

AKP'LI YILLARDA SAĞLIK BAKANLIĞI

Kayıhan PALA*

Öz: Adalet ve Kalkınma Partisi (AKP)'nin iktidara geldiği 2002 yılından bugüne kadar Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) adı verilen neoliberal sağlık reformları doğrultusunda Sağlık Bakanlığı'nın örgüt yapısı ve işlevlerinde önemli değişiklikler yapıldı. Bu yazıda söz konusu değişiklikler zaman akışı içerisinde ve Sağlık Bakanlığı'nın birinci basamaktan çekilmesi, ikinci ve üçüncü basamaktan çekilmesi, taşeronlaştırma, Refik Saydam Hıfzıssıhha Okulu'nun yapısındaki değişim ve flagship kursları bağlamında ele alınmaktadır. Yazıda ayrıca 2017 yılında yapılan yeni düzenlemenin neoliberal sağlık reformlarından vazgeçmek veya bir geri dönüş olup olmadığı da tartışılmaktadır.

Anahtar sözcükler: Sağlık Bakanlığı, neoliberal sağlık reformları, Adalet ve Kalkınma Partisi, AKP.

Ministry of Health in the Years of AKP

Abstract: Since the Justice and Development Party (AKP) came to power in 2002, significant changes have been made in the organizational structure and functions of the Ministry of Health in line with neoliberal health reforms called the Health Transformation Program. In this article, these changes are discussed in the course of time and in the context of the withdrawal of the Ministry of Health from primary care, withdrawal from secondary and tertiary care, subcontracting, change in the structure of Refik Saydam Sanitation School and flagship courses. The article also discusses whether the new regulation made in 2017 is a reversal or abandonment of neoliberal health reforms.

Keywords: Ministry of Health, neoliberal health reforms, Justice and Development Party, Türkiye.

Giriş

AKP'nin iktidara geldiği 2002 yılından sonra Sağlık Bakanlığı örgüt yapısı ve işlevlerinde, SDP'nin hedeflerine uygun biçimde önemli değişiklikler yapıldı. Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması ilk olarak 3 Ocak 2003'te açıklanan 58. Hükümetin Acil Eylem Planı'nda 'Sağlıklı Toplum' başlığı altında yer aldı. Plana göre, Sağlık Bakanlığı 6-12 ay içerisinde yeniden yapılandırılacak; devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayrımı kaldırılarak tüm hastaneler tek bir çatı altında toplanacak, hastaneler idari ve mali yönden özerk bir yapıya kavuşturulacak, aile hekimliği uygulamasına geçilerek sağlam bir sevk zinciri kurulacak ve özel sektörün sağlık alanına yatırım yapması özendirilecekti.

AKP iktidara geldiğinde Sağlık Bakanlığı'nın işlevi ve örgüt yapısı 1983'te Resmi Gazete'de yayınlanan 181 sayılı "Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" ile belirlenmişti. Buna göre, her ne kadar 1982 Anayasası madde 56'da devletin sağlık alanındaki görevi, sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenlemek olarak tanımlanmışsa da Sağlık Bakanlığı yurt çapında koruyucu, tedavi edici ve esenlendirici hizmetleri sunmakla görevlendirilmişti.

Ancak, AKP tarafından 2003 yılında açıklanan SDP'nin ilk maddesinde Sağlık Bakanlığı'nın işlevlerinin yalnızca planlama ve denetleme olarak tanımlanmış olması, Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılmasını bir anlamda zorunlu kıldı. Daha sonraki yıllarda, Bakanlığın sağlık hizmeti sunumundan kademeli olarak fiilen çekilmesini hedefleyen yapısal girişimler, uygulamaya konulmaya çalışıldı.

Söz konusu yapısal değişikliklerin, Dünya Bankası tarafından 2002 genel seçiminden beş ay önce Haziran 2002'de "Türkiye: Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar" adıyla Türkçe yayımladığı raporda yer almış olması, hiç kuşku yok ki raslantısal değildir. Dünya Bankası bu raporda Sağlık Bakanlığı'nın işlevlerini yalnızca "Politika hazırlamak ve düzeni denetlemek" olarak tanımlamış ve birinci basamakta aile hekimliği ile ikinci/üçüncü basamakta ise özerk işletmelere dönüştürülecek devlet hastaneleri ile Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunumundan fiilen uzaklaştırılmasına ilişkin bir "reform" çerçevesi çizmiştir (**Dünya Bankası, 2002**).

SDP, Dünya Bankası tarafından yayımlanan raporun AKP tarafından uygulamaya konmuş halidir. Her ne

*Prof. Dr., Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. (ORCID No: 0000-0002-0983-4904)

kadar dönemin Sağlık Bakanı Akdağ, SDP'nin bir Dünya Bankası programı olduğunu kabul etmeyip, "kendimize mahsus" bir program olduğunu iddia etse de **(T.C. Sağlık Bakanlığı, 2007)**, Dünya Sağlık Örgütü, SDP'nin Dünya Bankası tarafından fonlanan bir sağlık sistemi reformu programı olduğunu resmi olarak açıklamış ve bu tartışma sona ermiştir **(World Health Organization, 2012)**.

SDP adıyla duyurulan neoliberal reform sürecinde Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması "*hizmet sunumundan ziyade sağlık politikalarını oluşturacak, kapasite oluşturma açısından sektöre yol gösterecek ve denetleyecek bir Bakanlık teşkilat yapısı*" kurmak üzere yürütülmüştür **(T.C. Sağlık Bakanlığı, 2005)**. Bakanlığa "kapasite oluşturma açısından sektöre yol göstericilik" işlevinin yüklenmesi, sağlık alanının ticarileştirilmesindeki rolünü açıkça ortaya koyması bakımından önem taşımaktadır.

Dünya Bankası Haziran 2002'de yayımladığı raporda, "*Her iki Bakanlık da, şu anda yüksek öncelik vermedikleri daha önemli görevler taşıdıkları için, mevcut yapılarının özünü oluşturan sağlık hizmetlerinin üretilmesi ve sunulması işiyle gerçekte doğrudan ilgili olmamalıdır*" diyerek, Sağlık ve Çalışma Bakanlıklarının sağlık hizmeti sunumundan çekilmesini istediğini açıkça ortaya koymuştu **(Dünya Bankası, 2002)**.

Çalışma Bakanlığı, 19 Ocak 2005 tarihli Resmî Gazetede yayımlanan 5283 sayılı "Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Kanun"un ilgili maddeleri gereğince Sosyal Sigortalar Kurumu hastanelerini Sağlık Bakanlığı'na devrederek, sağlık hizmeti sunumundan çektirildi.

Sağlık Bakanlığı ise 2004 yılında çıkarılan "Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun" ile "taşra teşkilatı kapatılan" bakanlıklar arasında yer aldı. Bu kanuna göre; "*Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatının görev ve yetkileri, eğitim hastaneleri hariç, sağlık evi, sağlık ocağı, sağlık merkezi, dispanser ile hastaneler araç, gereç, taşınır ve taşınmaz malları, alacak ve borçları, bütçe ödenekleri ve kadroları ile birlikte olmak üzere personeli il özel idarelerine*" devredilecekti.

Ancak Cumhurbaşkanı Ahmet Necdet Sezer tarafından, yapılan düzenlemelerin temel amacının "*merkezi yönetim ile yerel yönetimler arasında ve ikinciler yararına yeni bir görev ve yetki bölüşümü yaratmak ve kamu hizmetlerinin özel sektöre gördürülmesi konusunda yönetime genel yetki vermek olduğu*" gerekçesiyle Kanun veto edildi ve Hükümet aynı yasada ısrarlı olmayınca da yürürlüğe giremedi.

1. Birinci Basamaktan Çekilmek

Dünya Bankası'nın birinci basamak sağlık hizmetlerine ilişkin Türkiye'de sağlık reformu ile ilgili önerisi "Temel sağlık hizmetleri sunumunu güçlendirme" başlığı altında ele alınmıştır **(Dünya Bankası, 2002)**. Bu başlık altındaki temel öneri, birinci basamakta performans bazlı bir aile hekimliği modeline geçilmesi idi. Sağlık Bakanlığı bu direktifi hemen uygulamaya koymuş ve 2004 yılında 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'u çıkarmıştır. Yasa'da "Pilot" denmesine karşılık, yeni bir yasal düzenleme yapılmadan bütün Türkiye 2009 yılında bu kanun ile sağlık ocakları kapatılarak "aile hekimliği modeli"ne geçirilmiştir. Ancak, 2007 yılında TÜİK tarafından gerçekleştirilen yaşam memnuniyeti araştırmasında en yüksek oranda memnuniyetin saptandığı sağlık kuruluşu olmasına karşın, sağlık ocaklarının kapatılmasına neden karar verildiği sorusu, Hükümet tarafından yanıtı bırakılmıştır. Bilindiği gibi, başta Sağlık Bakanları olmak üzere AKP Hükümetleri SDP'nin başarılı olduğu iddialarını, halkın sağlık hizmetlerinden memnuniyetindeki artışı göstererek kanıtlamaya uğraşmışlardır. Sorunun yanıtı bırakılması, Hükümetin reform uygulamasını başlatma hedefinin, aslında doğrudan memnuniyetle bir ilgisinin olmadığını açık olarak göstermektedir. AKP Hükümetleri sağlık alanını "yeni kamu yönetimi" adıyla piyasalaştırmak peşindedir. Sağlıkta Dönüşüm Programının yürürlüğe girmesiyle birlikte, 224 sayılı Yasa ile kurulan sağlık ocakları, 2007 yılından itibaren kapatılmaya başlandı, 2010 yılında hepsi kapatıldı ve yerine «Aile Sağlığı Merkezleri» kuruldu.

Sağlık ocağı, belirli bir nüfusun yaşadığı coğrafi bölgedeki sağlık hizmetlerinin, halk sağlığı bilim ve sanatının ışığı altında yürütüldüğü tıbbi ve sosyal bir kurumdur. Sağlık ocakları, koruyucu ve birinci basamak iyileştirici hizmetlerin bütünlük bir biçimde bir arada sunulduğu hizmet birimleriydi. Sıtma, frengi, lepra, trahom ve verem gibi farklı hastalıklarla mücadele ya da ana sağlığı, çocuk sağlığı gibi farklı nüfus gruplarına götürülmekte olan her türlü sağlık hizmeti de dar bölgede çok yönlü hizmet sunumu anlayışı ile sağlık ocaklarında verildi. Sağlık ocağı iyi yatay örgütlenme modeliydi **(Pala, 2021)**.

AKP Hükümeti sağlık ocaklarını kapatarak yerine 'liste' temelli ve "aile hekimliği" olarak adlandırılan bir model getirdi. Ancak bu modelin klasik aile hekimliği modelleriyle bağlantısı zayıftır. Türkiye'de uygulanan modelde, aynı aile içerisindeki bireylerin bile farklı aile hekimlerinin listesinde yer alabilmesi yüzünden, sağlık sisteminin bir salgın durumunda aynı

sokakta/mahallede hatta aynı apartmanda yaşayan hastalardan bile habersiz kalabileceği göz ardı edilerek, SDP ile getirilen model topluma 'hekim seçme özgürlüğü' adı altında sunuldu (**Türk Tabipleri Birliği, 2020**). Öyle ki yurttaşlar oturduğu veya çalıştığı yerden çok uzaktaki (hatta başka bir ildeki) bir aile sağlığı merkezinde görev yapan bir aile hekiminin listesinde yer alabildi.

SDP'nin aile hekimliği modeli, yurttaşların aile sağlığı merkezlerine başvurmasını bekleyen ve aile hekimlerine özgü bir coğrafi sınırlama söz konusu olmadığı için ev/okul/işyeri ziyaretlerini göz ardı eden bir izdüşümle hazırlandı. Böylece, 224 sayılı Yasa ile getirilen, kendisi başvurmasa da kişilerin ayağına kadar sağlık hizmeti götürmeyi benimseyen çağdaş sağlık hizmeti sunumu anlayışı terk edilmiş, tedavi edici hizmetlere odaklanmış ve rekabete dayalı geleneksel hekimlik anlayışı modeline geri dönülmüş oluyordu.

SDP, Sağlık Bakanlığı'nın birinci basamakta 'sağlık ocağı' ile simgeleşmiş 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine İlişkin Yasa ile getirilen, sağlık hizmetlerinin çağdaş sunumu için önemli bir ilke olarak kabul edilen, coğrafi bölge ve nüfus temelli örgütlenme yapısını ortadan kaldırmıştır. Kişiye ve çevreye yönelik koruyucu ve birinci basamak iyileştirici hizmetlerin bütünlük bir biçimde bir arada sunulduğu ve sağlık hizmetine bütüncül bakan bir anlayışın hizmet birimi olan 'sağlık ocağı' kapatılarak, bunun yerine 'aile sağlığı merkezi' ve 'toplum sağlığı merkezi' adıyla iki kurum ortaya çıkartılmış; kişiye ve topluma yönelik sağlık hizmetleri ile çevreye yönelik sağlık hizmetleri birbirinden ayrılmıştır. SDP ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel özellikleri olan erişilebilirlik, kapsayıcılık, eşgüdüm ve süreklilik zayıflamış, coğrafi bilgi sistemi ise maalesef yok edilmiştir (**Pala, 2021**).

SDP ile getirilen sistem, Sağlık Bakanlığı'nı fiilen birinci basamakta hizmet sunumundan büyük ölçüde çekmiştir. Öyle ki SDP'nin Sağlık Bakanlığı birimleri olarak tanımlanmış olması nedeniyle aile sağlığı merkezlerinde görev yapan sağlık çalışanları, özellikle COVID-19 pandemisinin ilk haftalarında kişisel koruyucu ekipman sağlamakta büyük zorluk yaşadılar ve salgın sürecinde en ön saflarda olmalarına karşın, her türlü sağlık riskine karşı yeterli ve etkili maske, yüz siperleri, koruyucu gözlük, tulum, galoş, eldiven ve daha birçok kişisel koruyucu ekipmandan yoksun bir şekilde hizmetlerini sürdürmek zorunda kaldılar (**İstanbul Tabip Odası, 2020**).

2. İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetlerinden Çekilme

Sağlık Bakanlığı'nın Dünya Bankası'nın direktifleri doğrultusunda ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden fiilen çekilmesi, 2011 yılında Resmi Gazete'de yayınlanan 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile kurulan "Kamu Hastane Birlikleri" ile hayata geçirilmeye çalışılmıştır.

Aslında, Sağlık Bakanlığı, kamu hastane birliklerini 2007 yılında "Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı" ile kurmaya çalışmış; ancak daha sonra bu tasarıdan vaz geçerek (aslında erteleyerek) uygulamayı 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile başlatmıştır.

663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı sağlık hizmeti sunmaktan alıkonularak, düzenleyici ve denetleyici bir bakanlık haline getirilmiş; "Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu" adıyla Bakanlığa bağlı bir kuruluş oluşturularak devlet hastanelerinin illerde kurulacak hastane birliklerine devredilmesinin yolu açılmıştır. Bu tutumun SDP'nin 2003 yılında duyurulan birinci bileşeni ile tutarlı olduğu açıktır.

Asıl niyeti gösteren belge 663 sayılı KHK değil, 2007 yılında TBMM'ye sevk edilen "Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı"dır. Kanun tasarısı hem TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu hem de TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu tarafından kabul edilmiştir. Tasarı genel olarak devlet hastanelerinin yönetiminin bir müteveli heyete devredilmesi, tüm personel ile birlikte hekimlerin de sözleşmeli olarak iş güvencesinden yoksun çalıştırılması, kamu hastanelerinin sınıflandırılması ve hastanelerin kendi gelirleriyle yaşamaya zorlanması yaklaşımını benimsemektedir (**Pala, 2009**).

Hastaneleri yönetmek üzere oluşturulan müteveli heyetlerde İl Genel Meclisi tarafından belirlenen iki üye (hukukçu ve mali müşavir/muhasebeci), Vali tarafından belirlenen bir üye (işletme/iktisat/maliye), Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen bir üye (hekim), Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen bir üye (dört yıllık yüksek öğrenim mezunu), Ticaret Odası tarafından belirlenen bir üye ve İl Sağlık Müdürü/yardımcısı yer alacaktı. Müteveli heyette yer alan yedi üyeden yalnızca birinin hekim olma zorunluluğu bulunmaktaydı (**TBMM, 2007**). Üyelerinin niteliğine bakıldığında; bu yapının kamu hastanelerinde özerkliği sağlamasının mümkün olmadığı açıktır. Üstelik, Ticaret Odası temsilcisinin de içerisinde yer aldığı bu yapı kamu hastanelerinin ticari bir işletmeye dönüştürülmek istendiğinin de açık kanıtıdır. Yasa tasarısında en dikkat çeken maddelerden birisi de

mütevelli heyetlerine hastane arsasının ve binalarının kiralama ve satma yetkisinin verilmesiydi. Bu yapının 663 sayılı KHK ile gündeme getirilmemiş olması bir "vazgeçme" olarak değil, yalnızca bir "erteleme" olarak algılanmalıdır. Çünkü AKP Hükümetlerinin amacı tasarıda gün yüzüne çıktığı biçimiyle çok açıktı.

Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı, AKP'nin sağlık alanının özelleştirilmesi girişiminin bir parçasıdır. Hükümet, 2008 yılının son gününde Resmi Gazete'de yayımladığı Avrupa Birliği Müktesebatının Üstlenilmesine İlişkin Türkiye Ulusal Programı'nda, bu durumu "özelleştirme vizyonu çerçevesinde önümüzdeki dönemde devletin sağlık alanındaki payının azaltılması" hedefi biçiminde açık olarak ortaya koymuştur (**Resmi Gazete, 2008**).

663 sayılı KHK ile Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Genel Müdürlüğü, Sıtma Savaşı Daire Başkanlığı, Verem Savaş Daire Başkanlığı ve Kansere Savaş Daire Başkanlığı gibi birimler Sağlık Bakanlığı'nın merkezi örgüt yapısında yer almamış, daha önce üç olan müsteşar yardımcısı sayısı beşe çıkarılmış ve "Bakanlığın sağlık sistemi yönetimi ve politika belirleme ile ilgili temel görevlerini yerine getirmek üzere" Sağlık Politikaları Kurulu adıyla bir kurul oluşturulmuştur. 663 sayılı KHK ile taşra örgütlenmesinde de değişikliğe gidilmiş ve ilçe sağlık müdürlüklerinin kurulması, kurulmadığı yerlerde ise sağlık grup başkanlıklarının oluşturulması sağlanmıştır. Bağlı kuruluşların da kendi taşra örgütleriyle hizmet sunması (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun halk sağlığı müdürlükleri tarafından, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun kamu hastane birlikleri tarafından) karar altına alınmıştır. Ancak, bu karar ile taşra örgütünde üç başlı bir yönetim (il sağlık müdürlüğü, il halk sağlığı müdürlüğü ve il kamu hastane birliği) yapısı ortaya çıkmıştır.

Bakanlık örgüt yapısı içerisinde yer alamayan müdürlük ve daire başkanlıkları ise genel olarak Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (örneğin sıtma ile ilgili hizmetler, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Dairesi Başkanlığı içerisinde yer almaktadır) çatısı altında toplanmıştır.

Bu dönemde, Dünya Bankası'nın önerisiyle, artan sağlık hizmetleri maliyetleriyle mücadele ederken kamu hastanelerinin inşasında ve yönetiminde maliyetleri kontrol etmek ve hizmeti iyileştirmek için yenilikçi bir yol (**World Bank, 2003**) ve küresel sermayeye yeni ve büyük bir kaynak aktarmanın aracı olarak, daha sonra şehir hastanesi adını alacak kamu-özel ortaklığı modeli de dönemde giderek artan biçimde yer almaya başlamıştır.

Dünya Bankası, artan bütçe baskısı altındaki hükümetlere daha yüksek kaliteli sağlık hizmetlerine erişimi genişletmenin bir yolu olarak, sermayeden, yönetimsel kapasiteden ve özel sektörün bilgi birikiminden yararlanmak için kamu-özel sektör ortaklıklarına yönelmelerini öneriyordu. Bankanın önerileri arasında 'hastanelere özel sektörün katılımı için seçenekler' başlığında yer alan "yeni devlet hastanesinin özel finansmanı, inşaatı ve işletilmesi" seçeneği benimsenerek yasal düzenlemelerden başlanarak uygulamaya konulmuştur.

Kamuya ait sağlık tesislerinin "kiralama" karşılığı yaptırılabilmesine ilişkin ülkemizdeki ilk düzenleme 1987 yılında çıkarılan 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na 2005 yılında AKP'nin bir madde (Ek Madde 7) eklemesiyle yapılmış, ardından bir yönetmelik (2006) ve yeni bir yasa (2013) çıkartılarak kiralamanın kapsam ve içeriği ayrıntılı olarak belirlenmiştir. Bu düzenlemeler ülkemizde ilk önce "Entegre Sağlık Kampüsü", sonra "Sağlık Kampüsü", ardından "Kamu-Özel Ortaklığı", daha sonra "Kamu-Özel İş birliği" adıyla anıldıktan sonra, en son olarak "Şehir Hastanesi" adıyla toplumun karşısına çıkartıldı.

3. Taşeronlaştırma

AKP'li yıllarda Sağlık Bakanlığı'nın işlevi tartışılırken ele alınması gereken konulardan birisi de emek gücünün istihdamı sırasında taşeronlaştırmanın yaygınlaştırılmasıdır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda istihdam edilen taşeron işçi sayısı 2002'de 11 bin iken (Sağlık Bakanlığı bünyesinde istihdam edilenlerin %4,3'ü) bu sayı 2017'de 167 binin üzerine çıkarılmış; Sağlık Bakanlığı'nda çalışanların dörtte birinden fazlası taşeron firmalar aracılığıyla istihdam edilmiştir (**Demircan, 2017**). Bu oranın bazı tıp fakültesi hastanelerinde çok daha yüksek olduğu da bilinmektedir.

Sağlık Bakanlığı bünyesinde hizmet alım sözleşmesi kapsamında çalıştırılmakta olan taşeron işçilerden 148 bininin 24 Aralık 2017 tarih ve 696 sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile 2018 yılında süreli işçi kadrosuna geçişleri sağlanmışsa da (**Anadolu Ajansı, 2018**), 2021 yılında 12 binin üzerinde emekçinin halen taşeron şirketlerde istihdam edilmekte olduğu açıklanmıştır (**BirGün, 2021**).

Taşeronlaştırma bir yanıyla taşeron firmalarda çalışmak zorunda kalan emekçilerin güvencesiz, zor koşullarda ve uzun süre çalışması; diğer yanıyla da görevin gerektirdiği nitelikleri taşımayan kişilerin çalıştırılması nedeniyle sağlık hizmeti alanların da sıkıntı yaşamaları anlamına gelmektedir. Taşeronlaştırma sonucunda, taşeron şirketlerde çalışanlar Kırım Kongo Kanamalı

Ateşi ve domuz gribi vb. hastalıklar yüzünden sağlık emekçileri içerisinde en fazla zarar gören/ölen kesimi oluştururken; toplum da gerek yoğun bakımlardaki bebek ölümlerinde gerek hastane yangınlarında gerekse de sosyal hizmetlere bağlı esenlendirme kuruluşlarında ortaya çıkan sorunlarda taşeronlaştırma gerçeği ile karşı karşıya kalmıştı (Pala, 2009).

4. Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi

Dünya Bankası direktifleri doğrultusunda neoliberal sağlık reformlarını gerçekleştirebilmek amacıyla Sağlık Bakanlığının yapılanmasında birbiri peşi sıra önemli değişiklikler gerçekleştirilmiştir. Örneğin, Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi'nin işlevi değiştirilmiş, Bakanlık bünyesinde Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı kurulmuştur.

SDP sonrasında Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi "Rekabetçi uygulamalar aracılığıyla sağlığın iyileştirilmesi ve hastalığın kontrolüne yönelik yerel inisiyatifleri ve yaklaşımları desteklemek üzere" kurulan "Toplum Sağlığı Fonu"nun uygulayıcı birimi olarak görevlendirilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004). Hıfzıssıhha Mektebi ayrıca "Flagship Programı" gibi etkinliklerle bir yandan üst düzey politikacılara yönelik politika seminerleri gerçekleştirmiş, diğer yandan da toplumu sağlık reformları ile ilgili olarak ikna etmek amacıyla "Sağlık Reformunun Doğru Yapılması" benzeri yayınlarla propaganda faaliyeti yürütmüştür.

5. Flagship Kursları

Dünya Bankası, neoliberal sağlık reformlarının hayata geçirilmesini kolaylaştırmak amacıyla "Politika diyalogunu ve teknik kapasiteyi geliştirmek için bilgi paylaşımı" yaklaşımıyla Flagship kursları düzenlemektedir. Kurs, sağlık sektörleri ile ilgili üst düzey bilgileri güncellemek ve paylaşmak için yapılandırılmış bir sağlık sistemleri okuryazarlığı dersi olarak tanıtılmaktadır (World Bank, 2022). Kursun ilki 1997 yılında düzenlenmiş ve günümüzde bu kurslar Dünya Bankası tarafından Dünya Sağlık Örgütü ve iki üniversitenin (Harvard ve Oxford) katılımı ve neoliberal reformların uygulamaya konulacağı ülkelerin sağlık bakanlıklarının iş birliğiyle sürdürülmektedir.

Kursların düzenlenmesinde görev alan dört kişi (Marc J. Roberts, William Hsiao, Peter Berman ve Michale R.Reich) kursun arka plan dökümanlarını bir kitap haline dönüştürdüler ve kitap "Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity" orijinal adıyla, 2002 yılında, Oxford Üniversitesi tarafından yayımlandı. Yazarlar kitabı "Dünya çapında sağlık sektöründeki karar vericilere uzun yıllardır verilen kurslar ve seminerler ile farklı

hükümetlerle kurdukları danışmanlık ve öneri sunma ilişkilerini temel alarak" hazırladıklarını açıkladılar (Roberts et al., 2003). Yazarlardan, örneğin Peter Berman, Türkiye'de reformun danışmanlığını yapan kişilerden birisidir ve SDP'nin hazırlanmasında etkin bir rol üstlenmiştir.

Yazarlar, ön sözde kitabı yazma amaçlarını "kendilerini sağlık sektörü reformuna kapılmış hissedenlere yardımcı olmak" biçiminde belirtiyorlar. Çünkü "reform çabalarının çoğunluğu ümit kırıcı sonuçlar vermekte" ve reform sonrasında "hastalar halen yetersiz hizmetten, doktorlar düşük maaşlardan ve bütçe yapıcılar ise sağlık sektörünün maliyetlerinden" şikayet etmektedir.

Kitap, Sağlık Bakanlığı tarafından, 2004 yılındaki baskısından Türkçeye çevrilerek 2009 yılında yayımlanmıştır. Kitabın Türkçe çevirisi "Sağlık Reformunun Doğru Yapılması" adıyla basılmıştır (Roberts et al., 2009). Çeviri kitabın ilginç bir özelliği, sanki özgün bir Türkçe yayını gibi, içeriğinde "Baş Editör", "Editörler", "Yayına Hazırlayanlar" ve "Redaktörler" adlarının yer almasıdır. Kitabın "Baş Editörü" zamanın Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ'dır. Gerek baş editörün, gerekse de editörlerin kitabın hazırlanmasında nasıl bir işlevleri olduğu merak konusudur.

Kitap neoliberal sağlık reformlarının gerçekleştirilmesi amacıyla yönelik olarak reform savunucularına pek çok öneride bulunmaktadır. Kitapta "sağlam bir siyasi analist" tarafından muhaliflere karşı yapılabilecekler içerisinde sıralanan "insanları onlar için çalışmaması ve onlara katkı sağlamaması yönünde teşvik ederek muhaliflerin kaynaklarını azaltmak; bunu yaparken grubun meşruiyetine, dürüstlüğüne veya motive edici kaynaklarına saldırmak" önerisi oldukça çarpıcıdır. Bu öneri neoliberal sağlık reformlarının her ne pahasına olursa olsun gerçekleştirilmesi gerektiğini açıkça ortaya koymaktadır. Üstelik söz konusu yazarlar "bu güç stratejiler, tüm durumlarda etkili veya etik olmayabilir" diyerek, önermelerinin etik dışı olduğunu dolaylı da olsa baştan benimsediklerini de açıklamakta herhangi bir sakinca görmüyorlar.

6. Geri Dönüş?

SDP'nin aşama aşama uygulanması sırasında, 2011 yılında, 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı değiştirildi ve sermayeye kaynak transferine yönelik kamu özel ortaklığı, sağlık serbest bölgeleri gibi düzenlemelerin yanı sıra, sermayenin Bakanlıkta ve Bağlı Kuruluşlarda doğrudan temsiline yönelik kurullar ve yönetim biçimleri de oluşturuldu (Özçelik ve ark, 2012). Ancak altı yıl sonra bu değişiklikler büyük ölçüde geriye alınmak zorunda kaldı.

2017 yılında, 694 sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile 663 sayılı KHK ile değiştirilen Sağlık Bakanlığı'nın örgüt yapısı büyük ölçüde eski haline geri döndürüldü. 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı'na "Bağlı Kuruluş" olarak örgüt yapısı içerisinde yer alan iki önemli kurum (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu) Bakanlığa bağlı birer genel müdürlük biçimine dönüştürüldü. Bu yapı ile Bakanlığın taşra örgütü temel olarak il ve ilçe sağlık müdürlükleri üzerinden yeniden örgütlendi. Hastanelerdeki finansman ağırlıklı "hastane yöneticisi" kavramından vaz geçildi ve geçmişte olduğu gibi, hastanelerin başhekim tarafından yönetilmesi yeniden benimsendi. 694 sayılı KHK'de yöneticilerin çok yüksek ücretlerle sözleşmeli olarak görevlendirilmesi uygulamasından ise vaz geçilmedi; il/ilçe sağlık müdürleri ve başhekimler de içinde olmak üzere halen görevde bulunan bütün sözleşmeli kadrolarda çalışan kişilerin görevleri sona erdirilirken, on bine yakın yeni sözleşmeli personel kadrosu ilan edildi (**Pala, 2021**).

694 sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile yapılan değişiklik, kamu hastanelerinin "özerkleştirilmesi" yaklaşımından bir ölçüde geri döndüğü biçiminde yorumlanabilir. Çünkü, bağlı kuruluşların yeniden genel müdürlüğe dönüştürülmesi, Dünya Bankası'nın Türkiye için sağlık reformlarında istediği ve AKP hükümetlerinin 2003 yılından bu yana savunduğu "yönetimsel ve mali özerklik" yaklaşımının askıya alınması anlamına gelmektedir. Ancak 694 sayılı KHK ile AKP'nin neoliberal sağlık politikalarından geri dönmeye çalıştığı ile ilgili herhangi bir nesnel bulgu söz konusu değildir. Örneğin, "hizmet başı ödeme" anlayışına göre kurgulanmış bir performans sistemi sürdürülmektedir. Yoksul ve dar gelirli sağlık hizmetine erişmekten alıkoyan sorunlar ve karşılanamayan tıbbi gereksinimin azaltılması için herhangi bir önlemin alınmadığı da ortadadır. KHK'nin sağlık çalışanlarının yaşadığı temel sorunlar konusunda da (can güvencesi, iş güvencesi, gelir güvencesi ve mesleki bağımsızlık vb.) getirmiş olduğu herhangi bir çözüm bulunmamaktadır.

Üstelik sağlıkta bir özelleştirme yöntemi olan, kamu özel ortaklığı ile yapılan altyapı yatırımlarının normal ihale yöntemlerine göre daha pahalı olduğu pek çok çalışmada ortaya çıkartılmış bulunan ve yurt dışındaki örnekleri hastaların ve kamunun yararına değil, finansörlerin yararına hizmet ettiğini açık olarak ortaya koyan şehir hastaneleri modelinden de vazgeçilmemiştir. Kamu-özel ortaklığı yöntemiyle kurulan ve

işletilen hastanelerin sağlık hizmetleri sistemini eriten, özel ve kâr amaçlı hizmetler sunduğu ve bu hastanelerde sunulan sağlık hizmetinin odak noktasını insanın sağlığı değil, elde edilecek kârın oluşturduğu da bilinmektedir.

Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi'ne geçilmesinin ardından, Sağlık Bakanlığı'nın görev, yetki ve sorumlulukları ile örgüt yapısı da bazı değişikliklere uğramıştır. İlk olarak, 2018'de yayımlanan 703 sayılı Anayasada Yapılan Değişikliklere Uyum Sağlanması Amacıyla Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile 663 sayılı KHK'nin adı "Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" olarak değiştirilmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın örgüt yapısı ise Cumhurbaşkanlığı'nın ilk kararnamesi ile 2018'de yeniden düzenlenmiştir.

Yapılan düzenlemelerle, Sağlık Bakanı halen Bakanlık örgütünün en üst yöneticisi olmakla birlikte, Bakanlığın hizmet sunumundan ve uygulamalarından artık Cumhurbaşkanı'na karşı sorumludur. Bakanlığa bağlı müsteşar ve müsteşar yardımcılığı kadroları kaldırılmış, bunun yerine bakan yardımcılığı kadroları getirilmiştir.

Bilindiği gibi, müsteşar, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'na göre hiyerarşik kademelerden kariyer ve liyakat ilkeleri çerçevesinde yükselerek gelen en yüksek devlet memuruydu. Müsteşarlık görevine ancak bir kişi atanabilirken, bakan yardımcısının ise birden fazla atanabilmesi söz konusudur. Bakan yardımcıları hakkında 657 sayılı Kanun'daki kariyer ve liyakat ilkeleri ile statü hukuku uygulanmamakta, ancak Kanun'un istisnai memurluğa ilişkin hükümleri uygulanmaktadır. Bakan yardımcıları aynı zamanda, Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ile üst düzey kamu yöneticisi olarak belirlenmiştir. Bakan yardımcılarında arasında hangisinin hiyerarşik olarak daha üstte olduğuyla ilgili bir düzenlemeye ise yer verilmiştir. Bakan yardımcılarını, kamu görevlileri arasından atanabileceği gibi kamu görevlileri dışından da atanabilmektedir.

Bakan yardımcısının istisnai memur olarak düzenlenmesi nedeniyle bu kadroya atanma koşulları daha kolay olduğundan, bakan yardımcılığı uygulamasının bürokrasiden daha çok siyasi yönü ağır basan bir tarafı olduğu da tartışılmaktadır (**Bölükbaşı, 2021**). Üstelik bu düzenleme, kamu sağlık hizmetleri alanına, bu alana yabancı kişilerin tek kişinin kararıyla bakan yardımcısı olarak atanabilme olasılığını da ortaya çıkarmaktadır.

Müsteşar ile bakan yardımcısının atanma usulü de tamamen farklıdır. Müsteşar müşterek kararname (ilgili bakanın, Başbakanın ve Cumhurbaşkanının imzalarının bulunduğu kararname) ile atanabilirken, bakan yardımcısı yürütmenin yegâne sahibi olan Cumhurbaşkanı kararı ile atanmaktadır. Müsteşar atamasına ilişkin kararnamede, yürütmeyi oluşturan unsurların en önemli öğelerinin irade ve imzası bulunurken, bakan yardımcısı ataması bireysel işlem niteliğindeki Cumhurbaşkanı kararı ile yapılmaktadır. Yeni sistemde bakan yardımcısının atanmasında bakanın yetki ve iradesi bulunmamaktadır. Yeni sistemde bakana, bakanlıkta birlikte çalışacağı bakan yardımcısını belirleme konusunda herhangi bir yetki verilmemiştir (**Bölükbaşı, 2021**).

Göze çarpan en önemli değişiklik, sağlık politikalarında karar vericiliğın Sağlık Bakanlığı'ndan alınıp, Cumhurbaşkanlığına aktarılmasıdır. Bu bağlamda, Cumhurbaşkanlığı Politika Kurulları bünyesinde "Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu" adıyla bir kurul da oluşturulmuş, "sağlık sisteminin geliştirilmesi amacıyla politika önerileri geliştirmek" bu kurulun görevleri arasında sayılmıştır.

Sağlık Bakanı'nın politika belirleme ve kamuoyuna duyurma konusundaki yetkisizliği zaman zaman medyaya da yansımış, örneğın bir defasında Sağlık Bakanı hekimlerle ilgili bir düzenleme nedeniyle bilgi soran gazetecilere Cumhurbaşkanı'nın izni olmadan bilgi veremeyeceğini açık olarak söylemek zorunda kalmıştır (**Gazete Duvar, 2021**).

Sonuç Yerine

Türkiye'de 24 Ocak 1980 kararlarıyla başlayan ve 12 Eylül 1980 asker darbesinden sonra ete kemiğe büründürülen, sağlık alanının da bir sermaye birikimi ve kâr maksimizasyonu alanı olarak hedefe konması, Dünya Bankası direktifleriyle AKP tarafından 2003 yılında açıklanan SDP ile uygulanmaya başlanmış ve bu amaçla Sağlık Bakanlığının örgüt yapısında ve işlevlerinde sermaye yararına önemli değişiklikler gerçekleştirilmiştir.

İlk olarak, kamunun sağlık hizmeti sunumundaki etkililiğini azaltmak için girişimler başlatılmış, ardından özel sektöre daha fazla alan açmak amacıyla yasal düzenlemeler ve finansal destek paketleri yürürlüğe konmuştur. Sağlık hakkının, temel insan haklarından biri olarak sağlanabilmesi için kamunun etkili bir biçimde her basamakta sağlık hizmeti sunması ve gücü yetmemek, hizmete erişememek gibi hiçbir engele takılmaksızın yurttaşların tümünün sağlık gereksinimlerini karşılaması dışında bir seçenek yoktur. Bu bağlamda, Sağlık Bakanlığı kilit bir rol üstlenmek zorundadır. Sağlık Bakanlığının örgüt yapısı ve işlevleri kamucu, herkese, her zaman ve her yerde nitelikli sağlık hizmeti sunulmasını sağlayacak biçimde değiştirilmedikçe sağlık hakkı sağlanamayacaktır.

Kaynaklar

- Anadolu Ajansı** (2018) 'Bakan Sarıeroğlu kadroya geçen işçi sayısını açıkladı', 3 April. Available at: <https://www.aa.com.tr/tr/gunun-basliklari/bakan-sarieroglu-taserondan-kadroya-gecen-is-ci-sayisini-acikladi/1106827>.
- BirGün** (2021) 'Sağlık Bakanlığı şirket gibi hareket ediyor: 12 bin taseron', 12 July. Available at: <https://www.birgun.net/haber/saglik-bakanligi-sirket-gibi-hareket-ediyor-12-bin-taseron-351473>.
- Bölükbaşı, M. O.** (2021) 'Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemindeki Bakan Yardımcısı ile Önceki Sistemdeki Bakan Yardımcısı ve Müsteşarın Kıyaslanması', İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 12(1), pp. 287–303.
- Demircan, A.** (2017) Sağlık Bakanlığının 2018 Yılı Bütçe Sunumu, TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu.
- Dünya Bankası** (2002) Türkiye: Yayınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar Rapor No: 24358-TU.
- Gazete Duvar** (2021) Erdoğan, Koca'nın açıklamasına müdahale etti: Sen ne söyledin? Available at: <https://www.gazeteduvar.com.tr/erdogan-kocanın-aciklamasına-mudahale-etti-sen-ne-soyledin-haber-1543909> (Accessed: 5 February 2023).
- İstanbul Tabip Odası** (2020) Aile Hekimleri Yeterli Ve Uygun Koruma Ekipmanları Olmasında Salgına Karşı Mücadelesini Sürdürüyor. Available at: <https://www.istabip.org.tr/5598-aile-hekimleri-yeterli-ve-uygun-koruma-ekipmanlari-olmasında-salgına-karşı-mucadelesini-surduruyor.html> (Accessed: 20 December 2022).
- Özçelik, Z. ve ark.** (2012) 663 sayılı KHK'nin Anayasaya Aykırılık Gerekçeleri. Türk Tabipleri Birliği, Ankara.
- Pala, K.** (2009) 'Sağlık Reformları ve İşyeri Hekimliği: Neler Oluyor?', Mesleki Sağlık ve Güvenlik, 34, pp. 16–23.
- Pala, K.** (2021) 'Dönüşen Sağlıkta Pandemi', in Elbek, O. and Pala, K. (eds) Pandeminin Düşürdüğü Maskeler COVID-19 Salgınının Muhasebesi. İletişim Yayınları.
- Resmi Gazete** (2008) 'Avrupa Birliği Müktesebatının Üstlenilmesine İlişkin Türkiye Ulusal Programı. Sayı: 27097 (5. Mükerrer) 31 Aralık 2008.'
- Roberts, M. et al.** (2003) Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity. Oxford University Press.
- Roberts, M. J. et al.** (2009) Sağlık Reformunun Doğru Yapılması, Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi İçin Bir Kılavuz. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Available at: <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/289>.
- T.C. Sağlık Bakanlığının** (2004) Sağlıkta Dönüşüm Programının Birinci Fazına Destek, Sağlıkta Dönüşüm Projesi Proje İşletim Kılavuzu Bölüm II - Proje Bileşenleri AE'nin Uygulanmasına Yönelik İşletim İlkeleri.
- T.C. Sağlık Bakanlığının** (2005) Sağlık 2005. Ankara. Available at: <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/163>.
- T.C. Sağlık Bakanlığının** (2007) Nereden Nereye Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Kasım 2002- Haziran 2007. T.C. Sağlık Bakanlığının Yayın No: 713. Ankara.
- TBMM** (2007) Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı. Available at: <https://www.tbmm.gov.tr/d23/1/1-0439.pdf> (Accessed: 30 December 2023).
- Türk Tabipleri Birliği** (2020) "Sağlık sisteminde reform ne için yapılmalı?" sorusuna yanıtınız; "Halkın sağlığını korumak için" ise: "SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI" SALGINLA MÜCADELEDE BAŞARISIZDIR! Available at: https://www.ttb.org.tr/kollar/COVID19/haber_goster.php?Guid=56c0b80e-7b15-11ea-a12d-7aee3f6e69c5.
- World Bank** (2003) 'Private Health, Policy and Regulatory Options for Private Participation. Viewpoint.' Available at: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/11295>.
- World Bank** (2022) The Health Systems Flagship Program & Course. Available at: <https://www.worldbank.org/en/topic/health/brief/flagship-course-on-health-sector-reform-and-sustainable-financing> (Accessed: 30 December 2022).
- World Health Organization** (2012) Case studies on health system performance assessment. A long-standing development in Europe. Copenhagen.