarla zor durumda bırakıldıklarından şikayet etmiştir:

..."Sektördeki insanlarla memleketin yatırımcıları bir ışık gördüklerinde haklı olarak hızlı giriş yapmak istediler, mevcut yasalarla yapmak istediler. Fakat sonunda 2008'in 15 Şubatında "ben sektörün büyüklüğünü durduruyorum" demekle başladı her şey. Biz de "olabilir" dedik. Hatta daha önce açılmış hastaneler olarak ne yalan söyleyeyim hoşumuza da gitti, çok da cazip geldi bir süre. Hızlı büyüme durur diye düşündük. İşimize yarayan noktaları da oldu bunu çok dürüstçe ifade edeceğim. Ama düşünün bir, o günden bu yana hiç doktor arttıramamanın yarattığı sıkıntıyı...

...Yani her önüne gelenin hastane açtığı bir ortamda, el yordamıyla gidilen bir ortamda 100 milyonlarca dolarlık yatırımlar sıkıntı çekerler. Mutlaka planlama yapılmalı. Ama bir günde küt diye yapılmış bir planlamayla "ne cihaz alabilirsiniz, ne hemşire alabilirsiniz, ne doktor alabilirsiniz ne yatak arttırabilirsiniz" gibi bir planlama çıktı karşımıza. Planlamadan ziyade bir frenlemedir. Tabii bunu hazmetmekte, anlamakta çok zorlandık, açıkta yakalandık..." **(Çetiner, 2009)**

Bahat, yeni özel hastane izni verilmemesi nedeniyle mağdur olduklarını belirtmiştir: "Sadece hastane açamamanın yanı sıra, doktor da alamıyoruz. Belirlenen hastane yerlerine yeni hastaneler yapamıyoruz. Bakanlığın bunu aşmamıza yardımcı olacağını düşünüyoruz" demektedir[8].

Sağlık Bakanlığı'nın yeni hastane kuruluşlarına getirdiği kısıtlamalar, sektörde birleşme ve devralmaların son iki yılda katlanarak artmasına yol açmıştır. Yeni yönetmeliğin 100'den az yataklı özel hastanelere neredeyse yaşam alanı tanımadığı ve bu hastanelerin daha fazla zarara dayanamayarak çareyi büyük hastanelerin zincirlerine eklemlenmede buldukları belirtilmektedir **(Doğu, 2010).** Bu durumun, büyük hastanelerin zincirleşerek büyümesinin önünü açarak tekelleşmeyi hızlandırdığını belirten OHSAD Başkanı Bahat, "sektörün büyüme hızının bir bütün olarak frenlendiğinden" yakınmaktadır. Büyümek için "tek şanslarının hastane satın almak" olduğunu belirten Dünya Göz Hastanesi'nin hastane alım talebine, çoğunluğu finansal sıkıntı çeken Anadolu'daki küçük hastanelerden olmak üzere iki günde 200'den fazla yanıt gelmesi çarpıcıdır. Dünya Göz İcra Kurulu üyesi Gülferi Yıldırım Öğün bu durumu, yönetmeliğin tüm özel hastane sektörünü zorda bıraktığını, ancak büyük zincirlerin hastane alımlarıyla bu sıkıntıyı hafifletebildiklerini, asıl küçük hastanelerin ciddi sıkıntılar yaşadıkları şeklinde yorumlamaktadır **(Doğu, 2010).** Böylece İstanbul, Ankara, İzmit ve Antalya'da toplam 10 hastaneleri olduğunu belirten Öğün, Adana ve Gaziantep'te de satın almalar gerçekleştirdiklerini ve verdikleri gazete ilanına yoğun ilgi ile beraber 2011'de 10 ilde 10 hastane daha açmayı planladıklarını belirtmiştir. Sonuç olarak, devletin yeni hastane kuruluşlarına getirdiği kısıtlamalar ile sektördeki merkezileşme ve yoğunlaşma eğilimini hızlandırdığı görülmektedir.

Sektördeki bir diğer giriş engeli, doktor, hemşire ve diğer kalifiye tıbbi eleman bulmada yaşanan sıkıntılardır. Vasıflı sağlık emekçilerinin istenen sayıda olmaması hem özel sağlık kuruluşlarının eleman bulmalarını zorlaştırmakta, hem de personel karşısında pazarlık güçlerini zayıflatmakta ve böylece sağlık personelinin daha ucuza ve yoğun çalıştırılmalarında sermayenin manevra alanını daraltmaktadır. Öyle ki, çalışılan sistem açısından hekim sayısının yeterli, hatta fazla olduğu şeklinde bir görüş dahi mevcuttur **(Pala, 2007b).**

Ayrıca, katılım payları ile ilgili soru işaretleri de vurgulanmaktadır. Örneğin, İstanbul Cerrahi Hastanesi Yönetim Kurulu Başkanı Sinan Göker, kamu hastalarından özel hastanelerde alınan ücret farkı sorunu çözülmediği takdirde, özel sağlık yatırımlarının duracağı konusunda endişelerini dile getirmiştir[9] **(Yavuz, 2007).**

4. Sağlık Sektöründe Hizmet Üretiminin Sermaye Birikim Döngüsü Üzerinden Değerlendirilmesi ve Teşvik Sisteminin Etkisi

Sağlık hizmetleri sektörel bir yapıda ele alındığında, bu alandaki yatırımları ve dolayısıyla verilen teşviklerin sektör üzerindeki etkilerini incelemek için nasıl bir yol izleyebiliriz? Bu sorunun cevabını verebilmek için izlenmesi gereken ana hat sermaye birikim sürecidir. Bir işletme olarak ele alındığında özel hastanenin tanımı şöyle yapılabilir: Özel hastane, serbest piyasa ekonomisi anlayışı içinde maksimum kar elde etmek üzere, alıcılar (hastalar) ve satıcıların (sağlık müteşebbislerinin) karşılaştığı mekanda hizmet üretimini sağlayacak yatırımı gerçekleştirmesiyle işletilmektedir. Hastanenin sağlık hizmeti üretebilmesi için gerekli üretim araçları; fiziki yatırımlar, yani hastane binası, makine ve teçhizat, tıbbi gereçler ve diğer ekipmandır. Hastanede hizmet üretimini sağlayacak emek gücü ise doktorlar ile diğer sağlık personelidir. Özel hastane açmak isteyenler, Bakanlıkça yapılan planlamada belirlenen listeye göre, ihtiyaç görülen yerleşim bölgelerinde faaliyette bulunmak üzere başvurabilirler. Başvuru sonucunda ruhsatlandırılan özel hastanelere, yeni tıbbi hizmet birimi, teknoloji yoğunluklu tıbbi cihaz ve sağlık çalışanı ilave edilmek istenildiğinde de planlamaya uyulması zorunludur.

Sermaye birikim sürecini sağlık sektöründe hizmet üretimi açısından ele aldığımızda; ilk olarak para sermaye temini, ardından sağlık hizmetlerinin üretimini sağlayacak emek gücü ve üretim araçlarının temini, bunların kullanılması ile sağlık hizmetinin üretimi ve fiyatlanması ile sonunda satışı yani realizasyon sonucunda kurum karının oluşumu şeklinde bölümlendirmek mümkündür. Hastane açma ve işletme sürecini yatırım teşvik sistemi içinde değerlendirdiğimizde, para sermaye ihtiyacından başlayarak, hizmet üretimini sağlayacak düzenlemeler ve kurum geliri üzerindeki destekler şeklinde aşağıda sırasıyla verilmektedir:

Para sermaye ihtiyacının karşılanması için devletin verdiği teşvikler: Hazine fonları içinde teşviklere ayrılan Yatırım Teşvik Fonu'ndan kredi tahsisi sağlanabilmektedir. Ayrıca bölgesel ayrımdan faydalanmak suretiyle (gelişmekte olan bölgelerdeki sağlık yatırımlarının KOBİ yatırımı olarak kabul edilmektedir), sağlık hizmeti veren KOBİ yatırımları için yine Fon'dan kredi tahsis edilebilir. Fon kaynaklı krediler sadece makine ve teçhizat alımı için [10] yatırım kredisi olarak ve hammadde ve işletme malzemesi alımı için de işletme kredisi şeklinde kullandırılabilir. Ayrıca sağlık yatırımlarına tahsis edilecek faizsiz kredi miktarının tespitinde, faizsiz toplam sabit yatırım tutarının %60'ı oranında yatırım kredisi tahsis edilebilmektedir.

Emek gücüne yönelik düzenlemeler: Genel olarak tüm çalışanlara yönelik İş Kanunu'nun kapsadığı teşvik ölçütleri, özel olarak sağlık alanında kamu-özel sektör çalışma süresinin artması[11] ve tam gün yasasının çıkarılmasına yönelik düzenlemeler, ücretin belirlenmesinde performans ölçütlerinin gündeme alınması, JCIA[12] (Joint Commission International Accreditation) gibi akreditasyon programlarıyla emek gücünün denetimine yönelik düzenlemeleri içermektedir. Dokuzuncu Plan'da, sağlık personelinin eğitim ve sertifikasyon programlarının desteklenmesine dair düzenlemeler yer almaktadır[13]. Bunun dışında sağlık emek gücü açısından sermaye örgütleri de, sanayi yatırımlarının karlılığını etkilememesi açısından görüş ve önerilerde bulunmaktadırlar. Örneğin, Ankara Sanayi Odası, işyerlerinde uygulanmakta olan işyeri hekiminin zorunlu istihdamı hakkında "işletme büyüklüğü ve çalışılan işkoluna göre doktor, sağlık memuru, mühendis, mali müşavir, hukuk müşaviri v.b çalıştırma zorunluluğuna son verilmesini" talep etmektedir. Sanayi sermayesi böylece emek gücüne dair İş Yasası'nın getirdiği katılıklardan kurtulmak istemektedir. Ayrıca, sağlık kuruluşlarına SSK prim avantajları ve vergi indirimleri talepleri de vardır **(Topçuoğlu, 2006).**

Üretim araçlarına yönelik düzenlemeler: İthal ya da yerli malzeme teminine göre değişen oranlarda indirimler ve muafiyetleri içermektedir. Ayrıca, hastane (sağlık kurumu) işletmesi için gereken demirbaşlar, makine-araç gereç, tıbbi malzemeler, Ar-Ge teşviği gibi teşvik tedbirlerini de kapsamakadır. Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma

Planı'nda sağlık yatırımlarını da ilgilendiren Ar-Ge desteklerine yer verilmiştir. Plana göre;

Geleceğe yönelik olarak nanoteknoloji, biyoteknoloji, yeni nesil nükleer teknolojiler ile hidrojen ve yakıt pili teknolojileri; sanayi politikasının öncelik vereceği sektörlerdeki araştırmalar; yerli kaynakların katma değere dönüştürülmesini amaçlayan Ar-Ge faaliyetleri; aşı ve anti-serum başta olmak üzere yaşam kalitesinin yükseltilmesine yönelik sağlık araştırmaları; bilgi ve iletişim teknolojileri ile savunma ve uzay teknolojileri öncelikli alanlar olarak desteklenecektir" **(DPT, 2006).**

Sağlık Bakanı Akdağ (2010), sağlık yatırımlarında Ar-Ge teşvikleri hakkında yaptığı konuşmada, dünyada Ar-Ge'ye en fazla payın ayrıldığı sektörün ilaç sektörü olduğunu belirtmiş ve hükümetin, 2008 yılının başında Ar-Ge oranının arttırılması amacıyla kapsamlı bir teşvik kanunu çıkarttığını ifade etmiştir. Bu kanunla, Türkiye'de hedefin Ar-Ge rakamlarını dünya oranına yükseltmek olduğu ve bu nedenle Kurumlar Vergisi Kanunu'yla önceden sağlanan % 40 oranındaki Ar-Ge indiriminin, % 100'e çıkarıldığı ve uygulamada da yeni bazı düzenlemeler getirildiği ifade edilmiştir.

Üretim sürecine yönelik düzenlemeler: Sağlık hizmetinin gerçekleşmesinde kullanılan enerjiye yönelik indirimler arasında "Enerji Desteği" bulunmaktadır. 5084 sayılı kanuna göre enerji desteğinden yararlanabilecek işletmeler arasında, sağlık alanında faaliyette bulunanlar yer almaktadır. Bu destek, sektörde uzun zamandır sermaye kesimlerince talep edilmekteydi **(Topçuoğlu, 2006).**

Değişim değerine yönelik düzenlemeler: Sağlık hizmetlerinin fiyatlanmasına yönelik müdahaleler-destekler arasında, Genel Sağlık Sigortası aracılığıyla belirlenen fiyatlar, hastaların hizmetten yararlanırken fark ödemesi, yatak ücretinin belirlenmesine yönelik düzenlemeler yer almaktadır.

Realizasyon sonucunda elde edilen gelire yönelik düzenlemeler: Kurum karı üzerindeki vergisel indirimler içinde, yatırım indirimi %40 ile %100 oranlarında değişmektedir. Kurumlar vergisi ertelemesi de yatırım teşvik kapsamında uygulanmaktadır.

Görüldüğü gibi devlet, özel sağlık hizmetiminin üretiminden realizasyonuna kadar tüm aşamalarda destekleyici bir şekilde müdahil olmaktadır. Bu müdahaleler, sadece sağlık işletmelerini kapsamakla kalmayıp, sağlık hizmeti üretiminin ilişkili olduğu sektörlere de uzanmaktadır. Aşağıda, sağlık hizmetinin üretimine entegre olan eğitim, tıbbi cihaz, bilişim, ilaç, turizm ve sigorta sektörlerine olan yansımalar ele alınmaktadır.

5. Sağlık Sektöründeki Dönüşümün Diğer Sektörlerle Bağlantıları

Sağlık sektöründeki dönüşüm, sadece tüm toplum için yaşamsal bir alanın metalaştırılmasının ileride doğuracağı sorunlar dolayısıyla önem taşımakla kalmayıp, bu sektörün diğer sektörlerle bağlantıları üzerinden ekonominin geneline olan yansımaları nedeniyle de önem arz etmektedir. Özel hastaneler sektörünün Türkiye'de geçirmekte olduğu dönüşümün boyut ve hızı, ilişkili sektörlerdeki büyüme dinamiklerini de belirleyecek, örneğin özel hastane kuruluşlarına verilen teşvikler diğer sektörlerde de genişleme etkisi yaratabilecektir. Benzer şekilde, özel sağlık kuruluşlarının Türkiye'de yaygınlaşmasını hedefleyen bir devlet politikası, bu sektörü tamamlayan diğer sektörlerde de teşvikleri devreye sokacaktır.

İzleyen kısımda, özel hastanelerin gelişiminin dolaylı etkileri, sağlık hizmetinin üretildiği sermaye döngüsünde para sermayenin sağlanmasından, emek gücü ve üretim araçlarının teminine, üretimin gerçekleştirilmesinden, realizasyon aşamalarına kadar sağlık sektörüne eklemlenen bir dizi sektör üzerinden ele alınacaktır.

5.1 Eğitim sektörüyle bağlantılar

Eğitim sektörüyle bağlantılar, sermaye döngüsünün emek gücü temini aşamasında önem

kazanmaktadır. Doktor, hemşire ve diğer tıbbi çalışan sayısının azlığı, özel sağlık sektöründe büyümeyi frenleyen bir sorun olarak sürekli şikayet konusu edilmektedir **(Çetiner 2009).**

2010 da Tam Gün Yasası'nın çıkmasıyla, doktorların kamu veya özel hastanelerden sadece birinde tam zamanlı çalışabilecekleri düzenlenmiştir. Doktor sayısı sınırlı, dolayısıyla kamudan özele geçmek isteyen ve sınırlı sayıda olacağı tahmin edilen doktorların özel hastanelerden yüksek ücret talep etmeleri beklenmektedir. Ancak, uzun vadede gerek mevcut tıp fakültelerinin kontenjanlarının arttırılması sayesinde, gerekse özel hastanelerin kendi doktor gereksinimlerini karşılayacak özel tıp fakültelerini kurma eğilimleri ile sözü edilen emek gücü kısıtının hafifletilmesi olasıdır. Özel tıp fakültelerinin kurulması eğilimine Acıbadem Sağlık Grubu ve İstanbul Medipol Hastanesi [14] örnek verilebilir. Böylece tekil sermayeler, devletin doldurmakta yavaş kaldığı boşluklarda müdahil olarak, birikimlerinin genişleyerek sürmesinin önündeki engelleri kendileri kaldırma yoluna gidebilmektedir. Önümüzdeki dönemde bu eğilimin yeni örneklerini görmek olasıdır. Kemer'de turizm gelişirken sağlık hizmetlerinin bunun gerisinde kaldığını görerek, turizm sağlığı alanında boşluğu doldurmak üzere faaliyete geçen Özel Yaşam Hastanesi bu duruma bir diğer örnek teşkil etmektedir. Hastane yönetiminden Cemal Özkan, sağlık personeli bulmakta yaşanan zorluklar dolayısıyla, öğrencilere burs vererek sağlık personeli yetiştirecekleri bir Sağlık Meslek Yüksekokulu açmak istediklerini belirtmektedir **(Capital Online, 2010).**

Özel sağlık sektöründeki sermayelerin gereksindiği hizmeti sunacak insanları daha hızlı yetiştirmenin bir diğer yolu da, kamu/özel üniversiteler-SGK işbirliği ile düzenlenen çeşitli sertifika programlarıdır. Örneğin, "sağlık işletmelerinde medikal muhasebe uzmanlığı sertifika programı" gibi programların devreye girmesi ile, hem vasıflı emek gücü temin edilmeye çalışılmakta, hem de özel üniversitelere piyasa yaratılmaktadır. Vasıflı sağlık çalışanı kısıtını aşmaya yönelik olarak sektör temsilcilerinin talep ettiği bir diğer çözüm ise, yabancı doktor istihdamını engelleyen mevcut yasanın değiştirilmesidir.

5.2 Tıbbi cihaz sektörüyle bağlantılar

Sağlık sektöründeki tekil sermayeler rekabet gücü kazanma çabası içinde, yatırımlarını teknoloji ile gelişen ölçü, görüntüleme yöntemleri, tıbbi test, analiz ve monitorizasyon cihazlarına yoğunlaştırmaktadırlar. Yüksek katma değerli ürünler olarak tıbbi cihaz sektörünün yakın zamanda geçireceği evrim, sağlık sektöründeki dönüşümle ilişkili olacaktır.

Türkiye'deki tıbbi cihaz, alet ve malzemelerde teknolojik olarak önemli ölçüde dışa bağımlılık söz konusudur. Bu alandaki talebin yüzde 15-20 kadarı yerli üretimden karşılanmaktadır **(İş'te Kobi, 2010).** Ancak, büyüyen özel hastane sektörü, artan tıbbi cihaz yatırımını da gerektirmektedir. Hem yurtiçinden ve yurtdışından hasta çekmek hem de yurtdışına hastane zincirleri ile yayılmak arzusundaki sermayeler, bu alanda önde koşan yabancı sermayelerle rekabet edebilmek için, bünyelerine son teknolojiyle üretilmiş tıbbi cihaz ve donanımı katmak zorunluluğunu hissetmektedirler.

Tıbbi cihazların uygun koşullarda teminini, bu alandaki sermayelerin karlılığını belirleyen en önemli unsur olarak nitelendirmek mümkündür. Türkiye'de kişi başı sağlık harcamalarının ABD ve Avrupa'dakinin yüzde 8'i civarında oluşuna vurgu yapan International Hospital Başhekimi Melih Bulut "bizde insan gücü onlara göre daha ucuz, maliyetleri oluşturan teknolojidir, bunun da sebebi yurtdışından gelmesi" diyerek bu noktaya parmak basmaktadır **(Capital Online, 2004)**.

Bu durumda artan sayıdaki özel hastanelerin ve genelde sağlık kuruluşlarının büyüyen tıbbi teçhizat ihtiyaçlarının nereden karşılanacağı sorusu önem kazanmaktadır. 2001-2005 yıllarını kapsayan Sekizinci Plan'da, sağlık hizmetinin sunumuyla ilgili ilaç, tıbbi cihaz ve yazılım sektörlerine yönelik destek niteliğindeki düzenlemeler yer almaktadır **(Sağlık Bakanlığı, 2003).** İthalata bağımlılığın azaltılarak

yurtiçi üretimle karşılanması amacıyla, 2009 yılında yürürlüğe giren yeni teşvik paketindeki 12 büyük proje yatırımı içine "Tıbbi Aletler, Hassas ve Optik Aletler İmalatı" yatırımları dahil edilmiştir[15] **(Hazine, 2010a).** Bir diğer deyişle devlet, özel sağlık kuruluşlarının serpilip gelişmelerini, gerek söz konusu üretim araçlarının yurtiçinde imalatını ve gerekse bunlara sermayelerin erişimini kolaylaştırıp teşvik ederek desteklemektedir.

5.3 Bilişim sektörüyle bağlantılar

Gelişen sağlık sektörü, bilişim şirketleri için de yeni yatırım fırsatları sunmaktadır. Bilgi ve verilerin toplanılması, kullanılması ve paylaşılması için bilişim teknolojilerini daha etkili kullanma amacı ile hem kamu hem özel hastanelerde bilgi teknolojilerine yatırımlar yapılmaktadır. Elektronik Sağlık Kayıtları ve Yaşam Boyu Hasta Kaydı sistemlerine duyulan gereksinimin yanı sıra, SGK'da altyapı ve sistem yönetiminde süreci çabuklaştırma gereği ve ve aralarında iyi düzenlenmiş bir denetim mekanizmasının kurulması ihtiyacı, hem kamu hem özel hastanelerde bilgi teknolojilerine yatırım ihtiyacının nedenleridir. Öyle ki, 2001' de Türkiye'deki hastanelerin % 20'sinde elektronik bilgi sistemleri varken, 2006'da bu oran %100'e yaklaşmıştır **(Sağlık Bakanlığı, 2008).** Bu alandaki ihtiyacı tespit eden devlet, 2007-2013 yıllarını kapsayan Dokuzuncu Plan'da, yazılım alanındaki yatırımlar içinde sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesinde kullanılan özel yazılım ürünlerinin desteklenmesini öngörmüştür **(DPT, 2006).**

5.4 İlaç sektörüyle bağlantılar

Yüksek katma değerli bir sektör olarak ilaç sektörünün gelişimi de, sağlık sektörünün gelişimi ile birebir bağlantılıdır.

Oligopolistik bir pazar yapısına sahip olan küresel ilaç sektörü içinde, AB ülkeleri, ABD ve Japonya gibi gelişmiş ülke şirketlerinin baskınlığı söz konusudur. Ar-Ge harcamalarının çok yüksek olduğu ve yoğun rekabet ortamında son yıllarda çok sayıda birleşme ve devralmaların yaşandığı küresel ilaç sanayinde, Türkiye bir varlık gösterememektedir. Öte yandan, Türkiye bir pazar olarak büyümektedir. 1991 yılından 2005 yılına kadar % 43,5 büyüme sergileyen ve 2005 yılında dünyanın 13. büyük ilaç pazarı haline gelen Türkiye ilaç pazarının büyüklüğü, 2007 yılı itibariyle 8 milyar dolara ulaşmıştır **(İş'te Kobi, 2010).**

Türkiye'de ilaç imalatında ilerleme sağlanabilmesi için, 2009 yılında verilen devlet teşvikleri kapsamındaki altı büyük proje yatırımı içine sağlık alanındaki ilaç sektörü de dahil edilmiştir **(Hazine, 2010a).**

Öte yandan, sağlık reformu kapsamında ilaç fiyatlarına yönelik devlet müdahaleleri olmuş ve bu müdahalelerle fiyatların düşürülmesi olumlu bir gelişme olarak dile getirilmiştir. Örneğin MÜSİAD, tek alıcı konumundaki kamu sosyal güvenlik kuruluşlarının sektörle belli oranlarda indirimlerde uzlaşması ile ilaç fiyatlarının kamuya maliyetinin aşağı çekilmesine dikkat çekmektedir **(MÜSİAD, 2007).** Ancak, birim fiyatlar düşerken, toplamda kamunun ilaç harcamalarının yükseldiğine dikkat edilmelidir. Türkiye'de satılan ilaç miktarı 2005-2008 arasında kutu cinsinden %42 artarken, kamu tarafından ödenen tutar sabit fiyatlarla %14 artmıştır **(Teksöz, 2009).**

5.5 Turizm sektörüyle bağlantılar

Turizm sektörü ile bağlantılar, sermaye birikim sürecinin realizasyon aşamasında devreye girmektedir. Sağlık turizminden hastane ve turizm işletmeleri eşzamanlı yararlanmaktadır. Hastanelerin sahip olduğu kapasitenin, turizm sektörü ile sinerji yaratacak şekilde kullanımı sayesinde teşhis ve tedavi için Türkiye'ye gelen hastaların, tedavi öncesi ve sonrasında organizasyona dahil edilen otellerde konaklamaları, paket turlara katılmaları sağlanmaktadır.

5.6 Sigorta sektörüyle bağlantılar

Türkiye'de özel sağlık hizmetlerinin gelişiminin, gelişmiş ülkelere oranla çok daha cılız kalan özel sağlık sigortası şirketlerinin de önünü açması ve bu iki kesimin birbirini besleyen bir gelişim çizgisi

yakalamaları beklenmektedir. Sigorta şirketlerinin güçlenmesi, özel sağlık kuruluşlarının realizayonlarının hızlanmasına olanak sağlayacaktır.

Türkiye'de toplanan özel sağlık sigorta primlerinin, toplam sigorta primleri içinde özel sağlık sigortası primleri payının ve özel sağlık sigortalı kişi sayısının artmasına karşın, özel sağlık sigortası sisteminin yeterince hızlı gelişememesi, özel sağlık kuruluşlarının gelişimini yavaşlatmaktadır. 2000'lerde yaşanan krizde zora düşen sigorta sektörünün yeterli sigortalı sayısına ulaşamaması ve yüksek kalan primler, bu sektörde büyümeyi olumsuz etkilemiştir. Bu durumu Capital Online "kamu kuruluşlarından yeterli kalitede hizmet alamayan kişilerin yönleneceği özel hastane giderlerinin karşılanabilmesinde sigortaların üstlenmesi gereken rol maalesef eksik kaldı" şeklinde vurgulamaktadır **(Capital Online, 2004)**. Dolayısıyla, özel hastaneciliği yıllardır belli bir ölçüde finanse eden özel sigorta sektörünün önümüzdeki dönemde nasıl bir gelişim göstereceği, özel hastanelerin gelişim seyrini de etkileyecektir.

Türkiye'de sağlık alanındaki piyasa merkezli dönüşüm, özel sağlık sigortası sektörünün de önünü açmaktadır. Bireyler, GSS'nin içerdiği temel teminat paketinin kapsamadığı sağlık hizmetlerinin temini için, özel sağlık sigortası şirketlerinden henüz ülkemizde bulunmayan ek ve tamamlayıcı sigorta adı altında ek teminat paketlerini satın almaya zorlanacaklardır. 2006 yılında IMF ile yapılan görüşmeler sonrasında yaşandığı gibi, zamanla temel teminat paketinin daha da daraltılarak, halkın özel sağlık sigorta sistemine entegrasyonları güçlendirilecektir **(Pala, 2007a)**. Bu durum, sigorta şirketlerinin yakın gelecekte büyüme fırsatı yakalayacağı anlamına gelmektedir. Üstelik sağlıktaki dönüşüm sadece yerli özel sigorta şirketleri için değil, sigorta sektörüne girmeye devam eden yabancı özel sağlık sigorta şirketleri için de büyüyen pazar anlamına gelmektedir.

Sonuç olarak, sağlığın finansmanında bireysel sigorta sisteminin payının artması beklenmektedir. Ancak bu durum, özel sigorta şirketlerinden tamamlayıcı sigorta satın alma olanağının dar gelirli geniş halk kesimleri için olanaklı olmadığı ve hatta temel teminat paketinden yararlanabilmek için gerekli primi ödeyemeyen milyonların olacağı göz önüne alındığında, sağlık hizmetlerine erişimden dışlanan kesimlerin görüleceği anlamına gelmektedir. Sağlığın finansmanını kamudan bireylere yükleyen söz konusu dönüşüm, özel sağlık sigortası sisteminin toplumu sosyoekonomik çizgilerle böldüğü Şili'de görüldüğü gibi[16], ancak yüksek gelirli kesime hitap eden bir sağlık sistemini ortaya çıkaracaktır.

6. Sonuç

Sağlık alanında gözlemlenen değişimler, yukarıda işaret ettiğimiz gibi, sermayenin genel eğilimlerinin ulaştığı aşamayla yakından ilgilidir. Bu anlamda sağlık alanındaki değişimi anlama çabası, genel olarak sermaye birikim mantığında gözlemlenen değişimlerden soyutlanarak anlaşılamaz. Diğer yandan, genel olarak sermaye birikimine yönelik ifadeler/analizler de, sağlık-eğitim gibi alanlarda gözlemlenen değişimleri işaret etmeden çok soyut bir düzlemde kalacaktır. Bu çalışma bir anlamda, bu iki düzlem arasında içsel bağlantılar kurmamıza olanak vermiştir.

Dünya kapitalist ilişkilerinin yoğunlaşarak etkinliğini hissettirdiği 1970'lerin sonları, aynı zamanda Türkiye'nin kendi içsel birikim dinamiklerinin krize girdiği bir dönemdi. Sermaye birikim biçiminin dışa açılmaya yönelik olarak yeniden yapılandırıldığı 1980'li yıllar, kamunun yeniden tanımlanmasını da gündeme getirmiştir. 1980 sonrası dönem, kamu hizmetlerinin metalaşması sürecinin genel çerçevesini oluşturacak deregülasyon müdahaleleri ile geçmiştir. 1990'lar ve 2000'li yıllarda ise artık tanımlanan ortamda sağlık sektörüne artan özel sermaye girişleri yaşanmaktadır. Bu yönelişle sermayeler, sadece Türkiye pazarında kendilerine yeni birikim alanları açmakla kalmayıp, sağlık turizmi ve yurtdışı hastane yatırımları yoluyla uluslararasılaşarak dünya pazarlarında da yer edinmeye çalışmaktadır. Üstelik bu dönüşümün etkileri sadece sağlık alanıyla sınırlı değildir. Sağlıktaki dönüşüm, eğitim, turizm, finans, tıbbi cihaz, ilaç vb.

birçok sektörde değişim dinamikleri ile içiçe ilerlemektedir. Sonuç olarak, sağlık politikalarındaki dönüşümün etkisi sadece sermayeye yeni bir birikim alanı açmakla sınırlı kalmamaktadır. Bu dönüşümün, hem emeğin sermaye açısından yeniden üretim maliyetlerini belirleyip, hem de ilişkili sektörlerde faal olan diğer sermayelerin büyüme olanaklarını etkileyerek, sağlık alanının ötesinde bir bütün olarak sermaye birikim sürecine dair yansımaları olmaktadır.

Verimli, kaliteli ve kendi kendini finanse edebilir bir sağlık sistemi kurulması söylemi ile kamunun çekildiği sağlık hizmetleri alanının özel sermayece doldurulması, bizzat devletin gözetimi altında gerçekleşmekte, özel sağlık yatırımlarının finansmanından, üretimine ve satışına kadar her aşamada devlet teşvikleri ve sağlık reformunun bileşenleri işlevsel olmaktadır.

Sağlığın en temel insan hakkı olarak kabulü ve ödeme gücü/güvencesi olsun olmasın herkesin yararlanmasının koşullarının sağlanması yerine; hastaların müşteri olarak görüldüğü ve dolayısı ile ödeyebilenin sağlık hizmeti alabildiği bir sisteme hızla geçilmektedir. Türkiye'de 2000'li yıllarda büyük ölçüde tamamlanan bu dönüşüm, sermayenin kar ve birikim mantığına göre şekillendiği için, hem sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliği farklı toplumsal kesimler ve bölgeler arasında arttıracak, hem de toplumun bu hizmetleri alırken özel sağlık kuruluşları tarafından suistimaline zemin yaratacaktır.

Dipnotlar

1- Madde 13- Bu Karar kapsamında normal yörelerde yapılacak yatırımlar, bölgesel gelişmeye yönelik yatırımlar ile yöre farkı gözetilmeksizin Küçük ve Orta Ölçekli İşletmelerin (KOBİ) yatırımları, ar-ge yatırımları, ... sağlık yatırımları, ... özel önem taşıyan sektör yatırımlarıdır (Hazine Müsteşarlığı, 2002).

2- Sağlık politikası faaliyetlerinde işaret edilen çok başlılık Sağlık Bakanlığı, DPT, Maliye Bakanlığı, SSK ve YÖK arasında iken, sağlık hizmetlerinin finansmanındaki bölünmüşlük SSK, Bağkur, Emekli Sandığı, Yeşil Kart, Özel Sigortalar ve Döner Sermaye arasındadır.

3- Şu an gündemde olan büyük kent hastaneleri projesi, kamunun artan hastane yatırımlarına bir örnek teşkil etmektedir. TOKİ kanalıyla bulunacak arazide hastanenin müteahhitlik hizmeti özel sektöre verilecek olup, hastanenin işletilmesi Sağlık Bakanlığı tarafından yapılacaktır. Kafe, otopark, yemekhane, otelcilik, alışveriş merkezi, süpermarket gibi sağlık dışı alanların işletmesi ise özel sektöre verilecektir. Bu nedenle ön yeterlilik alan firma ve ortaklıkların çoğunluğunu büyük inşaat firmaları ve holdingler oluşturmuştur (Bkz. Cebeci, 2010).

4- Türkiye'de toplam yatak kapasitesi içinde özel hastanelerin payı ise 2002-2008 yılları arasında %8,2'den %11,1'e yükselmiş, kamu kurumlarının payı aradaki fark kadar gerilemiştir (Sağlık Bakanlığı, 2010).

5- Bkz. Anadolu Vakfı İcra Başkan Vekili Murat Dayanıklı'nın demeci (Capital Online, 2004).

6- Medicana Hastanesi 2008 yılında 28.921.036 TL'lik yatırım için teşvik kullanmıştır.

7- Sağlık sektöründeki piyasa-merkezli dönüşüm, sadece yerli sermayelere değil yabancı sermayelere de fırsat sunmuş ve bu durum, MÜSİAD'ın yabancı şirketler yerine, Müslüman sermaye/milli sermayenin sağlığa yatırım yapması yönünde bir talepte bulunmasına neden olmuştur (Bkz. MÜSİAD, 2007).

8- Bkz. "Bakanlık'tan özel hastanelere fren" , 31 Ağustos 2010, http://www.milliyet.com.tr/bakanlik-tan-ozel-hastanelere-fren/siyaset/sondakika/11.09.2009/1283140/default.htm?ref=haberici.

9-2004'te hastaların özel hastanelere başvurmalarına olanak veren kanuna göre, her yıl tedavi başına düşen belli bir tutarın Sağlık Bakanlığı bütçesinden karşılanacağına dair tarife yayınlanmaktadır. 2008'e kadar, bu tarifelerin üzerindeki ek maliyetler sınırlama olmaksızın hastalardan talep edilmekteydi. Ancak 1 Temmuz 2008 düzenlemesi ile hasta katkı payının SGK tarifesinde yer alan ücretin %30'unu geçmeyeceği

belirlendi ve bazı özel sağlık kurumları SGK ile anlaşmalarını feshetti (Pricewaterhouse, 2009). Bu gelişmeler sonucunda hastaların özel hastanelere ilgisi azalmış, muayene sayıları % 50 düşen sağlık kuruluşları doktor maaşlarını %25'e varan oranlarda indirmiştir. Böylece kamudan tam gün yasası ile özele geçen doktorların kamuya geri dönmesine de itki yaratılmıştır. (www.hekimhaber.com).

Katılım payının ödenmesiyle ilgili olarak en son gelişme 2010 başında özel ve üniversite hastanelerinin hizmet kaliteleri, kapasiteleri ve verdikleri hizmetlerin yanı sıra hasta ve çalışan haklarına olan tutumlarına göre beş grup altında sınıflandırılmasıdır. Hasta katılım payları da bu sınıflandırmaya göre belirlenmiştir. (Bu, hastanın hangi sınıf hastane hizmetinin bedelini karşılayabiliyor ise oraya gidecek anlamına gelmektedir). Katılım payı ya da diğer ifadesiyle fark ödenmesinde hastalardan en yüksek sınıfta yer alan hastanelerin %70'e kadar fark almalarına olanak tanınmıştır. Söz konusu sınıflandırma ve kriterleri OHSAD ve birçok özel hastane yetkilisi eleştirmiştir (Bkz. Çetiner, 2009). Hatta üst sınıfta yer alan birçok hastane, talebi düşmesin diye %70'e varan hasta katkı payını uygulamayacağını açıklamıştır.

Özel hastanelerin katılım payları ile ilgili tepki gösterdiği bir diğer konu ise, kamu hastanelerinde özel hastanelerden daha düşük bir katılım payı ödenmesi olmuştur (Bkz. Çetiner, 2009).

10- "... Fon kaynaklı kredi miktarı turizm, eğitim ve sağlık yatırımlarında bina inşaat harcamaları dahil olup, bu miktar sabit yatırımın %20'sini geçemez..." (Hazine, 2009b).

11- Özel Hastaneler Platformu Derneği Başkan Yardımcısı: "Kimse kendisinde çalışan bir hekimin muayenehane açmasını istemez ... 'tam zamanlı' hekim çalıştırılmasının önü açılırsa, özel sağlık sektörü doktor sıkıntısından kurtulur" demektedir (Anadolu Ajansı, 2010).

12- JCI- Akreditasyonun Amaçları; Kalite, maliyetlerin optimizasyonu, verimliliğin artırması, akreditasyon uygulayan kurumlara güvenin artması, sağlık hizmetlerinde yönetiminin geliştirilmesi, sağlık personelinin eğitimin sağlanmasıdır. (Joint Commission International)

13- 9.Kalkınma Planı Madde 604: .... Sağlık çalışanlarının niteliğinin iyileştirilmesi amacıyla hizmet içi eğitimler artırılacaktır. Madde 608: Hizmet kalitesinin artırılması amacıyla hizmet sunumuna ve personele ilişkin ulusal standartlar belirlenecek, sağlık birimlerinin akreditasyonu için gerekli sistem oluşturulacaktır.

14-1987 yılından beri faaliyette olan Medipol Hastanesi, İstanbul Medipol Üniversitesi ile eğitime giriş yaptı. 2010 yılında yerleşecek öğrenciler için, Tıp Fakültesi öğrencilerine %100 burs ve Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerine %100 iş garantisi verdi.

15- Bu yönde Türkiye'de başlayan atılımın bir diğer örneği olarak, yıllardır araştırmalarıyla, buluşlarıyla ABD'deki şirketlerin gelişimine katkıda bulunmuş bilimadamı, yönetici, doktor ve mühendis Türkler kendi aralarında organize olup, Türkiye'deki üniversitelerle bağlantıya geçmiş ve İzmir'i pilot bölge seçerek "Inovation İzmir" adıyla bir proje başlatmıştır. Bu proje ile, katma değeri en yüksek sektörlerden biri olan tıbbi cihazların Türkiye'de geliştirilmesi ve üretimine yönelik çalışmalar yapılmaktadır (Bkz. Selim Türsen, "Katma değeri yüksek sektörlere atlamanın tam zamanı", 23.07.2010, Referans Gazetesi).

16- Şili'de yaşanan dönüşümle bazıları yabancı olan özel sağlık sigortası şirketlerine fırsat yaratıldı . Toplumun zengin kesimleri özel sigorta paketlerini satın alırken, yoksul kesimler belediyelere yönelmek zorunda kaldı **(Homedes, 2008).**

KAYNAKLAR

Akdağ, R. (2010). Sağlık Bakanı'nın Ar-Ge Merkezi Açılış Konuşması, Ankara.

Anadolu Ajansı (2010). Özel sağlık sektörü Tam Gün'e karşı değil, Özel Hastaneler Platformu Derneği Başkan Yardımcısı Dr. Esat Mehmet Arslan ile Yapılan Röportaj, 5 Ağustos.

Ayvacı, Ö.A. (2010). Uzun Vadede Bim'i Geçeriz, Capital, 1 Nisan.

Baker, D. (2010). Globalizing Health Care, Ulaşım Tarihi: Kasım 2010, http://www.counterpunch.org/baker10142010.html

Capital Online (2004). Sağlıkta Özel Dönem, 1 Şubat. http://proje.capital.com.tr/saglikta-ozel-donem-haberler/15154.aspx

Capital Online (2010). Sağlıkta Kaliteli Hizmet Anlayışı, 1 Ocak. http://proje.capital.com.tr/saglikta-kaliteli-hizmet-anlayisi-haberler/7076.aspx

Çetiner, S. (2009). Geleceğimizi Görmek İstiyoruz, Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği Başkanı Reşat Bahat ile Yapılan Söyleşi, Hastane Dergisi-Hospital News, Kasım-Aralık, Sayı 61. Ulaşım Tarihi: Ocak 2011, http://www.hastanedergisi.com/61/haberdetay.asp?id=5 ,.

Cebeci, G. (2010). Başbakan'ın kent hastaneleri için inşaat firmaları yarışa girişti, 30 Eylül, http://www.radikal.com.tr/Radikal.aspx?aType=RadikalHaberDetay& Date=30.09.2010& ArticleID=1021415

DPT (2001). Sekizinci Kalkınma Planı (2000-2005), TBMM Karar N. 697 Mükerrer Karar Tarihi: 27.6.2000

DPT (2006). Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007-2013), TBMM Kararı, Mükerrer Resmî Gazete Tarih: 1 Temmuz 2006, Sayı: 26215

Doğu, N. (2010). Özel Hastanelerde El Değiştirme Uzmanı, Radikal, 6 Kasım.

Elbek, O; Adaş, EB. (2009). Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme,Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni, , 12(1):33-44

Gültekin-Karakaş, D. (2009). Hem Hasımız Hem Hısımız- Türkiye Finans Kapitalinin Dönüşümü ve Banka Reformu, Çeviren: Şahika Tokel, İstanbul: İletişim.

Hazine Müsteşarlığı (2002). Yatırımlarda Devlet Yardımları Hakkında Karar, Karar Tarihi: 10.06.2002, Karar Sayısı: 2002/4367, Yayınlandığı Resmi Gazete Tarih ve Sayısı: 09.07.2002/24810

Hazine Müsteşarlığı (2009a). Yatırım Teşvik İstatistikleri Önceki Yıllar (2005-2006-2007-2008-2009), www.hazine.gov.tr

Hazine Müsteşarlığı (2009b). Yatırımlarda Devlet Yardımları Hakkında Karar, Karar Tarihi: 14.07.2009, Karar Sayısı: 2009/15199, Yayınlandığı Resmi Gazete Tarih ve Sayısı: 16.07.2009/227290

Hazine Müsteşarlığı (2010a). Yeni Teşvik Sisteminin 2009 Yılı Sonu İtibarıyla Uygulama Sonuçları, Ali Babacan Devlet Bakanı ve Başbakan Yardımcısı Sunumu, 8 Şubat 2010.

Hazine Müsteşarlığı (2010b). Yatırım Teşvik İstatistikleri İl Sektör- 2010 Yılı (Ocak-Temmuz, www.hazine.gov.tr

Hazine Müsteşarlığı (2010c). Uluslararası Doğrudan Yatırımlar 2009 Yılı Raporu Hazine Müsteşarlığı Yabancı Sermaye Genel Müdürlüğü, Haziran 2010

Homedes, N.; Ugalde, A. (2008). Neo-Liberal Sağlık Reformları Latin Amerika'da Neden Başarısız Oldu?, Ulaşım Tarihi: Eylül 2010, www.sciencedirect.com

İş'te Kobi (2010). Sağlık Sektörüne Genel Bakış, Ulaşım Tarihi: Eylül 2010, http://www.istekobi.com.tr/sektorler/saglik-s13/sektore-bakis/saglik-b13.aspx.

Kobifinans (2010a). Sağlık Sektörünün Tarihi, Ulaşım Tarihi: Eylül 2010, http://www.kobifinans.com.tr/tr/sektor/011801/14191

Kobifinans (2010b). Türkiye'de Sağlık Sektörünün Tarihi, Ulaşım Tarihi: Eylül 2010, http://www.kobifinans.com.tr/tr/sektor/011802/14192

Kobifinas (2010c). Türkiye'de Özel Hastanelerin Genel Durumu, Ulaşım Tarihi: Eylül 2010, http://www.kobifinans.com.tr/tr/sektor/011802/14855

Kobifinas (2010d). Sağlık Turizmi, Ulaşım Tarihi: Eylül 2010, http://www.kobifinans.com.tr/tr/sektor/011802/16142

MÜSİAD-Müstakil Sanayici ve İşadamları Derneği (2007), Sağlıkta 'Sağlıklı Bir Dönüşüm' Raporu, Çerçeve Dergisi, sayı 43, Haziran.

OECD ve DB (2008). Yakın Tarihte Yapılan Sağlık Reformları Öncesi Türk Sağlık Sistemine Genel Bakış, OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri- Türkiye. -http://siteresources.worldbank.org/TURKEYINTURKISHEXTN/Resources/455687-1235059017165/OECDReviewsOfHealthSystemsTurkey_Chp1-tr.pdf

Pala, K. (2007a). Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu?, Şubat, Bursa.http://saglik.nilufer.bel.tr/pdf_doc/saglik_reformu.pdf Erişim Tarihi, 1 Ekim 2010.

Pala, K. (2007b). Türkiye Sağlık Sistemi Nereye Gidiyor?, Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 22(1-2):62-69.

Pricewaterhouse (2009), Sağlık Sektöründe Birleşme ve Satın Almalar, İnceleme Raporu.

Sağlık Bakanlığı (2003). Sağlıkta Dönüşüm, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2008). Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu, Ağustos, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2010) Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 790, Ankara

Teksöz, T.; Kaya, Y. Helvacıoğlu, K. (2009). Sağlık Reformunun Sonuçları İtibariyle Değerlendirilmesi, TEPAV- Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı Değerlendirme Notu , 26 Mart.

Topçuoğlu, N. (2006) Sağlık sektörü devlet teşvikiyle büyüyecek, Referans Gazetesi, http://www.referansgazetesi.com/haber.aspx?HBR_KOD=37268&KTG_KOD=368

Yavuz, H. (2007), Özel Girişimci Kamuya Geçer mi?, Capital Online, 1 Temmuz.

Yıldırım, H. H. (2004). Avrupa Birliği'ne Uyum Sürecinde Kamu Hastanelerinde Değişim Dinamiği, http://www.absaglik.com/hhy_abhastane.pdf , Erişim Tarihi 25 Eylül 2010.